



2025- 2026

Descripción
general de
beneficios
para
empleados

john crane
a smiths company



Qué contiene



Cómo empezar

3...Inscripción abierta:
lo que debe hacer

4...Cómo inscribirse

Detalles de los beneficios

5...Opciones de seguro médico

6...Situación del empleado

7...Cuenta de ahorro
para gastos médicos

8...Cuentas de gastos flexibles

9...HSA frente a FSA

10...Recursos médicos

11...Detalles del plan
de seguro médico

12...Cobertura de medicamentos
de venta con receta

13...Detalles del plan de
medicamentos de venta con receta

14...TextCare

15...Opciones de visión

16...Opciones dentales

17...Seguro de vida/AD&D

18...Seguro de discapacidad

19...Programa de
Asistencia al Empleado

20...Beneficios voluntarios

22-23...Smiths Group 401(k)

Detalles de inscripción

21...Inscripción o modificación
de sus elecciones

21...Contactos de beneficios

Información adicional

24-32...Avisos anuales

Bienvenido a su programa de beneficios 2025-2026

John Crane ofrece un programa integral de beneficios, diseñado cuidadosamente para usted y su familia.

Estamos mejorando nuestro paquete de beneficios al ampliar su cobertura y seguir controlando los costos de atención médica.

Comuníquese con el Centro de Beneficios de Smiths Group al **1-866-330-6555** si tiene preguntas con respecto a su plan de beneficios.

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para los beneficios de John Crane si es un empleado de tiempo completo o un empleado aprobado y programado para trabajar, al menos, 20 horas por semana.

Entre los dependientes elegibles, se incluyen los siguientes:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho.
- Hijos menores de 26 años (la elegibilidad termina el día en que cumplen 26 años; pueden ser elegibles para COBRA).
- Hijos dependientes de cualquier edad (incluidos los de una pareja de hecho) que tengan una discapacidad elegible y dependan de usted para su manutención.

Conversión de la prima del plan de la Sección 125

La Conversión de primas del plan de la Sección 125 le permite excluir las primas del seguro médico, dental y oftalmológico de su ingreso imponible, lo que significa que sus primas se descontarán de su ingreso antes de impuestos. Esto reduce su ingreso imponible. De manera predeterminada, sus primas se deducirán antes de impuestos, lo que aumenta su salario líquido en un rango de doscientos a mil dólares o más al año.

Resumen de las modificaciones sustanciales

Este documento sirve como un resumen de las modificaciones sustanciales a la descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD) del plan de salud y bienestar de John Crane. Su finalidad es complementar o sustituir determinada información de la SPD, por lo tanto, debe conservarlo para futuras consultas junto con su SPD. Comparta estos materiales con los miembros de su familia incluidos en su cobertura.

Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal ofrece más opciones para su cobertura de medicamentos de venta con receta. Consulte la sección “Avisos anuales” para obtener más información.

Inscripción abierta: qué debe hacer

.....

- 1. Revise sus opciones.** Revise la plataforma de inscripción en línea, el Centro de Beneficios de Smiths Group, y esta guía para comprender sus opciones.
- 2. Inicie sesión entre el 9 y el 18 de julio de 2025 para hacer lo siguiente:**
 - **Revisar y modificar sus beneficios.**
 - **Cobertura médica predeterminada.** Si no se inscribe en un plan médico o renuncia a la cobertura médica (tiene otra cobertura médica), se le inscribirá en el Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) para la cobertura solo para empleados y no tendrá la oportunidad de cambiar a menos que se produzca un acontecimiento calificado o la próxima Inscripción abierta, lo que ocurra primero.
 - **Volver a elegir una cuenta de gastos flexible (Flexible Spending Account, FSA) o una cuenta de ahorro para gastos de atención médica (Health Savings Account, HSA).**
 - Si tiene una FSA para gastos de atención médica, de propósito limitado o para el cuidado de dependientes, se asumirá que no hará contribuciones a menos que realice una elección. Los cambios solo se pueden hacer durante la inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un acontecimiento de vida calificado.
 - Si tiene una HSA, por defecto no hará contribuciones a menos que realice una elección. Las elecciones de contribuciones no se acumulan. Puede detener, iniciar o modificar sus elecciones de HSA en cualquier momento comunicándose con el Centro de Beneficios de Smiths Group.
 - **Completar su certificación sobre el consumo de tabaco o pagar un recargo.** Si no toma ninguna medida, se considerará que usted y su cónyuge/pareja de hecho incluidos en el plan son consumidores de tabaco y deberán pagar un recargo anual de \$600 cada uno.
 - **Completar la certificación de recargo conyugal.** Si no toma ninguna medida, su certificación actual se renovará. Si su cónyuge/pareja de hecho tiene acceso a otra cobertura y usted decide incluirlo en la cobertura médica de John Crane, deberá pagar una contribución mensual de \$300 por cónyuge/pareja de hecho.

