

Inscripción a beneficios **2025** Guía



La inscripción abierta comienza el 4 de noviembre de 2024 y finaliza el 18 de noviembre de 2024

En HelloFresh, entendemos que nuestros empleados son nuestro activo más valioso y estamos dedicados a invertir en su bienestar. Es por eso que seguimos ofreciendo una gama de beneficios que pueden ayudarlo a mantenerse saludable, sentirse seguro y alcanzar sus objetivos. Desde cobertura médica y dental hasta planes de salud complementarios y beneficios voluntarios, nuestro paquete integral de beneficios está diseñado para satisfacer sus necesidades únicas y ayudarlo a prosperar tanto dentro como fuera del trabajo.

Creemos que nuestro programa integral de beneficios, como parte de su paquete Total Rewards, nutre y apoya a todos los que se sientan en la mesa de HelloFresh. Sin importar cuáles sean sus circunstancias particulares, hemos trabajado arduamente para brindarle opciones para cuidar su bienestar, incluido un Plan de salud con deducible alto (HDHP) con contribución de nómina de empleado de \$0 y otros beneficios proporcionados por HelloFresh.

¡Actúe!

Se recomienda encarecidamente a todos los empleados que participen en el proceso de inscripción abierta en Workday para revisar, elegir o renunciar a las coberturas para 2025. Todas las elecciones realizadas durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero de 2025. Si no realiza cambios durante el período de inscripción abierta del **4 de noviembre de 2024** al **18 de noviembre de 2024**, NO podrá realizar más cambios en una fecha futura a menos que tenga un evento calificado.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Aspectos destacados de los beneficios de 2025 | 3 |
| Qué cambia y qué sigue igual | 4 |
| Información de inscripción | 5 |
| Cobertura de salud | 7 |
| Terminología útil de los planes médicos | 8 |
| Comparación de planes | 9 |
| Recursos médicos | 11 |
| Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | 13 |
| Beneficios dentales | 14 |
| Beneficios de visión | 15 |
| Cuentas de gastos flexibles (FSA) | 16 |
| Seguro de invalidez | 17 |
| Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) | 18 |
| Seguro de enfermedades específicas | 19 |
| Seguro de indemnización por accidentes y hospitalización | 20 |
| Beneficios adicionales | 21 |
| Plan 401(k) | 23 |
| Obtenga más información | 26 |
| Glosario | 28 |
| Avisos importantes | 32 |

Aspectos destacados de los beneficios de 2025

Puntos destacados:



Fechas de inscripción abierta: **Del 4 de noviembre de 2024 al 18 de noviembre de 2024**



HelloFresh ahora ofrecerá dos planes médicos que reemplazarán los planes actuales de 2024:

- **Nuevo:** Plan HDHP de \$3,300, que tiene una **contribución de nómina del empleado de \$0** para usted y sus familiares elegibles.
- **Nuevo:** Plan tradicional con copago de \$1,000 con un deducible anual más bajo, un cambio en el coseguro, algunos copagos y el máximo de desembolso personal.
 - Debido a la inflación y al aumento de los costos de la atención médica, ha habido un aumento en las contribuciones de la nómina al Plan de Copago Tradicional, sin embargo, estamos entusiasmados de seguir ofreciendo el HDHP con una contribución de nómina del empleado de \$0 para usted y sus familiares elegibles.
- **Ambos planes médicos tienen la misma red de médicos y hospitales, y brindan únicamente visitas gratuitas de atención preventiva.**
- Debido a que expiran las regulaciones de atención médica, los costos compartidos de la telemedicina cambiarán. Ya no será gratuita en el Plan HDHP de \$3,300 (el costo variará) y se aplicará un copago en el Plan de Copago Tradicional de \$1,000. La atención preventiva seguirá estando disponible sin costo en ambos planes.
- **Nuevo:** El programa Pathwell Bone & Joint de Cigna está disponible para miembros con afecciones musculoesqueléticas y se coordina con la oferta actual de terapia virtual de Hinge Health.
- **Nuevo:** El programa de bienestar e incentivos se ofrecerá a través de Personify Health a través de Cigna y reemplazará a MotivateMe. Visite [MyHelloFreshBenefits.com](https://myhellofreshbenefits.com) para obtener más detalles sobre cómo ganar incentivos.



El diseño del plan dental y las contribuciones a la nómina no cambiarán. El plan de visión verá un aumento en la asignación para lentes de contacto electivos a \$130 y las contribuciones de la nómina disminuirán.



Nuevo: La cobertura voluntaria de enfermedades específicas se ofrecerá como un beneficio pagado por el empleado, junto con los planes mejorados de indemnización voluntaria por accidentes y hospitalización.

| Tipo de beneficio | ¿Sus elecciones de 2024 se trasladarán a las de 2025? | Elegido por el empleado | Proporcionado por HelloFresh |
|---|---|-------------------------|------------------------------|
| Servicios médicos/medicamentos con receta | Sí | X | |
| Servicios dentales | Sí | X | |
| Servicios oftalmológicos | Sí | X | |
| Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | Sí | X | |
| Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA) | No, se necesita una nueva elección | X | |
| Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA) | No, se necesita una nueva elección | X | |
| Seguro voluntario de accidentes y hospitalización | Sí | X | |
| NUEVO Beneficio voluntario para enfermedades específicas | Nueva cobertura Se necesitan elecciones | X | |
| Cuenta de gastos de transporte para viajeros | Sí | X | |
| Cuenta de gastos de estacionamiento para viajeros | Sí | X | |
| Seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento para empleados | Sí | | X |
| Seguro de vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento para empleados, cónyuges/parejas de hecho e hijos | Sí | X | |
| Incapacidad a corto plazo | Sí | | X |
| Incapacidad a largo plazo | Sí | | X |
| Seguro de incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional | Sí | X | |
| Plan de jubilación 401(k) | Sí | X | |
| Programa de asistencia al empleado (EAP) | No se requieren elecciones | | X |
| Respaldo para el cuidado de niños y ancianos | No se requieren elecciones | | X |
| Medical Bill Saver | No se requieren elecciones | | X |

Aspectos destacados de los beneficios de 2025 (Continuación)

¿Qué cambiará en 2025?

Si está inscrito en alguno de los beneficios que figuran a continuación, asegúrese de revisar la sección de acciones para conocer los próximos pasos. Si no está inscrito, este es el momento de revisar estos beneficios y considerar inscribirse.

| Descripción del beneficio | beneficio |
|--|--|
| Servicios médicos | <ul style="list-style-type: none"> ■ ¡Nuevo! HelloFresh ofrecerá 2 planes médicos con Cigna, HDHP \$3,300 y copago tradicional de \$1,000. Habrá cambios en los deducibles, el máximo de desembolso personal y las disposiciones del plan. ■ El plan HDHP de \$3,300 ahora tendrá deducibles incorporados, lo que significa que usted o un miembro de su familia pueden comenzar a recibir el coseguro al cumplir con el deducible individual. ■ Si actualmente está inscrito en el Plan HDHP de \$1,600 y no realiza ningún cambio, HelloFresh establecerá de manera predeterminada su elección en el nuevo Plan HDHP de \$3,300. ■ Si actualmente está inscrito en el Plan Tradicional de \$4,000 o en el Plan Tradicional de \$1,500 y no realiza ningún cambio, HelloFresh establecerá de manera predeterminada su elección en el nuevo Plan Tradicional de Copago de \$1,000. |
| Telemedicina | Debido a que expiran las regulaciones de atención médica, los costos compartidos de la telemedicina cambiarán. Ya no será gratuito (excepto para atención preventiva) en el Plan HDHP de \$3,300 (el costo variará) y se aplica un copago en el Plan de Copago Tradicional de \$1,000. La atención preventiva seguirá estando disponible sin costo en ambos planes. |
| Programa Pathwell Bone & Joint | ¡NUEVO! El programa Pathwell Bone & Joint de Cigna ahora está disponible para los miembros inscritos en los planes médicos de Cigna con afecciones musculoesqueléticas y se coordina con la oferta actual de terapia virtual de Hinge Health. |
| Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | Los límites de contribución del IRS para HSA han aumentado a \$4,300 para cobertura individual y \$8,550 para cobertura familiar. Las personas de 55 años o más pueden realizar contribuciones adicionales de \$1,000. Su elección actual de HSA se transferirá automáticamente para 2025, pero ahora es un buen momento para revisar, elegir o aumentar sus elecciones de HSA. Debe estar inscrito en el plan médico HDHP para tener una HSA. |
| Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA) | Se necesitan elecciones anuales. El límite de la cuenta FSA de atención médica de 2024 es de \$3,200.* |
| Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA) | Se necesitan elecciones anuales. El límite de la cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes de 2024 es de \$5,000.* |
| Cuenta de gastos de transporte público y estacionamiento para viajeros | Cuenta de gastos para viajeros de 2024: \$315 por mes y por beneficio.* |
| Servicios oftalmológicos | Su plan de visión permanecerá con EyeMed. La asignación para lentes de contacto electivos aumentará a \$130 y las contribuciones de la nómina disminuirán. |
| Planes voluntarios de Unum | <ul style="list-style-type: none"> ■ ¡NUEVO! HelloFresh ahora ofrecerá un plan voluntario de enfermedades específicas. ■ Los planes de indemnización por accidentes y hospitalización incluirán algunas mejoras adicionales. ■ Ahora disponible para todos los planes voluntarios de Unum: incentivo Be Well de \$50 por persona cubierta por año cuando completa una prueba de detección de salud cubierta. <p>Si actualmente no está inscrito, este es un buen momento para agregar esta cobertura.</p> |
| Inscripción | Para la inscripción abierta de 2025, no necesitará inscribirse a menos que desee realizar cambios o volver a inscribirse en una de las cuentas de gastos flexibles o inscribirse en un nuevo plan para enfermedades específicas. |
| Plan 401(k) | En 2024, el límite máximo de contribución 401(k) establecido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) es de \$23,000 o \$30,500 si tiene 50 años o más. * |
| Bright Horizons | HelloFresh solo ofrecerá cuidado de respaldo para niños y ancianos. |

* Los límites anuales de 2025 aún no se han anunciado, el IRS normalmente publica estas actualizaciones en octubre o noviembre.

¿Qué permanecerá igual en 2025?

| Descripción del beneficio | beneficio |
|--|--|
| Servicios dentales | No habrá cambios en el diseño del plan ni en las contribuciones de los empleados. |
| Seguro básico de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para empleados | Sus planes de vida e incapacidad permanecerán con UNUM. No habrá cambios en el diseño del plan. |
| Seguro de vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento | |
| Incapacidad a corto plazo | |
| Incapacidad a largo plazo (plan básico y opcional) | |
| Plan 401(k) | Su plan 401(k) permanecerá con Voya. HelloFresh seguirá ofreciendo un aporte de Safe Harbor del 100% de su contribución hasta el 3% de su compensación y luego el 50% del siguiente 2%. |
| Programa de asistencia al empleado (EAP) | Su EAP estará con Health Advocate a través de UNUM. |
| Medical Bill Saver | Medical Bill Saver estará disponible a través de Health Advocate mediante UNUM. |
| Hinge Health | Hinge Health continuará brindando fisioterapia virtual para tratar problemas musculares y articulares a los miembros inscritos en los planes médicos de Cigna. |
| Beneficios de fertilidad | Para los empleados inscritos en un plan médico de Cigna, HelloFresh continuará ofreciendo tratamientos de infertilidad médicamente necesarios y un beneficio de concepción para aquellos que no tengan un diagnóstico de infertilidad. |

Información de inscripción

¿Necesito inscribirme?

Le recomendamos que revise los beneficios de salud y grupales de HelloFresh cada año. Examine de cerca todos los beneficios y opciones que le ofrecemos. Es posible que experimente cambios de un año a otro y probablemente habrá cambios en lo que paga por la cobertura cada año. Es una buena idea asegurarse de que sus beneficios sigan siendo adecuados para usted y su familia.

Esta es una inscripción pasiva, lo que significa que no necesita volver a inscribirse ni realizar ninguna acción durante la inscripción abierta a menos que se aplique alguna de las siguientes situaciones:

- Desea inscribirse nuevamente o realizar algún cambio en sus elecciones de beneficios para 2025, O
- Si está inscrito en el HDHP (Plan de salud con deducible alto) y desea contribuir o ajustar su cuenta de ahorros para la salud (HSA) para 2025, O
- Le gustaría inscribirse en una o ambas Cuentas de gastos flexibles (FSA) para Atención Médica o Cuidado de Dependientes para 2025, O
- Le gustaría inscribirse en el nuevo plan voluntario de enfermedades específicas para el año 2025.

¿Quién es elegible?

Los beneficios están disponibles para todos los empleados regulares a tiempo completo y sus dependientes elegibles. Para aquellos que participan en la inscripción abierta, sus beneficios entrarán en vigor el 1 de enero de 2025.

Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal o pareja de hecho, así como a sus hijos desde el nacimiento hasta los 26 años. Esto incluye a sus hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, hijos de su pareja de hecho y cualquier hijo dependiente soltero de cualquier edad que tenga discapacidades mentales o físicas y que dependa de usted para su sustento.

Los dependientes no elegibles incluyen, entre otros, nietos, otros familiares y niños bajo la tutela legal de un empleado.

¿Cuándo puedo inscribirme?

