

# Guía de beneficios 2025



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 nuestro seguro de vida e incapacidad pagado por el empleador hasta los beneficios médicos, dentales y voluntarios elegidos por el empleado, 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 aporte de nómina de empleado de \$0 y otros beneficios proporcionados por HelloFresh.

## ÍNDICE

Aspectos destacados de los beneficios de 2025	3
Información de inscripción	4
Cobertura médica	5
Terminología útil de los planes médicos	6
Comparación de planes	7
Recursos médicos	9
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	13
Beneficios dentales	14
Beneficios de visión	15
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	16
Seguro por incapacidad	17
Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	18
Seguro por enfermedades específicas	20
Seguro de indemnización hospitalaria y por accidentes	22
Beneficios adicionales	23
Plan 401(k)	25
Obtenga más información	28
Glosario	29
Avisos importantes	29

# ► Aspectos destacados de los beneficios de 2025

## Puntos destacados:



Beneficios elegibles desde el primer día

- Los empleados regulares a tiempo completo son elegibles para inscribirse en los beneficios a partir de su fecha de contratación. Tiene 31 días desde su fecha de contratación para completar su inscripción. Si se inscribe dentro de este período, sus beneficios serán retroactivos a su primer día de empleo.



HelloFresh ofrece dos planes médicos a través de Cigna:

- **Plan HDHP de \$3,300**, que tiene un **aporte de nómina del empleado de \$0** para usted y sus familiares elegibles.
- **Plan tradicional con copago de \$1,000** que ofrece un deducible anual más bajo y copagos para algunos servicios antes de alcanzar su deducible. Existe un aporte de nómina del empleado para este plan.
- Ambos planes médicos tienen la misma red de médicos y hospitales, y brindan únicamente visitas gratuitas de atención preventiva.
- Los planes médicos de HelloFresh ofrecen muchos recursos adicionales, incluidos beneficios de infertilidad y concepción, servicios de telemedicina a través de MDLive, un programa de prevención de diabetes a través de Omada, fisioterapia virtual a través de Hinge Health y recompensas de atención preventiva.



HelloFresh ofrece a los empleados elegibles cobertura básica de seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo. Los empleados elegibles pueden comprar cobertura de seguro de vida adicional para ellos mismos, su cónyuge/pareja de hecho o dependientes. HelloFresh también ofrece a los empleados elegibles cobertura por incapacidad a corto y largo plazo sin costo.



Los beneficios complementarios se ofrecen a los empleados para ayudar a compensar el costo de eventos médicos importantes. Los empleados pueden adquirir beneficios voluntarios que incluyen seguros por enfermedades específicas, accidentes e indemnización hospitalaria.



Usted es elegible para participar en el plan 401(k) a través de Voya después de tres meses de empleo. HelloFresh iguala el 100% de su aporte hasta el 3% de su compensación y luego el 50% del siguiente 2%. La inscripción se puede completar hasta 30 días antes de su elegibilidad directamente a través de Voya en [inscribirse.voya.com](https://inscribirse.voya.com) o llamando a los Servicios de Inscripción de Voya al **1-888-311-9487**.

Visite [MyHelloFreshBenefits.com](https://MyHelloFreshBenefits.com) para conocer las tarifas y los detalles adicionales.

TIPO DE BENEFICIO	CORREDOR DE SEGUROS	EMPLEADO ELEGIDO	HELLOFRESH PROPORCIONADO
Servicios médicos/medicamentos con receta	Cigna	X	
Dental	Cigna	X	
Visión	EyeMed	X	
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	Banco Cigna/HSA	X	
Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA)	Flores	X	
Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA)	Flores	X	
Cuenta de gastos para viajeros (transporte y estacionamiento)	Flores	X	
Accidente voluntario	Unum	X	
Seguro voluntario por indemnización hospitalaria	Unum	X	
Seguro voluntario por enfermedad específica	Unum	X	
Seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento para empleados	Unum		X
Seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento para empleados, cónyuges/parejas de hecho e hijos	Unum	X	
Incapacidad a corto plazo	Unum		X
Incapacidad a largo plazo	Unum		X
Seguro por incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional	Unum	X	
Recursos legales	Unum		X
Plan de jubilación 401(k)	Voya	X	
Programa de asistencia al empleado (EAP)	HealthAdvocate/Unum		X
Medical Bill Saver	HealthAdvocate/Unum		X
Respaldo para el cuidado de niños y ancianos	Bright Horizons		X

# ► Información de inscripción

## ¿Quién es elegible?

Los beneficios están disponibles para todos los empleados regulares a tiempo completo y sus dependientes elegibles.

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?

Tiene la oportunidad de inscribirse en los beneficios dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación. Sus beneficios serán retroactivos a su primer día de empleo.

Si experimenta un Evento de Vida Calificado (QLE) elegible, debe enviar la documentación de respaldo (por ejemplo, acta de nacimiento, acta de matrimonio, etc.) dentro de los 31 días posteriores a los eventos de vida que califican.