Comprensión de las implicaciones fiscales de las parejas de hecho

Si la persona inscrita no califica como su dependiente fiscal para fines de cobertura de salud, entonces no podrá pagar esa cobertura antes de impuestos en virtud del plan de cafetería. Además, el valor de la cobertura proporcionada a la persona inscrita que no es dependiente fiscal, menos el importe que usted paga por la cobertura después de impuestos, se incluirá en su ingreso bruto, sujeto a la retención del impuesto federal sobre la renta y a los impuestos sobre el empleo, y se informará en su formulario W-2. Esto incluye cualquier parte de las primas que John Crane paga por la cobertura de salud aplicable. El valor de la cobertura varía en función de las opciones de cobertura médica y dental que elija; consulte a John Crane para obtener más información.



Cómo inscribirse



Una vez que haya analizado sus opciones de beneficios y los costos asociados, ¡es hora de inscribirse! John Crane ofrece dos formas cómodas de inscribirse, en línea o por teléfono, a través del Centro de Beneficios de Smiths Group.

Inscripción en línea:

1. Vaya a www.SmithsGroupBenefitsCenter.com y haga clic en el botón naranja **“Enroll Now”** (Inscribirse ahora) en la parte superior derecha de la página de inicio. Esto lo llevará a la página de inicio de sesión del sitio seguro.
2. Haga clic en “Get Started” (Comenzar) debajo de “New Users” (Nuevos usuarios) y se le pedirá que ingrese su número de Seguro Social, apellido, fecha de nacimiento y código postal.
3. A continuación, deberá crear un nombre de usuario y una contraseña únicos para iniciar sesión.
4. ¡Siga las instrucciones para inscribirse en los beneficios!

¡Escanee el código QR para inscribirse en el sitio web del Centro de Beneficios de Smiths Group!



Inscripción por teléfono:

Llame al Centro de Beneficios de Smiths Group al **1-866-330-6555** entre las 9:00 a. m. y las 7:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes. Un representante estará disponible para ayudarle con el proceso de inscripción.

¿Alguna pregunta?

Para preguntas sobre reclamaciones, redes y proveedores, por favor comuníquese con el proveedor de su plan de salud.

Para otras preguntas, comuníquese con el Centro de Beneficios de Smiths Group al **1-866-330-6555** entre las 9:00 a. m. y las 7:00 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

También puede chatear en línea con nuestros representantes en www.SmithsGroupBenefitsCenter.com durante el horario habitual del centro de atención telefónica.



Opciones de seguro médico



Nos enorgullece ofrecer dos opciones de coberturas médicas integrales a través de **BlueCross BlueShield of IL (BCBSIL)**. Considere si el Plan PPO o el Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una mejor opción para usted y su familia.

Plan	Contribución a HSA de John Crane	Deducible (dentro de la red)	Contribuciones de nómina	Gastos de bolsillo (dentro de la red)
HDHP (elegible para HSA)	\$1,000 familiar \$500 individual	\$3,500 familiar \$1,750 individual	Más bajo que el plan PPO	Más bajo que el plan PPO
PPO	N/C	\$2,000 familiar \$1,000 individual	Más alto que el HDHP	Más alto que el HDHP

Ambos planes utilizan la misma red de proveedores de atención médica, laboratorios, hospitales, etc., y tienen las mismas tarifas contratadas para servicios dentro de la red. Ambos planes también cubren la atención preventiva, que puede ayudarlo a detectar muchos tipos diferentes de problemas de salud de forma temprana, con una cobertura del 100% dentro de la red, independientemente del deducible. Una vez alcanzado el deducible en el HDHP, por lo general, se paga menos por los servicios, ya que el plan reembolsa un porcentaje más alto por el coseguro. Las contribuciones al HDHP por período de pago son más bajas que las del PPO, y John Crane aporta dinero a todos los empleados elegibles para ayudar a cumplir con su deducible.

Su costo anual máximo para medicamentos recetados y servicios de atención médica dentro de la red es el máximo de gastos de bolsillo más las contribuciones de nómina.

Lo nuevo:

- **Visitas de atención primaria dentro de la red: plan PPO**

Los miembros inscritos en el plan PPO ahora tendrán un copago reducido de \$30 por cada visita de atención primaria dentro de la red sin límite de visitas durante este año del plan. Si no se siente bien o algo no está del todo bien, NO posponga la atención médica: consulte con su médico de atención primaria.

- **TextCare**

Los miembros inscritos en un plan médico de John Crane y sus dependientes ahora tendrán acceso a TextCare, que ofrece atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de mensajes de texto de proveedores certificados por el consejo médico.

Términos que debe conocer

Coseguro: el porcentaje que debe pagar, si corresponde, cuando recibe atención una vez que ha alcanzado el deducible anual.