La inscripción abierta es el único momento del año en el que usted puede realizar cambios en sus beneficios. Si no realiza cambios durante el período de inscripción abierta del **4 de noviembre de 2024 al 18 de noviembre de 2024**, no podrá realizar más cambios en una fecha futura a menos que tenga un evento calificado. Los cambios deben completarse en Workday con la documentación de respaldo (por ejemplo, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, etc.) dentro de los 31 días posteriores a los eventos de la vida calificados.

Si se está inscribiendo como nuevo empleado, habrá una inscripción doble para los nuevos empleados que comiencen entre el 4 de noviembre de 2024 y el 31 de diciembre de 2024, para las elecciones de 2024. Una vez que se complete y procese la inscripción del nuevo empleado, se le solicitará que complete una tarea de inscripción abierta dentro de las dos semanas para las elecciones de 2025.

| Tipo de empleado/dependiente | Oportunidad de inscripción | Fecha de vigencia de la cobertura |
|---|---|-----------------------------------|
| Empleado actual | Durante la inscripción abierta que comienza el 4 de noviembre de 2024 y finaliza el 18 de noviembre de 2024 a las 11:59 p. m. EST | 1 de enero de 2025 |
| Nuevas contrataciones | Habrará una inscripción doble para los nuevos empleados que comiencen entre el 4 de noviembre de 2024 y el 31 de diciembre de 2024, para sus elecciones de 2024. Una vez que se complete y procese la inscripción del nuevo empleado, se le solicitará que complete una tarea de inscripción abierta dentro de las 2 semanas para las elecciones de 2025. | |
| Empleado que experimenta un evento de vida calificado (QLE) | Una vez que se complete y procese la inscripción al evento de vida, para los QLE vigentes en 2024 y procesados después del 4 de noviembre, se le solicitará que complete una nueva tarea de inscripción abierta dentro de las 2 semanas para las elecciones de 2025. | |



Información de inscripción (Continuación)

Prepararse para su sesión de inscripción

Empiece con la educación

Visite [MyHelloFreshBenefits.com](https://myhellofreshbenefits.com) como su ventanilla única para todos los beneficios que se le ofrecen. Se ha agregado una pestaña separada para la inscripción abierta de 2025 con más información, como folletos y videos de las compañías de seguros, para ayudarlos a usted y a su familia a tomar decisiones sobre sus beneficios para 2025.

Tenga en cuenta que también hay un menú desplegable en la esquina superior izquierda de la página de inicio para elegir su idioma preferido.

[MyHelloFreshBenefits.com](https://myhellofreshbenefits.com) es un sitio web público; no es necesario crear una cuenta, se puede acceder a él a través de una computadora, tableta o teléfono móvil y está disponible todo el año.

Cómo inscribirse

Ofrecemos tres formas diferentes de inscribirse para brindarle el nivel de apoyo que sea mejor para usted:

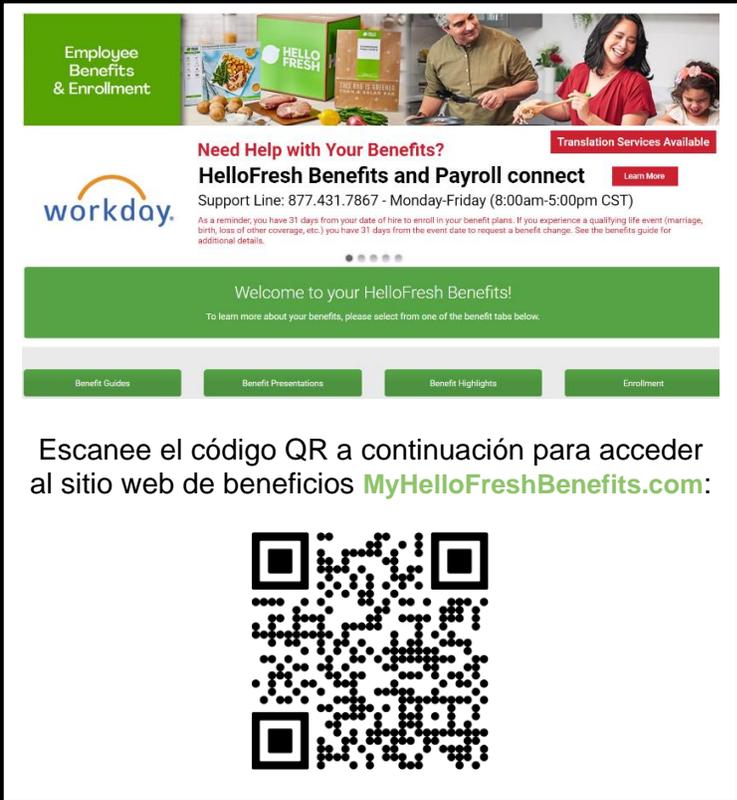
- **Por teléfono:** Llame a HelloFresh Benefits and Payroll Connect al **1-877-431-7867** (de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST; traducción disponible) para hablar con alguien que tomará sus elecciones y responderá sus preguntas por teléfono.
- **Aplicación móvil:** Descargue la aplicación móvil Workday de forma gratuita en la tienda de aplicaciones de Apple o Android.
- **En línea:** Visite <https://wd3.myworkday.com/hellofresh> para registrarse o iniciar sesión y haga clic en Comencemos desde la tarea de Inscripción abierta en su bandeja de entrada para completar su inscripción de autoservicio.

Debe imprimir, guardar o hacer una captura de pantalla de su confirmación de beneficios para sus registros, ya que la confirmación por correo electrónico no estará disponible.

Tenga en cuenta que, para completar su envío de inscripción abierta, se le solicitará que agregue un beneficiario para todos los planes de seguro de vida y AD&D básicos y voluntarios.

Los cambios en las elecciones del plan 401(k) se pueden realizar accediendo a su cuenta en voyaretirementplans.com o usando la aplicación Voya Retire. ¿Aún no está inscrito? Regístrese hoy visitando enroll.voya.com o llame al **888-311-9487**. Utilice el número de plan: 551637 y Número de verificación: 55163799 para inscribirse. El plan 401(k) no es parte del período de inscripción abierta, por lo que puede inscribirse o realizar cambios en cualquier momento durante el año, una vez que cumpla los requisitos de elegibilidad.

No olvide designar a su beneficiario en su Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k) de HelloFresh. Es importante que los ahorros que haya acumulado se destinen a la(s) persona(s) que desee. Inicie sesión en voyaretirementplans.com para designar a su beneficiario y proteger a las personas que más le importan.



Escanee el código QR a continuación para acceder al sitio web de beneficios [MyHelloFreshBenefits.com](https://myhellofreshbenefits.com):

Cobertura de salud

Beneficios médicos y medicamentos con receta

Los beneficios médicos y de prescripción son una parte esencial de su salud y bienestar general. Con nuestro plan médico integral, usted tendrá acceso a una red de médicos y especialistas que lo ayudarán a gestionar su salud. También tendrá cobertura para medicamentos con receta, incluidos medicamentos genéricos y de marca.

| BENEFICIOS MÉDICOS | PLAN MÉDICO HDHP DE CIGNA PLAN DE \$3,300 | CIGNA MEDICAL TRADICIONAL PLAN DE COPAGO DE \$1,000 |
|--|--|--|
| | DENTRO DE LA RED | DENTRO DE LA RED |
| Deducible anual/por año calendario* (individual/familiar) | \$3,300 / \$6,600 | \$1,000 / \$2,000 |
| Máximo de desembolso personal (individual/familiar) | \$5,000 / \$10,000 | \$6,000 / \$12,000 |
| Coseguro (usted paga) | 20% | 30% |
| Servicios médicos (incluidos los virtuales) | | |
| Visita al consultorio médico | 20 % de coseguro después del deducible | Copago de \$35; deducible exento |
| Visita al consultorio de un especialista | 20 % de coseguro después del deducible | Copago de \$60; deducible exento |
| Atención preventiva** | Cubierto al 100 % | Cubierto al 100 % |
| Servicios de laboratorio y radiografías | 20 % de coseguro después del deducible | 30 % de coseguro después del deducible |
| Servicios hospitalarios | | |
| Paciente internado | 20 % de coseguro después del deducible | 30 % de coseguro después del deducible |
| Paciente externo | | |
| Sala de emergencia | Copago de \$500 y coseguro del 20 % Después del deducible; copago exento si es admitido | Copago de \$500; exento si es admitido |
| MDLive | El costo variará hasta que haya alcanzado su deducible, luego el plan paga el 100 %. | \$15 de copago |
| MEDICAMENTOS CON RECETA | PLAN MÉDICO HDHP DE CIGNA PLAN DE \$3,300 | CIGNA MEDICAL TRADICIONAL PLAN DE COPAGO DE \$1,000 |
| | DENTRO DE LA RED | DENTRO DE LA RED |
| Venta al por menor (suministro para 30 días) | | |
| Genérico | \$10 después del deducible médico | \$15 |
| Marca preferida | \$30 después del deducible médico | \$40 |
| Marca no preferida | \$50 después del deducible médico | \$100 |
| Pedido por correo (suministro para 90 días) | | |
| Genérico | \$25 después del deducible médico | \$38 |
| Marca preferida | \$75 después del deducible médico | \$100 |
| Marca no preferida | \$125 después del deducible médico | \$250 |

NOTA: La información anterior es un resumen de la cobertura. Consulte su Guía de beneficios para obtener detalles adicionales del plan.

*El plan tiene deducibles incorporados.

**No todos los servicios de atención preventiva están cubiertos. Por ejemplo, la vacunación para viajar generalmente no está cubierta. Consulte los materiales del plan para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva cubiertos. La atención preventiva seguirá siendo gratuita a través de MDLive.

Su red es Open Access Plus (OAP)

Los planes de Cigna ofrecen cobertura fuera de la red. Consulte sus certificados de cobertura de 2025 ubicados en la página de beneficios en mycigna.com.

Contribuciones quincenales de empleados a planes médicos y medicamentos con receta (26 contribuciones por año)

| | PLAN MÉDICO HDHP DE CIGNA PLAN DE \$3,300 | PLAN CIGNA MEDICAL TRADICIONAL COPAGO DE \$1,000 |
|--------------------------------------|--|---|
| Elegido por el | \$0.00 | \$50.46 |
| Empleado + Cónyuge o pareja de hecho | \$0.00 | \$148.02 |
| Empleado + Hijo(s) | \$0.00 | \$121.11 |
| Familia | \$0.00 | \$252.31 |

Terminología útil de los planes médicos

Proveedor: Esto se refiere a cualquier profesional o centro de atención médica, como un médico, un hospital, un laboratorio o una farmacia.

Atención preventiva: Se trata de servicios como controles y vacunas que ayudan a prevenir problemas de salud. Ambos planes médicos de HelloFresh ofrecen visitas de atención preventiva gratuitas y puedes ganar recompensas a través de Personify Health.

Copagos: Se trata de una cantidad fija que usted paga por un servicio de salud cuando lo recibe. El monto puede cambiar según el tipo de visita y no se aplica a su deducible, pero se aplicará a su máximo de desembolso personal.

- **Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300:** los copagos se aplican solo a medicamentos con receta y visitas a la sala de emergencias después de alcanzar su deducible.
- **Plan de copago tradicional de \$1,000:** tiene copagos para medicamentos con receta, atención primaria, especialistas, atención de urgencia y visitas a la sala de emergencias.

Plan de salud con deducible alto (HDHP): Este plan requiere que usted pague el deducible antes de que su seguro comience a compartir los costos (coseguro). Todos sus gastos contribuyen a su deducible y máximo de desembolso personal.

Deducible: Esta es la cantidad que usted debe pagar por ciertos servicios de salud cada año antes de que su seguro comience a cubrir los costos. El deducible puede no aplicarse a todos los servicios, como los servicios de atención preventiva.

- **HDHP de \$3,300:** \$3,300 individual / \$6,600 familiar
- **Plan de copago tradicional de \$1,000:** \$1,000 individual / \$2,000 familiar

Coseguro: Este es el porcentaje de los costos que usted paga por un servicio de salud cubierto después de alcanzar su deducible.

- **HDHP de \$3,300:** usted paga el 20 % después del deducible.
- **Plan de copago tradicional de \$1,000:** usted paga el 30 % después del deducible.

Máximo de desembolso personal: Esta es la cantidad máxima que usted pagará por atención médica en un año (sin incluir las contribuciones a la nómina). Una vez que alcances esta cantidad, tu seguro cubrirá el 100 % de los servicios de salud permitidos durante el resto del año. Los copagos, deducibles y coseguros cuentan para este límite.

- **HDHP de \$3,300:** \$5,000 individual / \$10,000 familiar
- **Plan de copago tradicional de \$1,000:** \$6,000 individual / \$12,000 familiar

Contribuciones a la nómina: Estos son los montos que se deducen de su cheque de pago cada dos semanas para cubrir su seguro médico.

- **HDHP de \$3,300:** hay una contribución de nómina de \$0.
- **Plan de copago tradicional de \$1,000:** la contribución varía según la cantidad de dependientes y el nivel de cobertura.

Comparación de planes

Estos ejemplos muestran reclamaciones dentro de la red solo con fines ilustrativos. Evalúe ambos planes médicos para determinar la mejor opción para usted y su familia.