## Prepararse para su sesión de inscripción

Visite [MyHelloFreshBenefits.com](https://www.myhellofreshbenefits.com) como su ventanilla única para todos los beneficios que se le ofrecen. 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://www.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

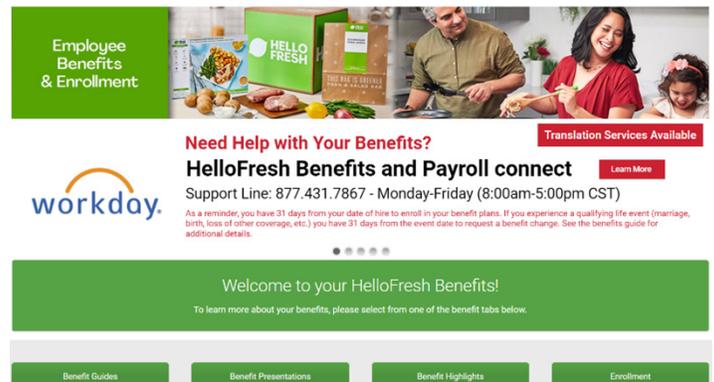
Ofrecemos tres formas diferentes de inscribirse para brindarle el nivel de apoyo que sea mejor para usted:

- **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 Let's Get Started (Comenzar) 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 básicos y voluntarios del seguro de vida y AD&D.

Los cambios en las elecciones del plan 401(k) y la designación de beneficiarios se pueden realizar accediendo a su Plan de ahorro para la jubilación 401(k) de HelloFresh en [voyaretirementplans.com](https://www.voyaretirementplans.com) o usando la aplicación Voya Retire. ¿Aún no está inscrito? Regístrese hoy al visitar [inscribirse.voya.com](https://www.inscribirse.voya.com) o llamar al **1-888-311-9487**. Utilice el número de plan: 551637 y Número de verificación: 55163799 para inscribirse. Puede inscribirse o realizar cambios en cualquier momento durante el año en su plan 401(k), una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad.



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



# ► Cobertura médica

## Beneficios médicos y medicamentos con receta

Los beneficios médicos y de medicamentos con receta 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 HDHP MÉDICO CIGNA DE \$3,300	PLAN TRADICIONAL MÉDICO DE CIGNA CON 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 gastos de bolsillo (individual/familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$6,000 / \$12,000
Coseguro (usted paga)	20%	30%
<b>Servicios médicos (incluidos los virtuales)</b>		
Visita al consultorio médico	20% de coseguro después del deducible	Copago de \$35; exento de deducible
Visita al consultorio de un especialista	20% de coseguro después del deducible	Copago de \$60; exento de deducible
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
<b>Servicios hospitalarios</b>		
Paciente hospitalizado	20% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Paciente ambulatorio		
Sala de emergencia	Copago de \$500 y coseguro del 20% después del deducible; exento de copago 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 HDHP MÉDICO CIGNA DE \$3,300	PLAN TRADICIONAL MÉDICO DE CIGNA CON COPAGO DE \$1,000
	Dentro de la red	Dentro de la red
<b>Venta al por menor (suministro para 30 días)</b>		
Genérico	\$10 después del deducible médico	\$15
Marca preferida	\$30 después del deducible médico	\$40
Marca no preferida	\$50 después del deducible médico	\$100
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>		
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. Usted o su familia pueden comenzar a recibir el coseguro al cumplir con el deducible individual.

\*\*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](https://myCigna.com).

## Aportes quincenales de empleados a planes médicos y de recetas (26 aportes por año)

	PLAN HDHP MÉDICO CIGNA DE \$3,300	PLAN TRADICIONAL MÉDICO DE CIGNA CON COPAGO DE \$1,000
Empleado	\$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 gratuitas únicamente para atención preventiva, y puede ganar recompensas a través de la experiencia de bienestar de Cigna.

**Copagos:** Se trata de un monto fijo 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 gastos de bolsillo.

- **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 tradicional con copago 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 se aportan hacia su deducible y máximo de gastos de bolsillo.

**Deducible:** Este es el monto 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.

- **Plan HDHP de \$3,300:** \$3,300 individual / \$6,600 familiar
- **Plan tradicional con copago 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.

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

**Máximo de gasto de bolsillo:** Este es el monto máximo que pagará por atención médica en un año (sin incluir los aportes a la nómina). Una vez que alcance este monto, su seguro cubrirá el 100% de los servicios de salud permitidos durante el resto del año. Los copagos, deducibles y coseguros cuentan para este límite.

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

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

- **Plan HDHP de \$3,300:** existe un aporte de nómina del empleado de \$0.
- **Plan tradicional con copago de \$1,000:** el aporte varía según sus dependientes cubiertos y el nivel de cobertura.

# ► Comparación de planes

Estos ejemplos muestran reclamos 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 aportes de nómina del empleado; paga por los servicios según sea necesario durante el año, que se aplicarán a su deducible, coseguro y máximo de gastos de bolsillo (los medicamentos con receta y la sala de emergencias tienen copagos después del deducible).