Deducible: la cantidad que debe pagar primero cada año antes de que el plan comience a pagar los gastos por los servicios cubiertos. El deducible no incluye copagos.

Dentro de la red: médicos, hospitales u otros centros de atención médica que tienen contrato con el plan.

Fuera de la red: médicos, hospitales u otros centros de atención médica que no tienen contrato con un plan.

HSA: una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) permite que usted y John Crane aporten dinero antes de impuestos para pagar los gastos de atención médica elegibles. Es similar a un plan 401(k), pero se utiliza para pagar gastos de atención médica elegibles.

Gastos de bolsillo máximo: el monto máximo que debe pagar cada año por los servicios cubiertos, sin incluir las contribuciones.

Atención preventiva: cobertura del 100% dentro de la red. Incluye exámenes físicos anuales, vacunas de rutina, exámenes de detección de cáncer y más.

Situación del empleado



Alicia

Tiene 54 años y brinda cobertura médica a su familia

Si bien gozan de buena salud, en ocasiones, Alicia y su familia necesitan tratamiento para enfermedades agudas y lesiones deportivas de sus hijos. Toda la familia planea aprovechar los servicios de atención preventiva. Además, Alicia cuenta con un seguro para mascotas de MetLife para ayudar a cubrir los costos de las visitas al veterinario de su gato.

Tenga en cuenta lo siguiente: Este ejemplo refleja la cobertura de los servicios dentro de la red.

HDHP (elegible para HSA)

John Crane aporta \$1,000 a la HSA de Alicia. Alicia aporta a su HSA.

Alicia paga hasta \$3,500 (por dos o más personas inscritas).

Alicia paga el 20% de los cargos aprobados después del deducible.

El plan paga el 80% de los cargos aprobados.

El plan paga el 100% de los cargos aprobados DESPUÉS de que Alicia pague \$10,000.



PPO

Alicia contribuye a una FSA para ayudar a cubrir los gastos de atención médica elegibles antes de impuestos.

Alicia paga hasta \$2,000 (por dos o más personas inscritas).

Alicia paga el 25% de los cargos aprobados después del deducible (excepto los medicamentos recetados y las visitas iniciales al médico de atención primaria [Primary Care Physician, PCP]).

El plan paga el 75% de los cargos aprobados.

El plan paga el 100% de los cargos aprobados DESPUÉS de que Alicia pague \$11,000.



Requisitos para calificar para una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

A fin de poder calificar para una HSA, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar cubierto por el Plan de salud con deducible alto (HDHP).
- No tener ninguna otra cobertura de salud (excepto lo permitido por la ley).
- No estar inscrito en Medicare (partes A o B).
- No figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Es su responsabilidad declarar que cumple con los requisitos durante el período de inscripción.

Contribuciones a su HSA

Recibirá una tarjeta de débito para pagar los gastos médicos, dentales, de la vista y medicamentos recetados elegibles con el dinero que aporte a su HSA. Además, cada año **John Crane depositará dinero en su HSA: \$500 para cobertura individual y \$1,000 para cobertura familiar, una vez que abra la cuenta.**

Si usted contribuye a una HSA y, finalmente, no necesita utilizar ningún servicio, su HSA continuará acumulando valor. El dinero en su cuenta es suyo, y puede conservarlo o utilizarlo para gastos de atención médica elegibles año tras año, incluso si deja de trabajar en John Crane.

Contribuciones a la HSA	Máximo anual	Contribuciones de la empresa	Sus contribuciones
2025			
Empleado:	\$4,300	\$500	\$3,800
Familia:	\$8,550	\$1,000	\$7,550
2026			
Empleado:	\$4,400	\$500	\$3,900
Familia:	\$8,750	\$1,000	\$7,750
<i>Contribuciones anuales para mayores de 55 años: \$1,000</i>			

Usted es responsable de asegurarse de que sus contribuciones más las contribuciones de John Crane no excedan estos montos. Para obtener más información sobre las HSA, diríjase a www.irs.gov y busque la sección "Publication 969".

Si tiene 65 años o más y está inscrito en Medicare, Parte A o B, es posible que su HSA permanezca abierta, pero no se pueden realizar contribuciones adicionales.

Nuevos empleados: A fin de ser elegible para recibir la contribución de la empresa a su cuenta durante el año del plan, debe abrir una cuenta antes del 30 de junio (30 días antes del final del año del plan).

Confirmará su elegibilidad para una HSA y sus contribuciones a través del Centro de Beneficios de Smiths Group.

Luego, podrá acceder a su cuenta, revisar las transacciones de su HSA y consultar los saldos en línea en benefitsassist.wealthcareportal.com o a través de la aplicación móvil **BenefitsAssist**.