Plan de salud con deducible alto (HDHP): Sin contribuciones de nómina; usted paga por los servicios según sea necesario durante el año, que se aplicarán a su deducible, coseguro y máximo de desembolso personal (los medicamentos con receta y la sala de emergencias tienen copagos después del deducible).

Plan de copago tradicional: Requiere contribuciones a la nómina y usted paga copagos, deducibles y coseguro durante todo el año.

Marcella y Mario están casados y gozan de buena salud y solo acuden al médico para visitas de atención preventiva. Tienen un hijo con una enfermedad crónica.

| Esto es lo que su médico le factura a Cigna. | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP)</i> . | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de copago tradicional</i> . | |
|---|----------|---|----------------|---|-----------------|
| Gastos médicos/de prescripción enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamaciones | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | |
| Gastos médicos facturados por el proveedor (gastos del niño) | | Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300 | Usted paga | Plan de copago tradicional de \$1,000 | Usted paga |
| Visita de atención preventiva (incluye visitas familiares) | \$1,500 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 |
| Estancia en el hospital | \$8,500 | Estancia en el hospital: Deducible | \$3,300 | Estancia en el hospital: Deducible | \$1,000 |
| | | Estadía en el hospital: coseguro (cubre el 80 % una vez alcanzado el deducible) | \$1,040 | Estadía en el hospital: coseguro (cubre el 70 % una vez alcanzado el deducible) | \$2,250 |
| 5 visitas al consultorio médico (\$400 cada visita) | \$2,000 | 5 visitas al consultorio médico (el coseguro cubre el 80 % después de alcanzar el deducible) | \$400 | 5 visitas al consultorio médico (copagos de \$35 cada una) | \$175 |
| 5 visitas al consultorio de un especialista (\$600 cada visita) | \$3,000 | 5 visitas al consultorio de un especialista (el coseguro cubre el 80 % después del deducible hasta alcanzar el máximo de desembolso personal de \$5000), ahora está cubierto al 100 % por el resto del año) | \$260 | 5 visitas al consultorio de un especialista (copago de \$60 cada una) | \$300 |
| 10 recetas genéricas | \$850 | 10 recetas genéricas (costo de \$0 ya que se alcanzó el máximo de desembolso personal) | \$0 | 10 recetas genéricas: copagos de \$15 cada una | \$150 |
| Gastos totales anuales facturados a su proveedor | \$15,850 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$5,000 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$3,875 |
| | | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura familiar) | \$0 | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura familiar) | \$6,560 |
| | | Su costo anual total | \$5,000 | Su costo anual total | \$10,435 |

En este escenario, al seleccionar el HDHP, usted ahorra \$5,435 al año. No se deducen contribuciones de su cheque de pago en el HDHP ya que HelloFresh cubre ese costo.

Comparación de planes (continuación)

Plan de salud con deducible alto (HDHP): Sin contribuciones de nómina; usted paga por los servicios según sea necesario durante el año, que se aplicarán a su deducible, coseguro y máximo de desembolso personal (los medicamentos con receta y la sala de emergencias tienen copagos después del deducible).

Plan de copago tradicional: Requiere contribuciones a la nómina y usted paga copagos, deducibles y coseguro durante todo el año.

Jasmine tiene 31 años, es soltera y utiliza el plan para atención preventiva y necesidades médicas mínimas.

| Esto es lo que su médico le factura a Cigna. | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP)</i> . | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de copago tradicional</i> . | |
|---|---------|---|----------------|---|----------------|
| Gastos médicos/de prescripción enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamaciones | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | |
| Gastos médicos facturados por el proveedor (gastos de Jasmine) | | Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300 | Usted paga | Plan de copago tradicional de \$1,000 | Usted paga |
| Visita de atención preventiva | \$500 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 |
| 2 visitas al consultorio médico (\$400 cada visita) | \$800 | 2 visitas al consultorio médico: Deducible | \$800 | 2 visitas al consultorio médico (copagos de \$35 cada una) | \$70 |
| 1 visita de atención de urgencia | \$600 | 1 visita de atención de urgencia | \$600 | 1 visita de atención de urgencia (copagos de \$75) | \$75 |
| 1 receta de medicamento genérico | \$60 | 1 receta de medicamentos genéricos (deducible) | \$60 | 1 receta de medicamentos genéricos (Copago de \$15) | \$15 |
| Gastos totales anuales facturados a su proveedor | \$1,960 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$1,460 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$160 |
| | | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura de los empleados) | \$0 | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura de los empleados) | \$1,312 |
| | | Su costo anual total | \$1,460 | Su costo anual total | \$1,472 |

En esta situación, los dos planes son bastante similares; ahorra \$12 anualmente en el HDHP. No se deducen contribuciones de su cheque de pago en el HDHP ya que HelloFresh cubre ese costo.

Shawn y Kelly son un matrimonio sin hijos. Rara vez utilizan servicios médicos, excepto para sus visitas de atención preventiva, y Kelly tuvo una visita al consultorio médico por una enfermedad.

| Esto es lo que su médico le factura a Cigna. | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP)</i> . | | Este es el costo que tendría con el <i>Plan de copago tradicional</i> . | |
|---|---------|--|--------------|--|----------------|
| Gastos médicos/de prescripción enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamaciones | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | | El monto que paga por los servicios y su costo anual. | |
| Gastos médicos facturados por el proveedor (gastos de Shawn y Kelly) | | Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300 | Usted paga | Plan de copago tradicional de \$1,000 | Usted paga |
| Visitas de atención preventiva (empleado y cónyuge) | \$1,000 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 | Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100 % | \$0 |
| 1 visita al consultorio médico (Kelly) | \$400 | 1 visita al consultorio médico: Deducible | \$400 | 1 visita al consultorio médico (copagos de \$35 cada uno) | \$35 |
| Gastos totales anuales facturados a su proveedor | \$1,400 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$400 | Monto total de gastos médicos que usted paga | \$35 |
| | | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura de empleados y cónyuges) | \$0 | Contribuciones totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura de empleados y cónyuges) | \$3,849 |
| | | Su costo anual total | \$400 | Su costo anual total | \$3,884 |

En esta situación, al seleccionar el HDHP, usted ahorra \$3,484 al año. No se deducen contribuciones de su cheque de pago en el HDHP ya que HelloFresh cubre ese costo.

Recursos médicos

Telemedicina

Cuando necesite asesoramiento médico, pero no tenga tiempo o no quiera asumir el costo asociado con una visita al consultorio del médico, las visitas por video están disponibles a través de MDLive. Estas se pueden hacer en solo unos minutos sin perder tiempo trasladándose. Es rápido, cómodo y le ahorra dinero. Los médicos están disponibles para tratar muchas afecciones médicas comunes en horarios que sean convenientes para usted.

- Exámenes virtuales de bienestar
- Cuidados de rutina
- Resfriado, gripe e infecciones de los senos nasales
- Náuseas y vómitos
- Asma, alergias y erupciones cutáneas
- Infecciones del tracto urinario
- Dolores de cabeza y migrañas
- Afecciones del cabello, la piel y las uñas
- Estrés y ansiedad
- Asesoramiento sobre trauma y duelo
- Insomnio, depresión y cambios de humor

La atención preventiva de MDLive está cubierta al 100 % por ambos planes médicos. Si está inscrito en el Plan HDHP de \$3,300, debe cumplir su deducible para todas las demás visitas de MDLive, después de lo cual no habrá ningún costo. Antes de alcanzar su deducible, los costos de una visita a MDLive variarán entre aproximadamente \$55 y \$125. Puede consultar sus costos específicos tanto en myCigna como en MDLive antes de hacer una cita. Si está en el plan tradicional de copago de \$1,000, hay un copago de \$15 por cita para todos los demás servicios de MDLive.

Para obtener más información o programar una cita, visite [myCigna.com](https://mycigna.com) y seleccione "Talk to a Doctor" (Hable con un médico).

Beneficios de bienestar

Lograr sus objetivos de salud es un viaje y, para ayudarlo, HelloFresh brinda varios programas e incentivos para respaldar su bienestar general con un enfoque en la atención preventiva. El propósito de la atención preventiva es mantener el bienestar y la buena salud antes de que usted se sienta enfermo o note cualquier síntoma y está diseñada para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) afirma que el tratamiento de las enfermedades crónicas funciona mejor cuando se detectan a tiempo. La atención preventiva es importante porque le alerta para obtener un tratamiento rápido cuando sea necesario y también puede ayudar a reducir sus gastos médicos generales.

La atención preventiva está cubierta sin costo para usted cuando busca atención con un proveedor de atención médica dentro de la red si está inscrito en un plan médico de HelloFresh.

| | | |
|---|--|-------|
| Evaluación de salud | Finalización de la evaluación de salud | \$100 |
| Detección biométrica | Detección biométrica completa | \$50 |
| Metas de atención preventiva * | Examen físico anual (incluye evaluación virtual de bienestar MDLIVE o visita de bienestar de la mujer con obstetra/ginecólogo) | \$100 |
| | Detección de cáncer de colon | \$100 |
| | Detección de próstata | \$100 |
| | Detección de cáncer de cuello de útero | \$100 |
| | Mamografía de rutina | \$100 |
| Omada – Programa de prevención de la diabetes | Digital Coaching: completa 9 lecciones o pierde el 5 % de peso en un período de 26 semanas (una vez en la vida) | \$50 |
| Healthy Pregnancies, Healthy Babies (HPHB) | Inscríbete en el primer trimestre | \$150 |
| | Inscríbete en el segundo trimestre | \$75 |

*Límite de recompensa por atención preventiva: \$200

Las instrucciones sobre cómo ver y canjear recompensas por los programas de bienestar y atención preventiva de Cigna estarán disponibles en enero de 2025 en [MyHelloFreshBenefits.com](https://myHelloFreshBenefits.com).

Cigna Healthy Rewards

Con Cigna Healthy Rewards, puede recibir descuentos en productos y servicios que apoyan su salud y bienestar. Obtenga descuentos en los productos y programas de salud que utiliza a diario por: Membresías y dispositivos de fitness, cuidado de la vista, cirugía Lasik, audífonos, medicina alternativa, productos de yoga y entrenamientos virtuales.

Inicie sesión en [myCigna.com](https://mycigna.com) y navegue hasta el programa de descuentos Healthy Rewards.

Recursos médicos (continuación)

Línea de información de salud 24 horas al día, 7 días a la semana

Llame a Cigna en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con una enfermera capacitada, quien puede:

- Responder preguntas sobre preocupaciones de salud.
- Ayudarle a decidir a dónde ir para recibir atención cuando su médico, dentista u oftalmólogo no esté disponible.
- Ayudarle a encontrar proveedores y especialistas en su área.
- Recordarle sobre la programación de exámenes y evaluaciones importantes, incluidos los chequeos dentales.

Guía de Cigna One

Su equipo de Cigna One Guide puede ayudarle las 24 horas, los 7 días de la semana:

- Comprenda cómo funciona su plan.
- Obtenga respuestas a todas sus preguntas sobre el plan de salud.
- Encuentre proveedores dentro de la red.
- Obtenga estimaciones de costos para evitar sorpresas.

Llame al **877-501-7990** o haga clic para chatear con un guía personal en **myCigna.com** o la aplicación myCigna.

Aplicación myCigna

La aplicación myCigna facilita el acceso a toda la información de su plan de salud, todo en un solo lugar. Inicie sesión en cualquier momento y en cualquier lugar

- Vea reclamaciones médicas, acceda a su tarjeta de identificación y reciba detalles importantes sobre los beneficios de su plan de salud.
- Realice un seguimiento de sus gastos de atención médica y encuentre médicos e instalaciones en la red de su plan.
- Consulte qué cubre su plan y cuánto podría pagar.
- Acceda a su saldo de HSA (si lo tiene).
- Escuche cientos de podcasts en inglés y español para Descargar la aplicación myCigna desde la App Store o Google Play Store.

Recursos de salud conductual

Su plan Cigna incluye una amplia red nacional de terapeutas, psiquiatras, enfermeras profesionales y especialistas en salud conductual autorizados. Los proveedores pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para muchas afecciones de salud mental comunes, como ansiedad, depresión y agotamiento durante situaciones que no son de emergencia.

Para encontrar un proveedor o conectarse a la atención conductual virtual, visite **myCigna.com**.

Oncología integral

El Programa de Oncología Integral puede ayudar a los miembros a quienes se les ha diagnosticado cáncer o que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer. Los pacientes, las familias y los cuidadores pueden trabajar individualmente con un coach de Cigna. Estas enfermeras capacitadas pueden ayudarle a comprender un diagnóstico, evaluar proveedores y opciones de tratamiento, y brindar apoyo emocional y social personalizado.

Cigna puede comunicarse con usted si su estilo de vida y/o antecedentes familiares lo ponen en riesgo de desarrollar cáncer, y compartirá educación e información sobre la prevención del cáncer.

Este servicio se proporciona como parte de su plan médico de Cigna sin costo adicional.

Planificación familiar

Ya sea que esté tratando de tener un bebé ahora o desee tenerlo algún día, el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies de Cigna está aquí para ayudar.

Apoyo preconcepcional

- Reciba planificación y apoyo en materia de infertilidad las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Obtenga ayuda para encontrar recursos de fertilidad locales y beneficios disponibles.