**Plan tradicional con copago:** Requiere aportes 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 PAGARÍA CON EL PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP).		ESTE ES EL COSTO QUE PAGARÍA CON EL PLAN TRADICIONAL CON COPAGO.	
Gastos médicos/de medicamentos con receta enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamos		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 hijo)		Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300	Usted paga	Plan tradicional con copago 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
		Estancia en el hospital: coseguro (cubre el 80% una vez alcanzado el deducible)	\$1,040	Estancia en el hospital: coseguro (cubre el 70% una vez alcanzado el deducible)	\$2,250
5 visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP) (\$400 cada consulta)	\$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 consulta)	\$3,000	5 visitas al consultorio de un especialista (el coseguro cubre el 80% después del deducible hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo de \$5,000), 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 gastos de bolsillo)	\$0	10 recetas genéricas: copagos de \$15 cada una	\$150
<b>Gastos totales anuales facturados a su proveedor</b>	<b>\$15,850</b>	<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$5,000</b>	<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$3,875</b>
		Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura familiar)	\$0	Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura familiar)	\$6,560
		<b>Su costo anual total</b>	<b>\$5,000</b>	<b>Su costo anual total</b>	<b>\$10,435</b>

En este escenario, al seleccionar el HDHP, usted ahorra \$5,435 al año. No se deducen aportes 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): \$0 de aporte del empleado en la nómina; usted paga los servicios según sea necesario a lo largo del año, y estos se aplicarán a su deducible, coseguro y máximo de gastos de bolsillo (las recetas y las visitas a urgencias tienen copagos después del deducible).

**Plan tradicional con copago:** Requiere aportes 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.	
Gastos médicos/de medicamentos con receta enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamos	
Gastos médicos facturados por el proveedor (gastos de Jasmine)	
Visita de atención preventiva	\$500
2 visitas al consultorio médico (PCP) (\$400 cada consulta)	\$800
1 consulta de atención de urgencia	\$600
1 receta de medicamento genérico	\$60
<b>Gastos totales anuales facturados a su proveedor</b>	<b>\$1,960</b>

ESTE ES EL COSTO QUE PAGARÍA CON EL PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP).	
El monto que paga por los servicios y su costo anual.	
Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300	Usted paga
Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100%	\$0
2 visitas al consultorio médico: Deducible	\$800
1 consulta de atención de urgencia	\$600
1 receta de medicamentos genéricos (deducible)	\$60
<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$1,460</b>
Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura del empleado)	\$0
<b>Su costo anual total</b>	<b>\$1,460</b>

ESTE ES EL COSTO QUE PAGARÍA CON EL PLAN TRADICIONAL CON COPAGO.	
El monto que paga por los servicios y su costo anual.	
Plan tradicional con copago de \$1,000	Usted paga
Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100%	\$0
2 visitas al consultorio médico (copagos de \$35 cada una)	\$70
1 consulta de atención de urgencia	\$75
1 receta de medicamento genérico	\$15
<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$3,875</b>
Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura del empleado)	\$1,312
<b>Su costo anual total</b>	<b>\$1,472</b>

**En esta situación, los dos planes son bastante similares; ahorra \$12 anualmente en el HDHP. No se deducen aportes 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.	
Gastos médicos/de medicamentos con receta enviados por el proveedor a Cigna para el procesamiento de reclamos	
Gastos médicos facturados por el proveedor (gastos del hijo)	
Visitas de atención preventiva (empleado y cónyuge)	\$1,000
1 visita al consultorio médico (Kelly)	\$400
<b>Gastos totales anuales facturados a su proveedor</b>	<b>\$1,400</b>

ESTE ES EL COSTO QUE PAGARÍA CON EL PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP).	
El monto que paga por los servicios y su costo anual.	
Plan de salud con deducible alto (HDHP) de \$3,300	Usted paga
Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100%	\$0
1 visita al consultorio médico: Deducible	\$400
<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$400</b>
Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura del empleado y cónyuge)	\$0
<b>Su costo anual total</b>	<b>\$400</b>

ESTE ES EL COSTO QUE PAGARÍA CON EL PLAN TRADICIONAL CON COPAGO.	
El monto que paga por los servicios y su costo anual.	
Plan tradicional con copago de \$1,000	Usted paga
Visita de atención preventiva: el plan cubre el 100%	\$0
1 visita al consultorio médico	\$35
<b>Monto total de gastos médicos que usted paga</b>	<b>\$3,875</b>
Aportes totales anuales de los empleados a la nómina deducidas de los cheques de pago (cobertura del empleado y cónyuge)	\$3,849
<b>Su costo anual total</b>	<b>\$3,884</b>

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

## ► Más 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 virtuales 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
- Atención 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 con 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 solo en visitas 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, y puede ganar recompensas a través de la Cigna Wellness Experience.

Evaluación de la salud	Finalización de la evaluación de la salud	\$100
Prueba de detección biométrica	Prueba de 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
	Prueba de detección de cáncer de colon	\$100
	Prueba de detección de próstata	\$100
	Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	\$100
	Mamografía de rutina	\$100
Omada – Programa de prevención de la diabetes	Digital Coaching: complete 9 lecciones o pierda el 5% de peso en un período de 26 semanas (una vez en la vida)	\$50
Healthy Pregnancies, Healthy Babies (HPHB)	Inscribise durante el primer trimestre	\$150
	Inscribise durante 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 están disponibles en [MyHelloFreshBenefits.com](https://myHelloFreshBenefits.com).