Apoyo para el embarazo

- Los coaches de embarazo con experiencia en enfermería están disponibles por teléfono las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudarla con preguntas desde las náuseas matutinas hasta los beneficios de maternidad.
- Los entrenadores la apoyarán durante todo su embarazo, ayudándola a mantenerse saludable, a usted y a su bebé,
- y a controlar cualquier riesgo de salud que pueda tener.

Lo que recibirá:

Llamadas de coaching ilimitadas.

Cuando se inscribe en Cigna Healthy Pregnancies, Healthy Babies y completa el programa, incluido el control posparto, será elegible para recibir \$150 si se inscribe en el primer trimestre o \$75 si se inscribe en el segundo trimestre.

Un extractor de leche a través de Cigna sin costo adicional, una vez que llegue a la semana 28 de embarazo.

Apoyo adicional para la planificación familiar

Para HelloFresh es importante que nuestro programa de beneficios cree un camino más inclusivo hacia la paternidad. Para los empleados inscritos en un plan médico de Cigna, HelloFresh ofrece tratamientos de infertilidad médicamente necesarios con un máximo de por vida de \$70,000 y un beneficio de concepción con un máximo de por vida de \$10,000 para aquellos que no tengan un diagnóstico de infertilidad.

Recursos médicos (continuación)

Programa Pathwell Bone & Joint

Un programa de atención específico para cada condición que lo guía con afecciones de columna, rodilla, cadera y hombro hacia el camino correcto de atención utilizando un enfoque integral de salud para toda la persona. El programa está disponible para miembros con afecciones musculoesqueléticas y se coordina con la oferta de terapia virtual de Hinge Health.

Para obtener más información, inicie sesión en myCigna.com o llame al **1-877-501-7990**.

Hinge Health Programa virtual para el cuidado de músculos y articulaciones

Vivir con dolor o movilidad reducida puede ser frustrante y desalentador. Además, programar las citas de fisioterapia y trasladarse para recibirlas puede suponer un desafío. Para ayudarlo a gestionar el tratamiento de problemas musculares y articulares, puede inscribirse en fisioterapia virtual **gratuita** a través de Hinge Health en cualquier plan médico HelloFresh Cigna.

Hinge Health está diseñado para que sea fácil comenzar y continuar un programa de fisioterapia desde la comodidad de su hogar. Puede abordar la mayoría de los tipos de problemas de espalda y articulaciones, ayudando a reducir el dolor y mejorar la fuerza y la movilidad mientras se recupera de una cirugía, trabaja para evitar la cirugía o intenta reducir la necesidad de medicación.

Con Hinge Health:

- Se le asignará un fisioterapeuta profesional autorizado para recibir una evaluación y un plan de tratamiento personalizado.
- La consulta y la instrucción virtuales en vivo le mostrarán cómo usar sensores y monitores que brindan información en tiempo real para corregir su postura mientras realiza los ejercicios prescritos.
- Su fisioterapeuta revisará su progreso y hará ajustes a su programa según sea necesario.
- Mire videos educativos, charle regularmente con su fisioterapeuta y aplique estrategias de terapia conductual para ayudar a entrenar su cerebro mientras trabaja su cuerpo.

Programa de diabetes Omada

Un programa personalizado con entrenamiento individual, apoyo especializado y dispositivos inteligentes para ayudarlo a perder peso, controlar la diabetes y reducir la presión arterial.

Si usted o sus dependientes adultos cubiertos están inscritos en uno de los planes médicos de Cigna y están en riesgo de padecer diabetes tipo 2 o enfermedad cardíaca, o viven con diabetes o presión arterial alta, y son aceptados en el programa, recibirán el programa **sin costo adicional**.

Cuando se inscriba en el programa de Coaching Digital de Omada y complete 9 lecciones o pierda el 5 % de su peso en un período de 26 semanas, será elegible para un incentivo de bienestar de \$50.

Visite omadahealth.com/hellofresh para obtener más información y verificar si es elegible.

Programa All in with Autism

All in with Autism ofrece consejos, kits de herramientas y podcasts para ayudar a las familias a profundizar su comprensión del autismo y aprender a estar unidos en cada etapa del desarrollo. Los recursos incluyen una lista de verificación de síntomas y actividades para ayudar a su hijo a desarrollar sus habilidades en casa.

Para obtener más información, visite Cigna.com.

Farmacia

- Los participantes del plan médico pueden iniciar sesión en myCigna.com para encontrar farmacias dentro de la red que forman parte de su plan.
- Descubra si sus medicamentos están cubiertos y en qué nivel se encuentran. Los medicamentos de marca de menor costo y los genéricos generalmente se encuentran en los niveles de genéricos y marcas preferidas. Ahorrará más dinero cuando use medicamentos genéricos.
- Si elige surtir un suministro de 90 días de sus medicamentos, puede utilizar farmacias minoristas seleccionadas dentro de la red que estén aprobadas para surtir recetas de 90 días. Inicie sesión en myCigna.com y haga clic en "Find Care & Costs" (Buscar atención y costos) para encontrar una farmacia cerca de usted.
- Si toma medicamentos regularmente o los necesita a largo plazo, puede ahorrar tiempo con la entrega a domicilio. También puede recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos entregados en su puerta con entrega a domicilio. Los medicamentos de mantenimiento pueden variar en cantidades. Inicie sesión en myCigna.com para registrarse.
- Los anticonceptivos genéricos y los diafragmas están cubiertos y disponibles sin costo adicional.
- Si tiene una afección de salud compleja que requiere medicamentos especiales para su tratamiento, comuníquese con Cigna al **1-877-501-7990**.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Ahorre para futuros costos médicos y reduzca sus impuestos con esta cuenta especial de ahorros para salud disponible para empleados inscritos en el Plan de salud con deducible alto de \$3,300 de HelloFresh. Los gastos médicos de bolsillo pueden acumularse rápidamente. Con el tiempo, la atención médica probablemente será el mayor gasto familiar. Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) le permite acumular protección para futuros gastos de atención médica.

Puede contribuir dinero a su HSA y usarlo en cualquier momento para gastos de atención médica calificados. Visite [cigna.com/individuals-families/member-guide/eligible-expenses](https://www.cigna.com/individuals-families/member-guide/eligible-expenses) para obtener una lista de los gastos elegibles de HSA. Cualquier fondo que no utilice se transfiere a años futuros y es su dinero, que puede conservar incluso si deja su empleo. Mejor aún, las HSA ofrecen ventajas fiscales.

Configure sus contribuciones de nómina HSA durante la inscripción abierta o en cualquier momento del año en el portal de inscripción de Workday. Puede realizar cambios en cualquier momento durante el año según cambien sus necesidades. Recibirá una tarjeta de débito de HSA Bank. El saldo de su cuenta bancaria HSA genera intereses y, una vez que su saldo alcanza los \$1,000, puede invertirlo en fondos mutuos. No hay tarifa por cuenta de inversión. Además, hay una tarifa mensual de \$1.25 por los estados de cuenta en papel que se deduce de su cuenta. El estado de cuenta mensual en papel se puede iniciar o detener después de abrir la cuenta visitando [myCigna.com](https://www.myCigna.com). Los estados de cuenta en línea siempre son gratuitos.

NOTA: Si se inscribe en este plan, no podrá elegir una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica.



Las HSA ofrecen ahorros fiscales triples

1. Usted no paga impuesto federal sobre la renta por el dinero que contribuye.
2. No paga impuestos sobre los intereses que gana en su cuenta.
3. No paga impuestos cuando usa el dinero para pagar servicios médicos calificados.

Claves para hacer crecer su cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA):

Dado que el HDHP tiene una deducción de nómina para empleados de \$0, ¡puede tomar estos ahorros y contribuir a la HSA en su lugar! Dado que los fondos no utilizados se transfieren de un año a otro, puede acumular fácilmente un saldo para cualquier necesidad de atención médica futura.

- Considere elegir beneficios suplementarios (seguro por enfermedad específica, indemnización hospitalaria y/o seguro por accidente) para cubrir gastos importantes derivados de enfermedades o lesiones graves inesperadas y para asegurarse de que no agoten el dinero de su HSA.
- Monitoree el crecimiento de su fondo. Al igual que un 401(k), sus fondos de HSA pueden invertirse en algunas

| ¿CUÁNTO PUEDE APORTAR? | LÍMITE DE CONTRIBUCIÓN ANUAL DEL IRS | LÍMITE DE CONTRIBUCIÓN ANUAL DEL IRS SI TIENE MÁS DE 55* |
|------------------------|--------------------------------------|--|
| Cobertura individual | \$4,300 | \$5,300 |
| Cobertura familiar | \$8,550 | \$9,550 |

NOTA: Si una persona alcanza los 55 años al final del año calendario, puede contribuir \$1,000 adicionales.

NOTA: Los montos cambian anualmente según las pautas del IRS.

Beneficios dentales

Su salud dental es una parte importante de su bienestar general. La siguiente opción de seguro dental se ofrece a través de Cigna. Aunque puede elegir cualquier proveedor dental, puede ahorrar si utiliza un dentista de la **Red Total DPPO de Cigna**. Para verificar si su dentista está dentro de la red, utilice el directorio de proveedores en **myCigna.com**.

| BENEFICIO | DENTRO DE LA RED |
|---|---|
| Máximo anual/año calendario | \$1,500 |
| Deducible anual/por año calendario (Individual/Familiar) | \$50/\$150 |
| Servicios preventivos | No paga nada |
| Servicios básicos | Usted paga un coseguro del 20 % o 50 % según el servicio. |
| Servicios principales | Usted paga un coseguro del 50 % |
| Máximo de por vida para ortodoncia* | Máximo de \$1,500; usted paga un coseguro del 50 % |

* La ortodoncia para adultos no está cubierta por el plan dental.

| DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL | |
|--|---------|
| Empleado solamente | \$1.91 |
| Empleado + Cónyuge o pareja de hecho | \$7.42 |
| Empleado + Hijo(s) | \$8.82 |
| Familia | \$17.26 |

Atención dental virtual

Cigna Dental Virtual Care se ofrece a través de The TeleDentists. Usted y los miembros de su familia cubiertos pueden ver a un dentista desde la comodidad y seguridad de su hogar a través de una videollamada, sin costos de copago ni coseguro (cuenta para el máximo del plan anual). Con The TeleDentists, usted puede:

- Conéctese 24/7/365 con dentistas con licencia.
- Obtenga ayuda con necesidades dentales urgentes, como dolor de muelas, infección, inflamación, sangrado y más. Obtenga asesoramiento y orientación para una atención más integral, si es necesario.
- Si corresponde, haga que envíen una receta directamente a su farmacia.

Conéctese con The TeleDentists visitando **myCigna.com** y seleccione "Find Care & Costs" (Buscar atención y costos).

5 CONSEJOS PARA LA SALUD DENTAL

1. Los chequeos regulares y las limpiezas profesionales pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana y prevenir problemas más graves. Si está embarazada, hable con su dentista para que pueda ayudarla a planificar cuidados adicionales durante su embarazo.
2. Si sus gastos estimados son de \$200 o más, pídale a su dentista que se comunice con Cigna para una revisión previa al tratamiento del monto cubierto para el plan de tratamiento sugerido.
3. El Programa de Integración de Salud Oral y Dental de Cigna ofrece una cobertura dental mejorada para miembros con ciertas afecciones médicas. Los miembros pueden recibir un reembolso de coseguro por servicios dentales elegibles y orientación sobre problemas de comportamiento relacionados con la salud bucodental. Los reembolsos bajo este programa no están sujetos al deducible anual, pero se aplicarán al máximo anual del plan.
Para obtener más información y una lista completa de términos y condiciones elegibles, visite **myCigna.com** o llame al servicio de atención al cliente las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-877-501-7990**.
4. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda que los bebés acudan al dentista para su primer examen dental dentro de los 6 meses de haber aparecido su primer diente o antes de su primer cumpleaños. Después de la visita dental inicial, se recomiendan visitas regulares, según las necesidades de salud bucal del niño.
5. No olvide que puede usar los fondos de su HSA o FSA para cubrir costos dentales de bolsillo, como deducible, coseguro, ortodoncia y montos que excedan el máximo anual.

Beneficios de visión

HelloFresh ofrece cobertura de la vista a través de EyeMed e incluye exámenes de la vista, opciones asequibles para anteojos o lentes de contacto con receta y descuentos para corrección de la visión con láser. Cuando necesite servicios, ¡considere utilizar un proveedor dentro de la red para obtener el máximo beneficio por su dinero! Para localizar un proveedor de **Insight Network**, visite eyemed.com.

| BENEFICIO | DENTRO DE LA RED |
|--|---|
| Examen (Una vez cada año del plan) | \$15 de copago |
| Lentes | |
| Simples | Cobertura total después de un copago de \$25 |
| Bifocales | Cobertura total después de un copago de \$25 |
| Trifocales | Cobertura total después de un copago de \$25 |
| Armazones (Una vez cada año alterno del plan) | Copago de \$0; 20 % de descuento sobre el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Lentes de contacto en lugar de gafas | |
| Convencionales | Copago de \$0; 15 % de descuento sobre el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Desechables | \$0 de copago; 100 % del saldo por encima de la asignación de \$130 |
| Medicamente necesarios | \$0 copago; pago total |

| DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL | |
|---|--------|
| Empleado solamente | \$0.58 |
| Empleado + Cónyuge o pareja de hecho | \$1.59 |
| Empleado + Hijo(s) | \$1.47 |
| Familia | \$2.57 |



5 CONSEJOS PARA UNA VISIÓN

1. Programe exámenes de la vista anuales. Visitar a su oftalmólogo regularmente le ayuda a ver mejor, protege su vista e incluso detecta problemas de salud graves como la diabetes.
2. Protege tus ojos contra los rayos UV. No importa la estación, es importante usar gafas de sol. Al seleccionar y comprar gafas de sol, asegúrese de confirmar que ofrecen protección UVA/UVB del 100 %.
3. Dé un descanso a sus ojos de los dispositivos digitales. Las pantallas digitales emiten un tipo específico de luz azul y violeta que puede afectar negativamente la salud ocular y provocar fatiga visual digital.
4. Deje de fumar. Fumar aumenta su riesgo de desarrollar degeneración macular, daño al nervio óptico y cataratas.
5. Practique el uso y cuidado seguro de los lentes de contacto. Manténgalos limpios y siga las recomendaciones de uso y desgaste.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) es una cuenta que puede reembolsarle gastos de atención médica calificados o de cuidado de dependientes. Puede pagar gastos calificados con dólares antes de impuestos deducidos de su cheque de pago. Usted es elegible para participar en dos cuentas FSA separadas: una FSA de atención médica y una FSA de cuidado de dependientes.

NOTA: Si está inscrito en el HDHP, no es elegible para participar en la FSA de atención médica.



FSA PARA
CUIDADO
DE LA
SALUD

Deducibles, copagos, medicamentos con receta, equipos médicos, etc.



FSA PARA EL
CUIDADO DE
DEPENDIENTES

Niñeras, guarderías, campamentos de día, cuidados de enfermería a domicilio, etc.

Cómo funcionan las cuentas de gastos flexibles (FSA)

1. Cada año, durante el período de inscripción abierta, usted decide cuánto dinero reservar para gastos de atención médica y cuidado de dependientes.
2. Sus contribuciones se deducen de su cheque de pago antes de impuestos en cuotas iguales a lo largo del año calendario.
3. Puede usar su tarjeta de débito FSA para pagar gastos de atención médica elegibles en el punto de venta, o puede pagar de su bolsillo y presentar un formulario de reclamación para obtener un reembolso. El reembolso por cuidado de dependientes se puede enviar en el sitio web o la aplicación de Flores.

Tenga en cuenta que estas cuentas son separadas: si es elegible, puede elegir participar en una, en todas o en ninguna. No puede utilizar dinero de la FSA de atención médica para cubrir gastos elegibles bajo la FSA de cuidado de dependientes o viceversa.

| PLAN | CONTRIBUCIÓN MÁXIMA ANUAL | ¿CUÁNDO ESTÁN DISPONIBLES LOS |
|--|---|--|
| Cuenta de gastos flexibles para atención médica | Puede contribuir hasta el límite de \$3,200.* | Los fondos estarán disponibles a partir de la fecha de vigencia del plan. |
| Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes | Puede contribuir hasta \$5,000 anualmente o \$2,500 si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado.* | Los fondos están disponibles cuando se depositan en su cuenta con cada cheque de pago. |

NOTA: Consulte las Publicaciones 502 y 503 del IRS para obtener una lista completa de los gastos cubiertos.

¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular cuidadosamente sus contribuciones a la FSA. Estos fondos **no se transfieren de un año a otro** por encima de los límites de transferencia que se indican a continuación, y usted debe inscribirse activamente todos los años. No se le vuelve a inscribir automáticamente.

Debe incurrir en sus gastos de FSA de atención médica de 2025 antes del final del año de su plan, que es el 31/12/25 o su fecha de finalización, lo que ocurra primero.

Si le queda dinero en su(s) cuenta(s) al final del año del plan:

- **FSA de atención médica:** Puede transferir hasta \$640* para usar en el próximo año del plan.
- **FSA para el cuidado de dependientes:** Puede incurrir en reclamaciones adicionales hasta el 15 de marzo del siguiente año del plan. Después de eso, su saldo se perderá.



Artículos de atención médica que quizás no sepa que son elegibles para la FSA:

- Protector solar
- Almohadillas térmicas y de enfriamiento
- Botiquines de primeros auxilios
- Plantillas para zapatos y otros tratamientos para el cuidado de los pies
- Almohadas de viaje
- Bandas para el mareo por movimiento

Para obtener una lista completa de los gastos cubiertos, visite flores247.com.

* Los límites anuales de 2025 aún no se han anunciado, el IRS normalmente publica estas actualizaciones en octubre o noviembre.

Seguro de invalidez

Su capacidad de llevar a casa un sueldo es un activo valioso. Le ayudamos a protegerlo. HelloFresh le ofrece una cobertura de incapacidad a corto y largo plazo sin costo para usted. HelloFresh también ofrece a los empleados que ganan un salario base anual de \$50,000 o más por año la opción de contratar cobertura adicional por incapacidad a largo plazo.

Si una lesión o enfermedad le dejara sin trabajo y le impidiera ganar un sueldo, ¿cómo cubriría sus facturas y otros gastos del hogar? El seguro de incapacidad proporciona protección de ingresos, pagando una parte de su salario que puede utilizar para compensar gastos de bolsillo y compensar la pérdida de salarios.

NOTA: Si no se inscribe en el plan de beneficios de incapacidad a largo plazo adquiridos cuando esté disponible para usted por primera vez, se le solicitará que complete un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI). Puede completar un formulario de evidencia de asegurabilidad a través de una tarea de Workday en su bandeja de entrada una vez que se haya cerrado la inscripción abierta.

Incapacidad a corto plazo (STD)

El seguro por incapacidad a corto plazo (STD) reemplaza una parte de sus ingresos si una lesión o enfermedad lo obliga a dejar el trabajo durante un período prolongado.

HelloFresh ofrece cobertura de ETS sin costo para usted y la inscripción es automática. Después de un período de carencia de 14 días y ser declarado incapacitado, recibirá el 60 % de sus ingresos semanales base hasta un máximo de \$2,500 por semana.

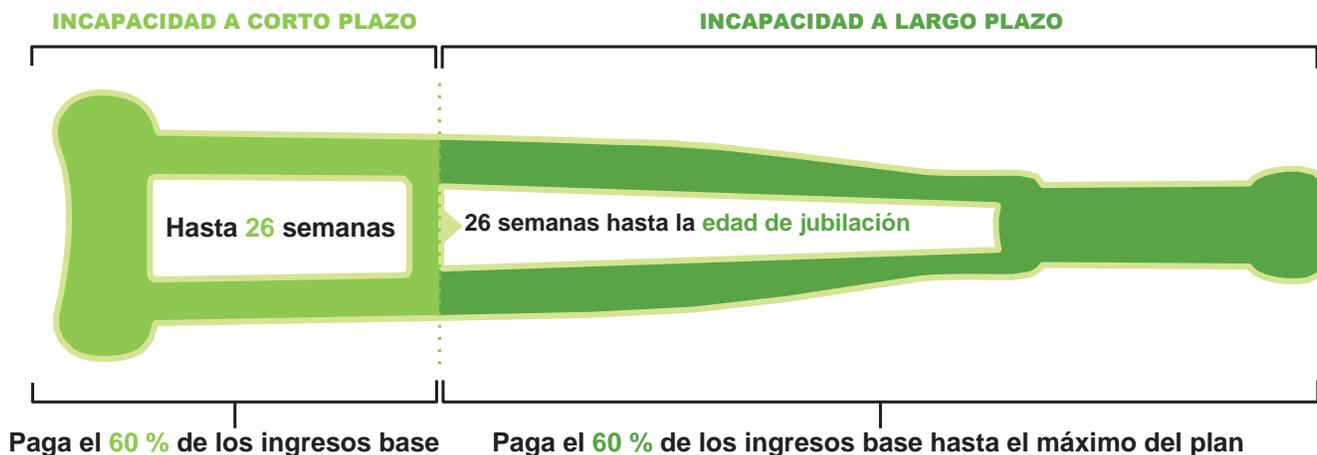
Incapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro por incapacidad a largo plazo (LTD) ayuda a proteger sus finanzas cuando su incapacidad continúa más allá del período cubierto por el plan STD.

HelloFresh ofrece cobertura de LTD sin costo para usted y la inscripción es automática. El beneficio es igual al 60 % de sus ingresos mensuales base hasta un máximo de \$2,500 por mes. Los beneficios comienzan después de 180 días de incapacidad.

Seguro de incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional

Dependiendo del presupuesto de su hogar, es posible que necesite cobertura por incapacidad adicional. Para ayudarle a aumentar su protección por incapacidad, los empleados que ganan un salario base anual de \$50,000 o más por año pueden contratar cobertura adicional a largo plazo a un costo asequible.



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

Esté ahí siempre desde el punto de vista financiero para sus seres queridos. Su familia depende de sus ingresos para tener un estilo de vida cómodo y los recursos que necesitan para sentirse seguros. El seguro de vida garantiza que el futuro de su familia esté asegurado desde el punto de vista financiero si usted ya no está allí para cuidar de ellos. HelloFresh ofrece un seguro de vida a término básico y opciones voluntarias adicionales para brindarle la posibilidad de armar una cartera de seguro de vida completa.

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

HelloFresh ofrece a los empleados elegibles cobertura básica de seguro de vida a término y cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo, y la inscripción es automática.

- **Póliza de vida básica*:** El beneficio es igual a una vez sus ingresos anuales básicos hasta un máximo de \$500,000.**
- **AD&D:** Si sufre lesiones graves o pierde la vida en un accidente, tendrá derecho a recibir 1 vez su ingreso anual base hasta un máximo de \$500,000.**

* No se requiere evidencia de asegurabilidad (EOI) para la cobertura básica de vida y AD&D.

NOTA: Según la legislación fiscal, el valor del seguro de vida a término colectivo proporcionado por el empleador que supere los \$50,000 está sujeto a impuestos. El valor se determina por su edad y el calendario establecido por el IRS. Si gana más de \$50,000 al año, esto se agrega a su salario bruto y se incluye en su formulario W-2 al final del año. Consulte la página 15 de la Publicación 15-B del IRS para obtener más información (www.irs.gov/pub/irs-pdf/p15b.pdf).

Seguro de vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

También puede optar por comprar cobertura de seguro de vida y AD&D voluntaria además del beneficio pagado por la compañía. Usted paga el costo total de este beneficio a través de cómodas deducciones de nómina.

Debe inscribirse en la cobertura para usted mismo para poder cubrir a su cónyuge, pareja de hecho o hijos elegibles. Si no se inscribe en el seguro de vida voluntario cuando esté disponible para usted por primera vez, o elige una cantidad superior a la emisión garantizada, se le solicitará que complete un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). Si anteriormente eligió una cobertura y desea elegir un monto adicional hasta la emisión garantizada durante la inscripción abierta, no será necesario que complete un formulario EOI. La evidencia de asegurabilidad es cuando usted proporciona información sobre sus afecciones de salud o las de su dependiente para que se le conceda la elegibilidad para la cobertura. Puede completar un formulario de EOI a través de una tarea de Workday en su bandeja de entrada después de que se haya cerrado la inscripción abierta.

- **Empleado:** Los montos en incrementos de \$10,000 están disponibles hasta un máximo de 6 veces las ganancias anuales o \$500,000, lo que sea menor. Puede elegir hasta \$150,000 en cobertura, con emisión garantizada, sin EOI.
- **Cónyuge o pareja de hecho:** Los montos en incrementos de \$5,000 están disponibles hasta un máximo del 100 % de la vida del empleado o \$250,000, lo que sea menor. Puede elegir hasta \$25,000 en cobertura, con emisión garantizada, sin EOI.
- **Hijo(s):**
 - **De nacimiento vivo hasta 14 días:** \$1,000
 - **De 14 días a 6 meses:** \$2,000
 - **De 6 meses a 19 años (o 26 si es estudiante a tiempo completo):** Los montos en incrementos de \$2,000 están disponibles hasta un máximo de \$10,000

CUADRO COMPARATIVO DE PLANES DE SEGURO DE VIDA

| SEGURO DE VIDA A TÉRMINO BÁSICO | SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO |
|--|--|
| Las primas están completamente pagadas por la compañía. | Las primas las paga usted y aumentan a medida que envejece. |
| En caso de su muerte, este plan reemplaza sus ingresos para que su familia pueda cubrir artículos como gastos funerarios, hipoteca, estudios y gastos del hogar. | En caso de su muerte, este plan reemplaza sus ingresos para que su familia pueda cubrir artículos como gastos funerarios, hipoteca, estudios y gastos del hogar. |
| Portabilidad y conversión: Es posible que pueda llevar su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila. Pero necesitará pagar por la prima. | Portabilidad y conversión: Es posible que pueda llevar su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila. |

Contribuciones a la nómina por vida e incapacidad

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento voluntario

Contribuciones quincenales a la nómina

| Edad | Seguro de vida del empleado por cada \$10,000 de cobertura | Seguro de vida del cónyuge por cada \$5,000 de cobertura |
|---------------------------------------|--|--|
| 15-24 | \$0.17 | \$0.08 |
| 25-29 | \$0.19 | \$0.10 |
| 30-34 | \$0.25 | \$0.13 |
| 35-39 | \$0.38 | \$0.19 |
| 40-44 | \$0.58 | \$0.29 |
| 45-49 | \$0.90 | \$0.45 |
| 50-54 | \$1.32 | \$0.66 |
| 55-59 | \$1.88 | \$0.94 |
| 60-64 | \$2.42 | \$1.21 |
| 65-69 | \$3.44 | \$1.72 |
| 70-74 | \$6.51 | \$3.26 |
| 75+ | \$20.13 | \$10.07 |
| | Seguro de AD&D del empleado por cada \$10,000 de cobertura | Seguro de AD&D del cónyuge por cada \$5,000 de cobertura |
| | \$0.07 | \$0.04 |
| Tasa de vida infantil por cada \$2000 | \$0.17 | |

Seguro de incapacidad adquirido

Contribuciones quincenales de la nómina

| Seguro de incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional | |
|---|--------|
| Tarifa quincenal | \$0.05 |

| Seguro de incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional | |
|---|---|
| Salario anual | \$ / 12 meses = \$ (Máximo \$16,668) |
| Ganancias mensuales | \$ / \$100 = (Máximo = \$166.68) |
| Tasas de beneficio | \$ X (.0485) = (su deducción quincenal) |

Seguro de enfermedades específicas

El seguro médico no previene toda la tensión financiera de una enfermedad o lesión grave. Muchas familias no tienen suficientes ahorros para cubrir el deducible y el coseguro de un evento médico importante. Los beneficios complementarios pueden ayudar a cubrir este riesgo financiero de bolsillo por un costo razonable.