### Cigna Perks and Programs (Ventajas y programas de Cigna)

Con Cigna Perks & Programs (anteriormente Healthy Awards), puede recibir descuentos en productos y servicios que apoyan su salud y bienestar. Obtenga descuentos en membresías de acondicionamiento físico, cirugía Lasik y audífonos. Inicie sesión en [myCigna.com](https://mycigna.com) y navegue hasta la pestaña de Perks & Programs (Ventajas y programas).

También tendrá acceso a descuentos en otros productos y servicios como productos de yoga, aparatos de acondicionamiento físico y mucho más a través de la nueva Tienda de bienestar. Puede acceder a la Tienda de bienestar a través de la pestaña Wellness (Bienestar) en [myCigna.com](https://mycigna.com).

## ► 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.
- Ayudarlo a decidir a dónde ir para recibir atención cuando su médico, dentista u oftalmólogo no esté disponible.
- Ayudarlo a encontrar proveedores y especialistas en su área.
- Recordarle sobre la programación de exámenes y evaluaciones importantes, incluidas las revisiones dentales.

### Guía de Cigna One

Su equipo orientación de Cigna One puede ayudarlo 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.
- Conéctese con coaches de salud para recibir apoyo individual.

Llame al **877-501-7990** o haga clic para chatear con un guía personal en [myCigna.com](https://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 para:

- Consulte reclamos médicos, 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 y centros 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 ayudarlo a mantenerse informado sobre su salud.

Descargue 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](https://mycigna.com).

### Salud conductual mejorada de Cigna

#### Soporte ilimitado en tiempo real

Obtenga atención y apoyo inmediato las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los médicos certificados de Cigna brindan consultas en el momento para ayudarlo con un plan de atención o hablar sobre lo que está atravesando.

#### Un navegador de atención especial para ayudarlo y guiarlo

Este es su único punto de contacto para cualquier necesidad o inquietud que tenga a lo largo de su camino hacia la atención.

#### Seguimiento al 100%

Después de que se haya comprometido, Cigna se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades. Si necesita apoyo adicional, Cigna también puede ayudarlo con eso.

#### Llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Cigna y solicite Salud Conductual para acceder a cualquiera de estos servicios.



## ► Recursos médicos (continuación)

### 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 asesor 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 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 apoyo para planificación y fertilidad 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 asesores 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 asesores 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 asesoramiento 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.

Puede recibir 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 especializado que lo guía en el tratamiento de afecciones de la columna, rodilla, cadera y hombro, orientándolo hacia el camino adecuado de atención mediante un enfoque integral de salud que abarca a la persona en su totalidad. 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](https://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 hipertensión, y son aceptados en el programa, recibirán el programa sin costo adicional.

Cuando se inscriba en el programa de asesoramiento 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](https://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](https://Cigna.com).

### Farmacia

- Los participantes del plan médico pueden iniciar sesión en [myCigna.com](https://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. Por lo general, los medicamentos de marca de menor costo y los genéricos 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](https://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](https://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 gastos médicos y reduzca sus impuestos con esta cuenta especial de ahorros para la salud, disponible para los empleados inscritos en el Plan de salud con deducible alto (HDHP) 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 aportar dinero a su HSA y usarlo en cualquier momento para gastos de atención médica calificados para usted y los miembros elegibles de su familia. Visite [cigna.com/individuals-families/member-guide/gastos-elegibles](https://www.cigna.com/individuals-families/member-guide/gastos-elegibles) para obtener una lista de los gastos elegibles de HSA. Cualquier fondo que no utilice se transferirá a años futuros y seguirá siendo su dinero, incluso si deja su empleo. Mejor aún, las HSA ofrecen ventajas fiscales.

Configure sus aportes de nómina HSA 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 aporta.
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 médicos (HSA):

Dado que el HDHP tiene un aporte de nómina para empleados de \$0, ¡puede tomar estos ahorros y aportar 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 complementarios (seguro por enfermedad específica, indemnización hospitalaria o por accidente) para ayudar a compensar 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 circunstancias. Asegúrese de que su dinero esté creciendo a un ritmo aceptable y seguro.

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

\* Si una persona alcanza los 55 años al final del año calendario, puede aportar \$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 **Cigna.com**.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED
Máximo anual/año calendario	\$1,500
Deducible anual/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 en ortodoncia* para hijos dependientes hasta 19 años	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	
Solo empleado	\$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:

- Conectarse 24/7/365 con dentistas con licencia
- Recibir ayuda para necesidades dentales urgentes, como dolor de muelas, infección, hinchazón, sangrado y más
- Obtener asesoramiento y orientación para atención más especializada, si es necesario.
- Recibir recetas enviadas directamente a su farmacia, si corresponde.

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

## 5 CONSEJOS PARA LA SALUD DENTAL

1. Los exámenes regulares y las limpiezas profesionales pueden ayudar a detectar problemas a tiempo y prevenir complicaciones 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 comunique con Cigna para una revisión previa al tratamiento del monto cubierto para el plan de tratamiento sugerido.
3. El Programa de Integración de Salud Bucal 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** 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 gastos de bolsillo dentales, 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](http://eyemed.com).

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED
Examen (Una vez cada año del plan)	\$15 de copago
Lentes (Una vez cada año del plan)	
Monofocales	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 anteojos (una vez por año de plan)	
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
Médicamente necesarios	\$0 copago; pago total
DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL	
Solo empleado	\$0.58
Empleado + Cónyuge o pareja de hecho	\$1.59
Empleado + Hijo(s)	\$1.47
Familia	\$2.57



## 5 CONSEJOS PARA UNA VISIÓN SALUDABLE DE POR VIDA

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. Proteja sus 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 al 100%.
3. Permita que sus ojos descansen 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)

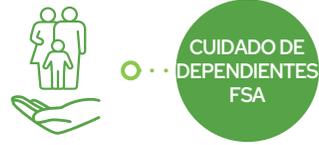
Una cuenta de gastos flexibles (FSA) es una cuenta que puede reembolsarle gastos de atención médica calificados o de cuidado de dependientes. Puede pagar gastos calificados con dólares antes de impuestos deducidos de su cheque de pago. Usted es elegible para participar en dos cuentas FSA separadas: una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

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



ATENCIÓN  
MÉDICA  
FSA

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



CUIDADO DE  
DEPENDIENTES  
FSA

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

## Cómo funcionan las cuentas de gastos flexibles (FSA)

1. Cuando se está inscribiendo, usted decide cuánto dinero reservar para gastos de atención médica y cuidado de dependientes.
2. Sus aportes 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 ambas 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	APORTE MÁXIMO ANUAL	¿CUÁNDO ESTÁN DISPONIBLES LOS FONDOS?
Cuenta de gastos flexibles para atención médica	Puede aportar hasta el límite de \$3,300.	Los fondos estarán disponibles a partir de la fecha de vigencia del plan.
Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes	Puede aportar 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 aportes 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 \$660 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, vaya a [flores247.com](https://flores247.com).

# ► Seguro por incapacidad

Su capacidad de llevar a casa un sueldo es un activo valioso. Le ayudamos a protegerlo. HelloFresh ofrece coberturas por 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 por 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 por 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) durante la inscripción abierta. Puede completar un formulario de EOI a través de una tarea de Workday en su bandeja de entrada.

## 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 por STD sin costo para usted y la inscripción es automática. Después de un período de eliminación 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.

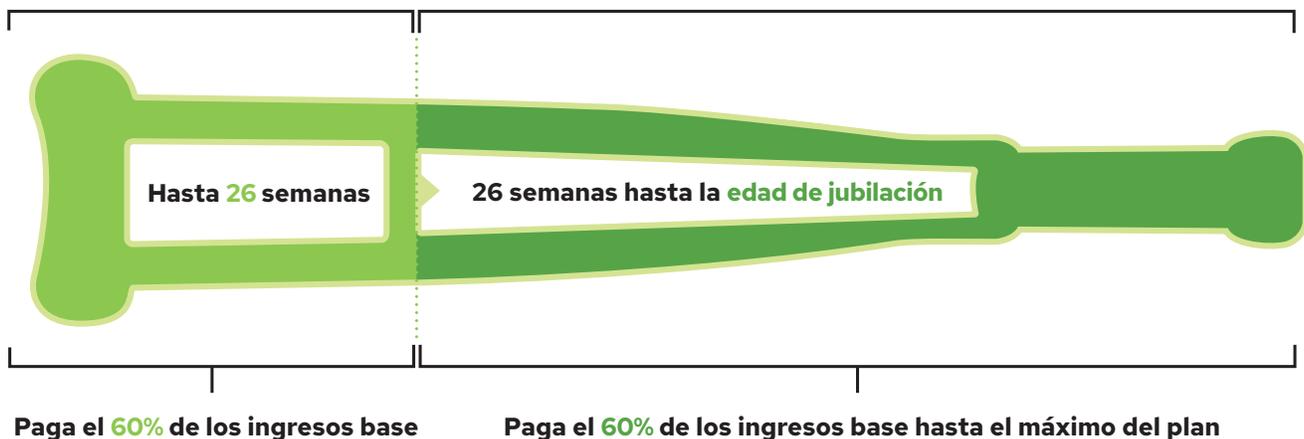
## Seguro por incapacidad a largo plazo con opción de incremento opcional

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.

El beneficio es igual al 60% de sus ingresos mensuales base hasta un máximo de \$10,000 por mes. Los beneficios comienzan después de 180 días de incapacidad.

### INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

### INCAPACIDAD A LARGO PLAZO



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

El seguro de vida ayuda a garantizar que sus seres queridos reciban apoyo financiero en caso de que, inesperadamente, usted ya no esté aquí para cuidarlos. Con el seguro de vida a término básico proporcionado por HelloFresh, más opciones voluntarias adicionales pagadas por los empleados, puede crear un plan de seguro de vida que ofrezca tranquilidad y seguridad para el futuro.

## 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).

\*\* Las ganancias anuales se redondean al siguiente \$1,000 más alto.

**NOTA:** Según la legislación fiscal, el valor del seguro colectivo de vida a término 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](http://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 un monto superior a la emisión garantizada, se le solicitará que complete un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (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.