Los beneficios se le pagan directamente a usted, lo que le permite utilizar los fondos como desee. Recibe el beneficio completo incluso si tiene otro seguro. HelloFresh ofrece seguros contra enfermedades específicas, seguros contra accidentes y seguros de indemnización hospitalaria.*

A tener en cuenta: Estos planes no son reemplazos del seguro médico.

NOTA: Las pólizas/certificados de cobertura tienen exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquier beneficio pagadero. Las pólizas/certificados de cobertura o sus disposiciones, así como las enfermedades cubiertas, pueden variar o no estar disponibles en algunos estados para beneficios médicos complementarios. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para obtener detalles completos.

Seguro de enfermedades específicas

Puede protegerse de los costos inesperados de una enfermedad grave. Incluso el plan médico más generoso no cubre todos los gastos de una afección médica grave como un ataque cardíaco o cáncer. El seguro de enfermedades específicas le paga directamente a usted un beneficio total en una suma única si se le diagnostica una enfermedad cubierta que cumple los criterios del plan. El beneficio se paga además de cualquier otra cobertura de seguro que pueda tener.

El seguro de enfermedades específicas incluye:

- Infarto de miocardio
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Fallo orgánico mayor
- Arteriopatía coronaria
- Enfermedad de Alzheimer
- Cáncer invasivo (incluido el cáncer de mama)
- Cáncer no invasivo (25 %)
- Cáncer de piel (\$500)

Características del plan

- No tiene que tener una enfermedad terminal para recibir beneficios.
- Hay opciones de cobertura disponibles para su cónyuge/pareja de hecho e hijos como complementos de su cobertura.* La cobertura del cónyuge/pareja de hecho se puede elegir con un 50 % de cobertura elegida por el empleado. Los niños elegibles se inscriben automáticamente con un 50 % de la cobertura elegida por el empleado.
- La cobertura es portátil: puede llevar su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila.

El costo del beneficio variará dependiendo de factores como su edad y el monto de cobertura que elija. Consulte los costos del Seguro de Enfermedades Específicas en la página siguiente.

*Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a HelloFresh Benefits and Payroll Connect si su cónyuge ya no cumple con la definición de cónyuge.



Beneficio de detección de salud Be Well

El plan de seguro de enfermedades especificado proporciona un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección de salud cubierta, como un examen físico, un análisis de sangre de colesterol total, una mamografía o un panel de lípidos, entre otros.

Seguro de enfermedades específicas

Contribuciones de la nómina

Contribuciones quincenales al seguro de enfermedades específicas

Elija una cobertura de \$10,000, \$20,000, \$30,000 o \$40,000 para empleados. Los cónyuges solo pueden obtener el 50 % del monto de cobertura del empleado.

Los niños menores de 26 años están cubiertos automáticamente sin costo adicional al 50 % del monto de cobertura del empleado.



| Edad | EMPLEADO | CÓNYUGE |
|--------------------|---------------------|--|
| | Tarifa por \$10,000 | Tarifa por \$5,000 (según la edad del empleado) |
| Menores de 25 años | \$0.780 | \$0.390 |
| 25-29 | \$0.920 | \$0.460 |
| 30-34 | \$1.150 | \$0.580 |
| 35-39 | \$1.480 | \$0.740 |
| 40-44 | \$1.980 | \$0.990 |
| 45-49 | \$2.770 | \$1.380 |
| 50-54 | \$3.880 | \$1.940 |
| 55-59 | \$5.350 | \$2.680 |
| 60-64 | \$7.710 | \$3.850 |
| 65-69 | \$11.030 | \$5.520 |
| 70-74 | \$16.250 | \$8.120 |
| 75-79 | \$22.020 | \$11.010 |
| 80-84 | \$28.150 | \$14.080 |
| 85+ | \$40.340 | \$20.170 |

Seguro de indemnización por accidentes y hospitalización

Seguro de accidentes

Las lesiones graves son dolorosas. Pero el impacto financiero del tratamiento médico no tiene por qué ser así.

El seguro de accidentes le paga los beneficios directamente a usted si sufre una lesión cubierta, como una fractura, una quemadura, un daño en los ligamentos o una conmoción cerebral. Los beneficios se pagan incluso si tiene otra cobertura.

El monto del beneficio se calcula en función del tipo de lesión, su gravedad y los servicios médicos necesarios para el tratamiento y la recuperación. El plan cubre una amplia variedad de lesiones y gastos relacionados con accidentes, incluidos:

- Tratamiento de lesiones (fracturas, dislocaciones, conmociones cerebrales, quemaduras, laceraciones, etc.)
- Hospitalización Fisioterapia
- Tratamiento en sala de emergencias
- Transporte

Características del plan

- **Aceptación garantizada:** No se requieren preguntas de salud ni exámenes físicos.
- **Cobertura familiar:** Puede elegir cubrir a su cónyuge/pareja de hecho y a sus hijos elegibles.*
- **Cobertura 24/7:** Se pagan beneficios por accidentes que ocurren dentro y fuera del trabajo.
- **Cobertura portátil:** Es posible que pueda llevar su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila.

| DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL | PLAN BÁSICO | PLAN SUPERIOR |
|--|-------------|---------------|
| Empleado solamente | \$3.18 | \$4.10 |
| Empleado + Cónyuge o pareja de hecho | \$5.79 | \$7.42 |
| Empleado + Hijo(s) | \$7.13 | \$9.28 |
| Familia | \$9.74 | \$12.59 |

Seguro de indemnización por hospitalización

Recibir pagos para ayudar a cubrir el costo de una estadía en el hospital. Si se le admite en un hospital, no pasará mucho tiempo antes de que los costos de bolsillo se acumulen. El seguro de indemnización hospitalaria le paga los beneficios directamente a usted si se le admite en un hospital para recibir atención médica o para el cuidado de sus hijos. Los beneficios se pagan incluso si tiene otra cobertura.

Recibe un beneficio por el día en que se le admite y luego un beneficio adicional basado en el número de días que está confinado en el hospital. El beneficio aumenta si se le admite y confina en una unidad de cuidados intensivos o en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Características del plan

- **Aceptación garantizada:** No se requieren preguntas de salud ni exámenes físicos.
- **Cobertura familiar:** Puede elegir cubrir a su cónyuge/pareja de hecho y a sus hijos.*
- **Deducción de nómina:** Las primas se pagan mediante cómodas deducciones de nómina.
- **Cobertura portátil:** Es posible que pueda llevar su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila.

| DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL | PLAN BÁSICO | PLAN SUPERIOR |
|--|-------------|---------------|
| Empleado solamente | \$3.29 | \$6.01 |
| Empleado + Cónyuge o pareja de hecho | \$6.52 | \$11.91 |
| Empleado + Hijo(s) | \$4.46 | \$8.13 |
| Familia | \$7.69 | \$14.04 |

A tener en cuenta: Estos planes no son reemplazos del seguro médico.

*Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe proporcionar notificación a HelloFresh Benefits and Payroll Connect cuando todos sus hijos dependientes excedan el límite de edad de hijo dependiente o ya no cumplan la definición de hijo dependiente. Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a HelloFresh Benefits and Payroll Connect si su cónyuge ya no cumple la definición de cónyuge.

Beneficio de detección de salud Be Well

Los planes de seguro de indemnización por accidentes y hospitalización proporcionan un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección de salud cubierta, como un examen físico, un análisis de sangre de colesterol total, una mamografía o un panel de lípidos, entre otros.



Beneficios adicionales

Ofrecemos una variedad de beneficios adicionales que le brindan opciones más allá de la atención médica y la protección de ingresos.

Seguro legal

El seguro legal brinda acceso a una red de abogados participantes que le ayudarán con una amplia gama de asuntos legales, sin costo para usted, tales como:

- Comparecencias ante el tribunal
- Preparación de testamentos
- Revisión y preparación de documentos
- Derecho familiar
- Defensa en cobro de deudas
- Asuntos de bienes raíces

Para obtener más información, visite unum.com/lifebalance.

Medical Bill Saver

Medical Bill Saver está disponible sin coste para los empleados de HelloFresh y les ofrece un lugar al cual recurrir cuando enfrentan gastos médicos o dentales no planificados. Puede ayudar a reducir las facturas médicas y dentales no cubiertas superiores a \$400, independientemente del estado del seguro o beneficio. Medical Bill Saver:

- Comunicarse con médicos, dentistas, hospitales, centros quirúrgicos y otros proveedores en nombre de los empleados para negociar descuentos en el saldo adeudado y/o planes de pago.
- Obtener la aprobación del proveedor sobre los términos y condiciones de pago.
- Proporcionar una declaración de resultados de ahorro que resuma el resultado.

Bright Horizons

Cuando los horarios de la escuela, el trabajo y la familia coinciden, tenemos soluciones. Llene los vacíos de atención cuando sus arreglos de cuidado normales fallen, ya sea de manera planificada o inesperada. Reserve cuidado infantil de respaldo en un centro de alta calidad o en su hogar; o programe cuidado de respaldo para adultos/ancianos en su hogar o en el de ellos. Apoye a su familia con hasta 10 días de atención de respaldo por año sin costo para usted. Sus créditos de atención de respaldo se restablecerán cada 1 de febrero.



Empiece a hacer su vida más fácil

Obtenga más información en clients.brighthorizons.com/hellofresh

¿Alguna pregunta? Llame al **877-BH-CARES (242-2737)**

Para obtener información más detallada, visite el sitio web de beneficios de HelloFresh www.myhellofreshbenefits.com.

Beneficios adicionales (Continuación)

Cuenta de viajero

HelloFresh ofrece beneficios para quienes viajan diariamente al trabajo que reducen el costo de ir y volver del mismo. Con una cuenta de viajero frecuente, usted puede pagar los gastos de transporte público elegibles antes de impuestos. Puede reservar hasta \$315 por mes* para costos de transporte público y hasta \$315 por mes* para costos de estacionamiento. Recibirá una tarjeta de débito de Flores para usar en el punto de compra para pagar sus gastos de estacionamiento y/o tránsito. Tenga en cuenta que su tarjeta de débito no le permitirá gastar más de lo que ha contribuido hasta la fecha. Tampoco puede pasar la tarjeta por un monto que exceda el máximo mensual del IRS en un mes determinado. La elección de la cuenta de viajero frecuente se puede cambiar en cualquier momento en Workday.

NOTA: Recibirá una tarjeta de Flores para las cuentas de gastos flexibles de atención médica y/o la cuenta de gastos para viajeros.

Características principales de una cuenta de viajero frecuente

- **Ventajas fiscales sustanciales:** Reduzca sus impuestos federales por la cantidad de transporte y estacionamiento que compre, sujeto a los límites del IRS.
- **Varios usos:** Úselo para varios de sus gastos de transporte y estacionamiento relacionados con el trabajo, incluidos trenes, autobuses, metro, transbordadores, vehículos compartidos y estacionamiento.
- **Ahorre dinero y respete el medioambiente:** El transporte público ahorra dinero en gasolina al mismo tiempo que mejora la calidad del aire y reduce el consumo de energía, la congestión vehicular y los gases de efecto invernadero.

* Los límites anuales de 2025 aún no se han anunciado, el IRS normalmente publica estas actualizaciones en octubre o noviembre.

NOTA: No todos los gastos son elegibles, por ejemplo, Uber/Lyft, peajes y gasolina para vehículos personales.

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Equilibrar las exigencias del trabajo, la familia y las necesidades personales puede ser un desafío, especialmente en tiempos de incertidumbre. HelloFresh sabe lo importante que es tener apoyo cuando más lo necesita. Nuestro programa de asistencia al empleado (EAP) está disponible sin costo para usted y los miembros de su familia y brinda asesoramiento confidencial y recursos para ayudarlo con inquietudes como:

- Ansiedad y depresión
- Duelo y pérdida
- Abuso de sustancias
- Preocupaciones financieras y legales
- Relaciones y asuntos familiares
- Crianza de los hijos

Características del plan

- Proporcionado sin costo alguno para usted y los miembros de su familia.
- Incluye hasta 3 visitas presenciales por problema por año. Soporte en línea/telefónico ilimitado.
- Servicios confidenciales proporcionados por profesionales con licencia.
- Disponible 24/7/365.