- **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 BÁSICO A TÉRMINO	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 fallecimiento, este plan proporciona un pago para que su familia pueda cubrir gastos como funerales, hipoteca, matrícula, gastos del hogar, entre otros.	En caso de fallecimiento, este plan proporciona un pago para que su familia pueda cubrir gastos como funerales, hipoteca, matrícula, gastos del hogar, entre otros.
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. Pero necesitará pagar por la prima.

# ► Aportes a la nómina para el seguro de vida e incapacidad

## Seguro por incapacidad adicional

APORTES DE NÓMINA QUINCENALES	SEGURO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO CON OPCIÓN DE INCREMENTO OPCIONAL			
Tarifa quincenal	\$0.05			
SEGURO POR 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 vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

APORTES DE NÓMINA QUINCENALES	SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO POR CADA \$10,000 DE COBERTURA	SEGURO DE VIDA DEL CÓNYUGE POR CADA \$5,000 DE COBERTURA
Edad		
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 POR AD&D DEL EMPLEADO POR CADA \$10,000 DE COBERTURA	SEGURO POR AD&D DEL CÓNYUGE POR CADA \$5,000 DE COBERTURA
	\$0.07	\$0.04
Tasa de vida infantil por cada \$2,000	\$0.17	

# ► Seguro por 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 médicos complementarios pueden ayudar a compensar 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 por enfermedades específicas, seguros por 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 por 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 Infarto de miocardio o cáncer. El seguro por 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 por enfermedades específicas incluye:**

- Infarto de miocardio
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Fallo de órganos principales
- Cirugía de bypass de la arteria 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 por 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.

# ► Aportes a la nómina para el seguro de enfermedades específicas

## Aportes quincenales al seguro por enfermedades específicas

Elija una cobertura de \$10,000, \$20,000, \$30,000 o \$40,000 para empleados. Si usted elige para sí mismo, solo podrá elegir exactamente el 50% de este monto para su cónyuge/pareja de hecho.

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



DEDUCCIONES DEL CHEQUE DE PAGO QUINCENAL	EMPLEADO	CÓNYUGE
Edad	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 hospitalaria y por accidentes

## Seguro por accidentes

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

El seguro por 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.\*
- **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
Solo empleado	\$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 hospitalaria

Recibir pagos para ayudar a compensar el costo de una estadía en el hospital. Si se le admite en un hospital, no pasará mucho tiempo antes de que los gastos 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
Solo empleado	\$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 con 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 cada 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.

### 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 \$325 por mes para costos de transporte público y hasta \$325 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 o tránsito. Tenga en cuenta que su tarjeta de débito no le permitirá gastar más de lo que ha aportado 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 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.
- **Económico y ecológico:** El transporte público ahorra dinero en gasolina mientras mejora la calidad del aire y reduce el consumo de energía, la congestión de vehículos y los gases de efecto invernadero.

**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
- Abuso de sustancias
- Relaciones y asuntos familiares
- Duelo y pérdida
- Preocupaciones financieras y legales
- 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**.



# ► Beneficios adicionales (Continuación)

## Recursos legales

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 del testamento
- Revisión y preparación de documentos
- Ley familiar
- Cobro de deudas y defensa
- Asuntos de bienes raíces

Para obtener más información, visite [unum.com/lifebalance](http://unum.com/lifebalance).

## Medical Bill Saver

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

- Contactará a médicos, dentistas, hospitales, centros de cirugía y otros proveedores en nombre de los empleados para negociar descuentos sobre el saldo adeudado o planes de pago.
- Obtendrá la firma del proveedor sobre los términos y condiciones del pago.
- Proporcionará un estado de resultados de ahorros que resume el resultado.

## Bright Horizons

Cuando los horarios de la escuela, el trabajo y la familia se enfrentan, 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.brighthouse.com/hellofresh](http://clients.brighthouse.com/hellofresh).

¿Tiene preguntas? Llame al **1-877-BH-CARES (242-2737)**

Para obtener información más detallada, visite el sitio web de beneficios de HelloFresh [www.myhellofreshbenefits.com](http://www.myhellofreshbenefits.com).



# ► Plan 401(k)

## Prepárese para la jubilación hoy mismo

¿Cuál es la acción más importante que puede tomar cuando se trata de su 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.

## Aportes diferidos electivos al plan 401(k)

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

## Igualaciones de aportes

Las igualaciones de aportes de HelloFresh le ofrecen un retorno adicional sobre el monto que aporte. El plan ofrece una coincidencia de Puerto Seguro (Safe Harbor) del 100% de su aporte hasta el 3% de su compensación, y luego el 50% de los siguientes 2%. Esto significa que si ahorra el 5% o más de su salario, HelloFresh añadirá un 4% en igualaciones de aportes.

## Límites

Límites de aplazamiento electivo del plan 401(k): El IRS establece el límite de aporte cada año. Para 2025, el límite de aportes salariales para el empleado es de \$23,500, y si tiene 50 años o más al final del año, es elegible para realizar un aporte adicional de \$7,500. Existe un límite especial de aporte adicional de \$11,250 para aquellos que tendrán entre 60 y 63 años al 31/12/2025.