Para acceder al EAP, llame al **1-800-854-1446** o visite **unum.com/lifebalance**.

Plan 401(k)

Comience hoy mismo a prepararse para la jubilación

¿Cuál es la cosa número uno más importante que puede hacer cuando se trata de la jubilación? ¡Es muy sencillo! Comience inscribiéndose en el Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k) de HelloFresh a través de Voya.

Cuándo puede unirse

Puede inscribirse en el plan 401(k) como participante activo inmediatamente después de cumplir los siguientes requisitos:

- Tiene 21 años o más y
- Ha completado 3 meses consecutivos de empleo.

Contribuciones diferidas electivas al plan 401(k)

Al registrarse, decide cuánto quiere aplazar. Su contribución diferida electiva 401(k) será una contribución diferida electiva antes de impuestos a menos que designe la totalidad o una parte como contribución diferida electiva Roth después de impuestos.

Contribuciones paralelas

Las contribuciones paralelas de HelloFresh le brindan un retorno adicional sobre el monto que usted aplaza. HelloFresh ofrece un aporte Safe Harbor del 100 % de su contribución hasta el 3 % de la compensación y luego el 50 % del siguiente 2 %. Esto significa que si ahorra el 5 % o más de su salario, HelloFresh agregará un 4 % en contribuciones paralelas.

Límites

Límites de aplazamiento electivo del plan 401(k): El IRS establece el límite de contribución de cada año. Para 2024, el límite de aplazamiento del salario del empleado es de \$23,000 y, si tendrá al menos 50 años antes de fin de año, será elegible para realizar una contribución adicional de recuperación de \$7,500. Los límites de 2025 están sujetos a cambios y el IRS aún no los ha publicado.

Retiros de su cuenta

Existen escenarios específicos en los que puede retirar fondos de su cuenta. Si está separado del servicio o tiene 59 años y medio o más, puede retirar la totalidad o parte de su cuenta adquirida en determinadas circunstancias.

Adquisición de derechos en su cuenta

Usted siempre tiene derecho al 100 % del valor de sus propias contribuciones y al 100 % de cualquier contribución equivalente de contrapartida segura.

Inscríbese ahora

Llame al **1-888-311-9487**

Número de plan: 551637

Número de verificación: 55163799

Servicios de transferencia de fondos: 866-865-2660

Sitio web de inscripción: enroll.voya.com

¿Ya está inscrito?

Visite voyaretirementplans.com para ver su cuenta, administrarla o realizar cambios durante el año.

Plan 401(k) (continuación)

Páguese a sí mismo para ahorrar

Si decide invertir, hacerlo con el Plan 401(k) de HelloFresh puede permitirle mantener más dinero en su bolsillo hoy.

Considere el gráfico a continuación que muestra la diferencia entre invertir con un plan versus invertir fuera de un plan.

| Ann gana \$40,000 al año y decide reservar el 6 % de su salario quincenal para el futuro. ¹ | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| | Si contribuye al Plan 401(k) | Si ahorra fuera del Plan 401(k) |
| Su cheque de pago quincenal | \$1,539 | \$1,539 |
| El 6 % de su salario quincenal contribuía al plan (dinero ahorrado dentro del plan) | -\$92 | N/A |
| Su nuevo ingreso tributable | \$1,447 | \$1,539 |
| Impuestos federales sobre la renta | -\$405 | -\$431 |
| Salario neto | \$1,042 | \$1,108 |
| Dinero ahorrado fuera del plan | N/A | -\$92 |
| Dinero que le queda en el bolsillo por cada cheque de pago quincenal | \$1,042 | \$1,016 |
| 4 % de contribución al plan por parte de HelloFresh | \$62 | N/A |

¹Esta ilustración hipotética supone un ahorro quincenal de \$92 (o seis por ciento del salario), equivalente a \$2,400 por año, y una tasa impositiva federal del 28 %, y es solo para fines demostrativos. No está destinado a (1) servir como asesoramiento financiero o como base principal para sus decisiones de inversión e (2) implicar el rendimiento de ningún valor específico. Tenga en cuenta que las distribuciones se gravarán como ingresos ordinarios cuando se distribuyan y estarán sujetas a cualquier sanción fiscal que pueda aplicarse.

La capitalización es un efecto multiplicador.²

Cuanto más joven empiece a planificar su jubilación, más beneficios podrá obtener. Al invertir al principio de tu carrera, disfrutarás de los beneficios potenciales del crecimiento con impuestos diferidos y la capitalización de intereses durante décadas.

Piense en Larry y Susan. Susan no solo termina con más dinero que Larry, sino que también contribuyó significativamente menos dinero que él. Este es uno de los beneficios potenciales de empezar temprano.

| | Larry | Susan |
|---|-----------|-----------|
| Edad a la que se empezó a ahorrar | 45 | 25 |
| Contribución mensual | \$300 | \$100 |
| Contribución total a los 65 años | \$72,000 | \$48,000 |
| Ahorro total antes de impuestos a los 65 años | \$171,798 | \$324,180 |

²Esta ilustración hipotética supone que cada cuenta obtiene una tasa de rendimiento anual del 8 % y es solo para fines demostrativos. No está garantizado y no se basa en la tasa de rendimiento de ninguna inversión en particular y no incluye los costos incurridos en una inversión particular. Tampoco está destinado a servir como asesoramiento financiero ni como base principal para sus decisiones de inversión. La inversión sistemática no asegura ganancias ni garantiza contra pérdidas.

Los inversionistas deben considerar su capacidad financiera para continuar con sus compras durante períodos de niveles de precios bajos. Generalmente se deben pagar impuestos al momento del retiro.

Plan 401(k) (continuación)

Tradicional vs. Roth

Las contribuciones tradicionales antes de impuestos se deducen de su cheque de pago antes de que se retengan los impuestos sobre la renta. Las contribuciones antes de impuestos pueden reducir su salario imponible en el año en curso. Pagará impuestos sobre estas contribuciones y cualquier ganancia de inversión en el año en que retire los fondos del Plan.

El plan 401(k) de HelloFresh ofrece una opción de contribución adicional llamada Roth después de impuestos. Le ofrece la oportunidad de tomar distribuciones libres de impuestos cuando se jubile (siempre que cumpla con ciertos requisitos), a cambio de pagar impuestos sobre sus contribuciones por adelantado. Si el plan Roth después de impuestos es adecuado para usted depende de una variedad de factores. Quizás desee considerar esta opción si puede responder afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas.

- ¿Está buscando un crecimiento libre de impuestos y un ingreso de jubilación libre de impuestos?
- ¿Está interesado en minimizar los impuestos sobre sus beneficios del Seguro Social durante la jubilación?
- ¿Está comenzando su carrera, anticipa aumentos salariales en el futuro y desea pagar impuestos ahora en lugar de hacerlo durante la jubilación?
- ¿Simplemente no está seguro de cuáles serán las tasas impositivas en el futuro y desea esencialmente “fijar” las tasas impositivas actuales?
- ¿Quiere diversificar su estrategia fiscal y dividir sus contribuciones entre antes de impuestos y después de impuestos, proporcionando dos tratamientos fiscales diferentes para sus ahorros para la jubilación?

Tomemos el siguiente ejemplo. Stan gana \$40,000 al año y quiere ahorrar el seis por ciento de su salario quincenal para el futuro. Para Stan, recibir un ingreso de jubilación potencialmente libre de impuestos significa una diferencia de tan solo \$14 en su salario quincenal.

| | Stan hace contribuciones antes de impuestos al plan: | Stan hace contribuciones Roth después de impuestos al plan: | Stan aporta ambos tipos: |
|---|--|---|---|
| Salario quincenal bruto | \$1,538 | \$1,538 | \$1,538 |
| Porcentaje de contribución | 6 % antes de impuestos | 6 % después de impuestos | 3 % antes de impuestos. 3 % después de impuestos |
| Monto de contribución | \$92 | \$92 | \$92 |
| Impuesto sobre las contribuciones | \$0 | \$14 | \$7 |
| Total deducido del salario (contribuciones y/o impuestos) | \$92 | \$106 | \$99 |
| Salario neto al empleado | \$1,446 | \$1,418 | \$1432 |
| 4 % de contribución al plan por parte de HelloFresh | \$62 | \$62 | \$62 |

Nota: Esta ilustración hipotética supone un ahorro quincenal de \$92 —o el seis por ciento de \$40,000— y una tasa impositiva federal del 15 % y es solo para fines demostrativos. No está destinado a (1) servir como asesoramiento financiero o como base principal para sus decisiones de inversión e (2) implicar el rendimiento de ningún valor específico. La introducción de la opción Roth después de impuestos no aumenta su límite de contribución total al plan. Sus contribuciones, ya sean Roth después de impuestos o antes de impuestos, o una combinación de ambos en total, están sujetas a los límites de contribución del Código de Rentas Internas. Generalmente se deben impuestos al momento de los retiros de activos con impuestos diferidos y pueden aplicarse penalidades por retiro anticipado a los retiros realizados antes de los 59 años y medio. Debe consultar con un asesor cuando considere sus opciones o tome decisiones relacionadas con impuestos. Voya y sus representantes no ofrecen asesoramiento legal ni fiscal.

Obtenga más información

| BENEFICIO | A QUIÉN LLAMAR | SITIO WEB | NÚMERO DE TELÉFONO |
|---|---------------------------|---|--|
| Médico y medicamentos con receta | Cigna | Antes de la inscripción: cigna.com Después de la inscripción: myCigna.com | 1-877-501-7990 |
| Telemedicina | MDLive | myCigna.com | 1-888-726-3171 |
| Fisioterapia Virtual | Hinge Health | hinge.health/hellofresh | 1-855-902-2777 |
| Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | Cigna | myCigna.com | 1-877-501-7990 |
| Servicios dentales | Cigna | myCigna.com | 1-877-501-7990 |
| Servicios oftalmológicos | EyeMed | eyemed.com | 1-866-800-5457 |
| Cuentas de gastos flexibles (FSA): Viajeros | Flores | flores247.com | 1-800-532-3327 |
| Incapacidad | Unum | Portal de licencia total de empleados: portal.unum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por licencia e incapacidad. | 1-866-868-6737 |
| Reclamaciones de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento | Unum | unum.com | 1-866-868-6737 |
| Seguro de enfermedades específicas | Unum | Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por enfermedades específicas | 1-800-635-5597 |
| Seguro de accidentes | Unum | Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por accidentes | 1-800-635-5597 |
| Seguro de indemnización por hospitalización | Unum | Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por indemnización hospitalaria | 1-800-635-5597 |
| Medical Bill Saver | Defensor de la salud/Unum | unum.com/lifebalance | 1-800-854-1446 |
| Cuidado de respaldo | Bright Horizons | clients.brighthorizons.com/hellofresh | 1-877-242-2737 |
| Programa de asistencia al empleado | Defensor de la salud/Unum | unum.com/lifebalance | 1-800-854-1446 |
| Plan de jubilación 401(k) | Voya | Sitio web del participante: VoyaRetirementPlans.com Sitio web de inscripción: enroll.voya.com | Servicios de inscripción: 1-888-311-9487 Servicios para miembros: 1-800-584-5001 Servicios de transferencia: 1-866-865-2660 |
| HelloFresh Benefits Payroll Connect | Proporcionado por | N/A | 1-877-431-7867 |
| Sitio web de beneficios de HelloFresh | HelloFresh | myhellofreshbenefits.com | N/A |

Glosario

Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)

También llamada Reforma de Cuidado de Salud, la ACA requiere que los planes de salud cumplan ciertos requisitos. La ACA se convirtió en ley en marzo de 2010. Desde entonces, la ACA ha exigido algunos cambios en la cobertura médica, como cubrir a los hijos dependientes hasta los 26 años, no tener límites en dólares de por vida en los beneficios médicos, cubrir la atención preventiva dentro de la red sin compartir los costos si el plan está protegido, etc., entre otros requisitos.

Medicamento de marca

La versión original del fabricante de un medicamento en particular. Debido a que los costos de investigación y desarrollo invertidos en el desarrollo de estos medicamentos se reflejan en el precio, los medicamentos de marca cuestan más que los genéricos.

Coseguro

Un porcentaje de los costos que usted paga "de su bolsillo" por los gastos cubiertos después de alcanzar el deducible.

Copago

Una tarifa que debe pagar "de su bolsillo" por ciertos servicios, como una visita al consultorio del médico o un medicamento recetado.

Deducible

La cantidad que usted paga "de su bolsillo" antes de que el plan de salud comience a pagar su parte de los gastos cubiertos.

Medicamento genérico

Alternativa de menor costo a un medicamento de marca que tiene los mismos ingredientes activos y funciona de la misma manera.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Los planes de salud con deducible alto (HDHP) son planes de seguro de salud con primas más bajas y deducibles más altos que los planes de salud tradicionales. Solo aquellos inscritos en un HDHP son elegibles para abrir y contribuir libres de impuestos a una cuenta de ahorros para la salud (HSA).