## 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 propios aportes y al 100% de cualquier aporte equivalente de igualación segura.

### Inscríbese ahora

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

Número de plan: 551637 Número de verificación: 55163799

Servicios de transferencia de fondos: **1-866-865-2660**

Sitio web de inscripción - **[inscribirse.voya.com](https://inscribirse.voya.com)**

### ¿Ya está inscrito?

Visite **[voya-retirement-plans.com](https://voya-retirement-plans.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 frente a invertir fuera de un plan.

	ANN GANA \$40,000 AL AÑO Y DECIDE RESERVAR EL 6% DE SU SALARIO QUINCENAL PARA EL FUTURO. <sup>1</sup>	
	Si aporta al Plan 401(k)	Si ahorra fuera del Plan 401(k)
Su cheque de pago quincenal	\$1,539	\$1,539
6% de su salario quincenal aportado 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
Igualación de aporte del 4% al plan por parte de HelloFresh	\$62	N/A

<sup>1</sup>Esta 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.<sup>2</sup>

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

Considere la situación de Larry y Susan. Susan no solo termina con más dinero que Larry, sino que también aportó 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
Aporte mensual	\$300	\$100
Aporte total a los 65 años	\$72,000	\$48,000
Ahorro total antes de impuestos a los 65 años	\$171,798	\$324,180

<sup>2</sup>Esta 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

Los aportes tradicionales antes de impuestos se deducen de su cheque de pago antes de que se retengan los impuestos sobre la renta. Los aportes antes de impuestos pueden reducir su salario imponible en el año en curso. Pagará impuestos sobre estos aportes 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 aporte 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 aportes 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 aportes 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 APORTES ANTES DE IMPUESTOS AL PLAN:	STAN HACE APORTES ROTH DESPUÉS DE IMPUESTOS AL PLAN:	STAN APORTA AMBOS TIPOS:
Salario quincenal bruto	\$1,538	\$1,538	\$1,538
Porcentaje de aporte	6% antes de impuestos	6% después de impuestos	3% antes de impuestos 6% después de impuestos
Monto de aporte	\$92	\$92	\$92
Impuesto sobre el aporte	\$0	\$14	\$7
Total deducido del salario (aportes o impuestos)	\$92	\$106	\$99
Salario neto al empleado	\$1,446	\$1,418	\$1,432
Igualación de aporte del 4% 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 aporte total al plan. Sus aportes, ya sean Roth después de impuestos o antes de impuestos, o una combinación de ambos en total, están sujetas a los límites de aporte 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
Medico 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
Dental	Cigna	myCigna.com	1-877-501-7990
Visión	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 por enfermedades específicas	Unum	Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por enfermedades específicas	1-800-635-5597
Seguro por accidentes	Unum	Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por accidentes	1-800-635-5597
Seguro de indemnización hospitalaria	Unum	Reclamaciones de VB/bienestar para empleados myunum.com Se utiliza para presentar reclamaciones por indemnización hospitalaria	1-800-635-5597
Medical Bill Saver	HealthAdvocate/ 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	HealthAdvocate/ Unum	unum.com/lifebalance.com	1-800-854-1446
Plan de jubilación 401(k)	Voya	Sitio web del participante: VoyaRetirementPlans.com Sitio web de inscripción: inscribirse.voya.com	Servicios de inscripción: 1-888-311-9487 Servicios para miembros: 1-800-584-5001 Servicios de transferencia: 1-866-865-2660
Beneficios de HelloFresh Conexión de Nómina	HelloFresh	N/A	1-877-431-7867
Sitio web de beneficios de HelloFresh	HelloFresh	myhellofreshbenefits.com	N/A

## Glosario

### 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).

### 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.

### Copago

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

### Coseguro

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

### 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.

### Deducible

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

### Ley de Atención Médica Asequible (ACA)

También llamada Reforma de Atención Médica, 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.

### Medicamento genérico

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

### 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 gastos de bolsillo, el plan de salud paga el 100% de los gastos cubiertos.

### 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 aportar libres de impuestos a una cuenta de ahorros para la salud (HSA).

## 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 o el certificado de cobertura de cada plan. Puede obtener sus SPD en [myhellofreshbenefits.com](http://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

Se brinda este aviso para recordar a los participantes y beneficiarios del plan HelloFresh Employee Healthcare Plan (el "Plan") que el Plan ha emitido un Aviso de Privacidad del Plan de Salud que describe cómo el Plan utiliza y divulga información médica protegida (PHI). Puede obtener una copia del Aviso de Privacidad del Plan de Atención de Salud para Empleados de HelloFresh mediante solicitud por escrito al Departamento de Recursos Humanos, a la siguiente dirección:

HelloFresh, Recursos Humanos 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 del Plan de salud para empleados de HelloFresh ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de

salud 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 Salud y Derechos de la Mujer con Cáncer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Salud y Derechos de la Mujer con Cáncer 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 colectivos 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 el mismo monto 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 salud 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 desde el 15 de octubre hasta el 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 que califica.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para 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](http://www.medicare.gov).
- Llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal para obtener ayuda personalizada. Consulte el reverso 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](http://www.ssa.gov), o
- Llame al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **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/remitente: HelloFresh

Contacto: 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 colectivo 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 colectivo**

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 que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado 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 el Departamento de Recursos Humanos.