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Una cuenta de ahorros para salud (HSA) es una cuenta de ahorros portátil que le permite reservar dinero para gastos de atención médica libre de impuestos. Debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto para poder abrir una HSA. Una HSA se transfiere de un año a otro, paga intereses, se puede invertir y es de su propiedad, incluso si abandona la compañía.

Máximo de gasto de bolsillo

El máximo que usted paga cada año "de su bolsillo" por gastos cubiertos. Una vez que haya alcanzado el máximo de desembolso personal, el plan de salud paga el 100 % de los gastos cubiertos.

Año del plan

El año para el cual los beneficios que elija durante la inscripción permanecerán vigentes. Si es un empleado nuevo, sus beneficios permanecerán vigentes durante el resto del año del plan en el que se inscriba, y usted se inscribirá para el siguiente año del plan durante el siguiente período de inscripción.

Atención preventiva**

Servicios de atención médica que usted recibe cuando no está enfermo ni lesionado, para que se mantenga saludable.

Estos incluyen chequeos anuales, exámenes de salud apropiados para cada género y edad, atención de bebés sanos y vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

Avisos importantes

Acerca de esta guía

Esta guía destaca sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y del seguro rigen sus derechos y beneficios bajo cada plan. Para obtener más detalles sobre sus beneficios, incluidos los gastos cubiertos, las exclusiones y las limitaciones, consulte las Descripciones resumidas del plan (SPD) individuales, el documento del plan y/o el certificado de cobertura de cada plan. Puede obtener sus SPD en myhellofreshbenefits.com; también puede solicitar una copia gratuita llamando al **1-877-431-7867**.

Se adjuntan avisos importantes sobre sus derechos bajo su plan de salud y bienestar (Plan de atención médica para empleados de HelloFresh), el "Plan". La información en la guía adjunta proporciona actualizaciones de sus SPD existentes a partir del 1 de enero de 2025 y pretende ser un Resumen de la Modificación Material.

Si hubiera alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. HelloFresh se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquiera de sus planes o políticas, realizar cambios en los beneficios, costos y otras disposiciones relativas a los beneficios en cualquier momento con o sin previo aviso, sujeto a la ley aplicable.

Recordatorio de disponibilidad del Aviso de privacidad

Esto es para recordarles a los participantes y beneficiarios del plan la Política de privacidad para empleados de HelloFresh. Plan de Atención Médica (el "Plan") que el Plan ha emitido un Aviso de Privacidad del Plan de Salud que describe cómo el Plan usa y divulga información médica protegida (PHI). Puede obtener una copia del Aviso de Privacidad del Plan de Atención Médica para Empleados de HelloFresh mediante solicitud por escrito al Departamento de Recursos Humanos, a la siguiente dirección:

HelloFresh, Human Resources
28 Liberty Street, Nueva York NY 10005

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos de HelloFresh.

Aviso de protección del paciente

El plan de atención médica para empleados de HelloFresh generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Cigna al **1-877-501-7990**.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de HelloFresh Employee Healthcare Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional

de atención médica dentro de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Bernie Lipman, Director de Beneficios.

Ley de Derechos sobre la Salud y el

Cáncer de la Mujer Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Salud y Cáncer de la Mujer Ley de Derechos de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al **1-877-501-7990**.

Divulgación de la ley de Protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

USERRA

Su derecho a seguir participando en el Plan durante las licencias por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA). En consecuencia, si usted está ausente del trabajo debido a un período de servicio activo en el ejército por menos de 31 días, su participación en el Plan no se interrumpirá y continuará pagando la misma cantidad que si no estuviera ausente.

Si la ausencia es por más de 31 días y no más de 24 meses, usted podrá continuar manteniendo su cobertura bajo el Plan pagando hasta el 102 % del monto total de las primas. Usted y sus dependientes también pueden tener la oportunidad de elegir la cobertura COBRA. Comuníquese con Bernie Lipman, director de beneficios, para obtener más información.

Además, si elige no continuar con la cobertura de su plan de salud durante su servicio militar, tiene derecho a que se le reintegre al Plan al regresar al trabajo, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones por afecciones preexistentes, excepto enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio, según corresponda.

Aviso importante de HelloFresh sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta de HelloFresh y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los titulares de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos con receta de Medicare o se une a un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. HelloFresh ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan de atención médica para empleados de HelloFresh, en promedio, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para todos los participantes del plan y, por lo tanto, se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede conservarla y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare? Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde (o está perdiendo) su cobertura actual de medicamentos con receta acreditable, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de HelloFresh no se verá afectada.

Su cobertura HelloFresh paga otros gastos médicos además de los medicamentos con receta. Esta cobertura proporciona beneficios antes que la cobertura de Medicare (es decir, el plan paga de manera primaria). Usted y los miembros de su familia cubiertos que se unan a un plan de medicamentos con receta de Medicare serán elegibles para continuar recibiendo cobertura de medicamentos con receta y estos otros beneficios médicos. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare será secundaria para usted o los miembros de su familia cubiertos que se unan a un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar voluntariamente su cobertura médica y de medicamentos con receta actual del plan, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no poder recuperar esta cobertura hasta la próxima inscripción anual o hasta que experimente un evento de vida calificado.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con HelloFresh y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura válida para medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:

Comuníquese con la persona que aparece a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de HelloFresh cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentra en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal para obtener ayuda personalizada. Consulte la contraportada interior

de su ejemplar del manual "Medicare & You" (Medicare y usted) para obtener su número de teléfono.

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional:

- Visite el Seguro Social en la web en www.ssa.gov, o
- Llame al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar **1-800-325-0778**.

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha: 15 de octubre de 2024

Nombre de la entidad/remite: Contacto de HelloFresh: Bernie Lipman

Dirección: 28 Liberty Street, Nueva York NY 10005

Sus derechos bajo la ley ERISA

Como participante de los planes de beneficios de HelloFresh, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), con sus modificaciones. ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a recibir información sobre su plan y beneficios, continuar con la cobertura del plan de salud grupal y hacer valer sus derechos. ERISA también requiere que los fiduciarios del plan actúen de manera prudente.

Reciba información sobre su plan y beneficios

Tiene derecho a:

- Examinar, sin cargo, en la oficina del administrador del plan, todos los documentos del plan, incluidos los contratos de seguro pertinentes, los acuerdos de fideicomiso y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados;
- Obtener, mediante solicitud escrita al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos los contratos de seguro y copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y la Descripción Resumida del Plan actualizada. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un informe resumido del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este Informe Anual Resumido.

Cobertura continua del plan de salud grupal

Tiene derecho a:

- Cobertura de atención médica continua para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Usted o sus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise la Descripción Resumida del Plan que rige el plan sobre las normas que rigen sus derechos de continuación de cobertura COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables del funcionamiento de los planes. Las personas que operan sus planes se denominan "fiduciarios" y tienen el deber de actuar con prudencia y en beneficio de usted y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedirle obtener un beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación de un beneficio se deniega o ignora, total o parcialmente, usted tiene derecho a:

- Sepa por qué se hizo esto;
- Obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin costo alguno; y
- Apelar cualquier denegación.

Todas estas acciones deben ocurrir dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer valer sus derechos. Por ejemplo, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal si:

- Solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe dentro de 30 días. En tal caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta recibir los materiales, a menos que los materiales no se envíen por razones fuera del control del administrador.
- Ha seguido todos los procedimientos para presentar y apelar una reclamación (como se describió anteriormente en este resumen) y su reclamación de beneficios se rechaza o ignora, total o parcialmente. También puede presentar una demanda en un tribunal estatal.
- No está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención médica infantil.
- Los fiduciarios del plan hacen mal uso del dinero del plan, o si usted sufre discriminación por hacer valer sus derechos. También puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si el tribunal considera que su reclamación es frívola.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan, comuníquese con Recursos Humanos.

Departamento. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana que figura en el sitio web de EBSA:

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/about-us/regional-offices>.

Aviso general sobre los derechos de continuación de la cobertura según COBRA

Introducción

Está recibiendo este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.**

Cuando sea elegible para COBRA, también podrá ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando de otro modo la cobertura de salud grupal finalizaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual usted es elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA? La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo finalizaría debido a un acontecimiento de la vida. Esto también se denomina "evento calificado". Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado.

Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por dicha cobertura.

Si es empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado,

se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

- Su cónyuge fallece.
- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen.
- Su cónyuge termina su empleo por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

- Fallece el padre-empleado.
- Las horas de empleo del padre-empleado se reducen.
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.
- El padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

Para todos los demás eventos calificadores (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de 0 días después de que ocurra el evento calificador. Debe proporcionar este aviso al Administrador del Plan. Cualquier aviso que proporcione debe indicar el nombre del plan o planes bajo los cuales perdió o está perdiendo la cobertura, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, el nombre y la dirección del beneficiario o beneficiarios calificados, y el evento calificado y la fecha en que ocurrió. El Administrador del Plan le indicará que proporcione la documentación apropiada para demostrar prueba del evento.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificadores, o un segundo evento calificador durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en que este período de 18 meses

El período de cobertura de continuación de COBRA se puede extender:

Prórroga del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA por incapacidad

Si el Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La incapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Si cree que es elegible para esta extensión, comuníquese con el Administrador del Plan.

Segundo evento calificado para la extensión del período de 18 meses de continuación de la cobertura

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación adecuada sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente.

Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en

www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el primero de los siguientes:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que finaliza la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la cobertura de continuación de COBRA, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte B y puede tener una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que

finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación.

Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no se podrá interrumpir debido al derecho a Medicare, incluso si usted se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite

<https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

NOTA: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana.

Oficina del Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos de su área o visite

www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA).

Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Mantenga su plan informado sobre la dirección Cambios

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Plan de atención médica para empleados de HelloFresh Para obtener información adicional sobre sus derechos de continuación de cobertura de COBRA, comuníquese con el administrador del plan a continuación:

Bernie Lipman, director de beneficios

Resúmenes de beneficios y cobertura (SBC)

Aviso de disponibilidad

Como empleado, los beneficios de salud disponibles para usted representan un componente importante de su paquete de compensación. También brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión.

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. Elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarle a tomar una decisión informada, su plan pone a su disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar, para ayudarle a comparar entre opciones.

El SBC está disponible en la web en

myhellofreshbenefits.com. También está

disponible una copia impresa, sin cargo, llamando al **1-877-431-7867** (un número gratuito).

Derechos especiales de inscripción de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura del plan de salud grupal, podrá inscribirse y inscribir a sus dependientes en el plan de salud grupal de HelloFresh si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los dos meses posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Bernie Lipman, director de beneficios.

Asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero podría contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas bajo Medicaid o CHIP, así como también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado como elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

1. ALABAMA – Medicaid Sitio web: <http://myalhipp.com/> Teléfono: 1-855-692-5447
2. ALASKA – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas de seguro médico de AK: <http://myakhipp.com/> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>
3. ARKANSAS – Medicaid Sitio web: <http://myarhipp.com/> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
4. CALIFORNIA – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas de seguro médico (HIP): <http://dhcs.ca.gov/hipp> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
5. COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHIP+) Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHIP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus> Servicio de atención al cliente de CHIP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de contratación de seguro médico (HIBI): <https://www.mycyohibi.com/> Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
6. FLORIDA – Medicaid Sitio web: <https://www.flmicaidptprecovery.com/flmicaidptprecovery.com/hipp/index.html> Teléfono: 1-877-357-3268
7. GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp> Teléfono: 678-564-1162, pulse 1 Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra> Teléfono: 678-564-1162, pulse 2
8. INDIANA – Medicaid Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás programas de Medicaid Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/> <http://www.in.gov/fssa/dfr/> Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
9. IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp> Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
10. KANSAS – Medicaid Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
11. KENTUCKY – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov> Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>
12. LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
13. MAINE – Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión 711 de Maine Página web de primas de seguro médico privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión 711 de Maine
14. MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
15. MINNESOTA – Medicaid Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> Teléfono: 1-800-657-3672
16. MISSOURI – Medicaid Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> Teléfono: 573-751-2005
17. MONTANA – Medicaid Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP> Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov
18. NEBRASKA – Medicaid Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
19. NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: <http://dhcp.nv.gov> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
20. NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
21. NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia para el pago de la prima CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
22. NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
23. CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/> Teléfono: 919-855-4100
24. NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare> Teléfono: 1-844-854-4825
25. OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> Teléfono: 1-888-365-3742
26. OREGON – Medicaid Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx> Teléfono: 1-800-699-9075
27. PENNSILVANIA – Medicaid y CHIP Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-formedicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx> Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
28. RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de RIte Share)
29. CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: <https://www.scdhhs.gov> Teléfono: 1-888-549-0820
30. DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: <http://dss.sd.gov> Teléfono: 1-888-828-0059
31. TEXAS – Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) | Servicios de Salud y Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493
32. UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de la Asociación Premium para Seguros Médicos (UPP) de Utah: <https://medicaid.utah.gov/upp/> Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/> Sitio web del Programa de contratación de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/> Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>
33. VERMONT – Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427
34. VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
35. WASHINGTON – Medicaid Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/> Teléfono: 1-800-562-3022
36. VIRGINIA OCCIDENTAL – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
37. WISCONSIN – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm> Teléfono: 1-800-362-3002
38. WYOMING – Medicaid Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia premium desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa **1-866-444-EBSA (3272)**

Departamento de Salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos Centros de Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov **1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565**