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/agencias/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 colectivo (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 colectivo 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 colectiva.**

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 gastos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo 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 evento de

vida. Esto también se llama “evento que califica”. Los eventos que califican específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que califica, 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 que califica.

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

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

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

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

- 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 que califican si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- 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 hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

**Para todos los demás eventos que califican (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 que califica. 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 que califican, el evento que califica 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 que califica, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios que califican. Cada beneficiario que califica 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 que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que se puede extender este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

### 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.

### Prórroga del período de 18 meses de cobertura de continuación por segundo evento que califica

Si su familia experimenta otro evento que califica 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 que califica. 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 que califica hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento que califica 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 colectivo (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 COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

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 colectivo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la cobertura de continuación 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 COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación 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 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 colectivos, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana.

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](http://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](http://www.healthcare.gov).

### Mantenga su plan informado sobre los cambios de dirección

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 salud para empleados de HelloFresh  
Para obtener información adicional sobre sus derechos de cobertura de continuación 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](http://myhellofreshbenefits.com). También está disponible una copia impresa, sin cargo, llamando al **1-877-431-7867** (un número gratuito).

### Derechos de inscripción especial de HIPAA

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud o plan de salud colectivo, 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 aportar 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 aportar 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](http://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](http://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](http://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**  
El Programa de pago de primas de seguro médico de AK  
Sitio web: <http://myakhipp.com/>  
Teléfono: 1-866-251-4861  
Correo electrónico: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto: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 (HIPP): <http://dhcs.ca.gov/hipp>  
Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676  
Correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)
- 5. CAROLINA DEL NORTE – Medicaid**  
Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>  
Teléfono: 919-855-4100
- 6. CAROLINA DEL SUR – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.scdhhs.gov/>  
Teléfono: 1-888-549-0820
- 7. COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**  
Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>  
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/State Relay 711  
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>  
Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/  
Servicio de retransmisión estatal 711  
Programa de contratación de seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>  
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
- 8. DAKOTA DEL NORTE – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>  
Teléfono: 1-844-854-4825
- 9. DAKOTA DEL SUR – Medicaid**  
Sitio web: <http://dss.sd.gov>  
Teléfono: 1-888-828-0059
- 10. FLORIDA – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>  
Teléfono: 1-877-357-3268
- 11. GEORGIA – Medicaid**  
GA HIPP Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>  
Teléfono: 678-564-1162, presione 1 GA  
Sitio web de CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-partyliability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>  
Teléfono: 678-564-1162, pulse 2
- 12. INDIANA – Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de Medicaid**  
Todos los demás 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
- 13. 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
- 14. KANSAS – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>  
Teléfono: 1-800-792-4884  
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
- 15. KENTUCKY – Medicaid**  
Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP)  
Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihapp.aspx>  
Teléfono: 1-855-459-6328  
Correo electrónico: [KIHIPP.PROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPP.PROGRAM@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>
- 16. LUISIANA – Medicaid**  
Sitio web: [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)  
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
- 17. MAINE – Medicaid**  
Sitio web de inscripción: [https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?language=en\\_US](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?language=en_US)  
Teléfono: 1-800-442-6003  
TTY: Servicio de retransmisión estatal 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
- 18. MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>  
Teléfono: 1-800-862-4840  
TTY: 711  
Correo electrónico: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com)
- 19. MINNESOTA – Medicaid**  
Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>  
Teléfono: 1-800-657-3672
- 20. MISSOURI – Medicaid**  
Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>  
Teléfono: 573-751-2005
- 21. MONTANA – Medicaid**  
Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>  
Teléfono: 1-800-694-3084  
Correo electrónico: [HHSHIPPPProgram@mt.gov](mailto:HHSHIPPPProgram@mt.gov)
- 22. NEBRASKA – Medicaid**  
Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>  
Teléfono: 1-855-632-7633  
Lincoln: 402-473-7000  
Omaha: 402-595-1178
- 23. NEVADA – Medicaid**  
Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>  
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
- 24. NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP**  
Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>  
Teléfono: 1-800-356-1561 Asistencia para el pago de la prima CHIP Teléfono: 609-631-2392  
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>  
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
- 25. NUEVA YORK – Medicaid**  
Sitio web: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)  
Teléfono: 1-800-541-2831
- 26. NUEVO 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](mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov)
- 27. OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>  
Teléfono: 1-888-365-3742
- 28. OREGON – Medicaid**  
Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>  
Teléfono: 1-800-699-9075
- 29. 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 de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
- 30. 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)
- 31. TEXAS – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>  
Programa | Salud y Servicios 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](mailto:upp@utah.gov)  
Teléfono: 1-888-222-2542  
Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>  
Sitio web del Programa de compra 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 OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <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)
- 35. 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
- 36. WASHINGTON – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>  
Teléfono: 1-800-562-3022
- 37. WISCONSIN – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <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 especiales, comuníquese con:

U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
**1-866-444-EBSA (3272)**

U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
**1-877-267-2323, Opción del menú 4, Ext. 61565**