Cuentas de gastos flexibles

John Crane ofrece tres tipos de cuentas de gastos flexibles (FSA) a través de **BenefitsAssist** que le permiten usar dinero antes de impuestos para pagar determinados gastos de atención médica y cuidado de dependientes. La opción de FSA de propósito limitado es nueva este año, lo que le ayuda a pagar los gastos elegibles relacionados con la atención dental u oftalmológica. Si bien las personas que están inscritas en el HDHP no pueden inscribirse en la FSA para gastos de atención médica, tienen la opción de inscribirse en la FSA de propósito limitado, además de su HSA.

Cómo funcionan los planes

- Determine su contribución anual y, luego, aporte dinero de cada cheque de pago antes de impuestos.
- Realice gastos elegibles de atención médica o cuidado de dependientes y páguelos con su tarjeta de débito FSA (solo la FSA para los gastos de atención médica) o de su bolsillo. ¡Asegúrese de guardar los recibos!
- Si paga de su bolsillo, presente una reclamación de reembolso a BenefitsAssist. **Nota:** Solo puede acceder a fondos de la cuenta de cuidado de dependientes hasta el monto disponible en su cuenta.
- Para obtener información sobre gastos elegibles, visite www.irs.gov/publications/p502 (para FSA destinada a gastos de atención médica o de propósito limitado), www.irs.gov/publications/p503 (para cuenta de cuidado de dependientes) o consulte con un asesor fiscal.
- Si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de débito FSA, visite el portal WealthCare de BenefitsAssist en benefitsassist.wealthcareportal.com, o llame al **1-865-769-2800**.

Sus contribuciones a la FSA no se renovararán de forma automática. **Debe volver a inscribirse en sus FSA y elegir las contribuciones dentro de los 30 días posteriores a la contratación o durante el período de inscripción abierta de cada año.**

Tipo de FSA	Contribución anual máxima de 2025*	Monto anual transferible*
<p>FSA para gastos de atención médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de ahorros y gastos destinada a gastos elegibles relacionados con la atención médica, dental u oftalmológica. • No puede inscribirse en la FSA para gastos de atención médica si está contribuyendo de manera activa a una HSA. • Nota: Según las directrices del IRS, el plan FSA de atención médica no permite el reembolso de reclamaciones de parejas de hecho ni de sus hijos. 	\$3,300	\$660
<p>¡NUEVO! FSA con fines limitados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de ahorros y gastos destinada únicamente a gastos elegibles relacionados con la atención dental u oftalmológica. • Cualquier persona es elegible. Puede elegir tanto una HSA como una FSA de propósito limitado. 	\$3,300	\$660
<p>Cuenta para el cuidado de dependientes (DCA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para gastos elegibles de cuidado de dependientes: guardería, programas extraescolares, cuidado diurno de adultos y campamento de verano • Cualquier persona es elegible. Puede optar por tener una FSA para los gastos de atención médica/una FSA para el cuidado de dependientes <u>O</u> una HSA/una FSA de propósito limitado/ una FSA para el cuidado de dependientes. 	\$5,000/grupo familiar	N/C

*Consulte www.irs.gov para conocer los límites de contribución y los montos transferibles actualizados.

Nota importante sobre el período de presentación de reembolsos: Si le quedan fondos en su FSA del año del plan 2024-2025, debe solicitar el reembolso a través de BenefitsAssist.

HSA frente a FSA

Las HSA y FSA son dos de los planes más comunes de beneficios sin impuestos. Puede ahorrar dinero con cualquiera de los dos, pero tienen muchas diferencias. He aquí un breve resumen:

	HSA	FSA
Propietario	Propiedad de los empleados	Propiedad del empleador
Elegibilidad	Debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP)	Todas las personas son elegibles, aunque usted no puede estar inscrito en una HSA y una FSA para gastos de atención médica
Traspaso de saldos	Todos los fondos pueden transferirse de un año a otro	No es posible transferir de un año a otro los fondos no utilizados
Posibilidad de transferencia	La HSA es transferible; por lo tanto, los fondos de la cuenta lo acompañan dondequiera que vaya	Las FSA son cuentas propiedad de la empresa; por lo tanto, los fondos se pierden si se cambia de trabajo
Opciones de inversión	Puede invertir los fondos de la HSA	No se pueden invertir los fondos de la FSA
Justificación	No es obligatorio, pero querrá conservar toda la documentación por si alguna vez es objeto de una auditoría del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)	El IRS exige la justificación de algunos gastos de la FSA para demostrar la elegibilidad de los gastos
Disponibilidad de fondos	Están disponibles solo los fondos que se han contribuido	Todos los fondos están disponibles el primer día
Tipos de gastos elegibles	Gastos de seguro médico, dental y oftalmológico	FSA para gastos de atención médica: gastos médicos, dentales y oftalmológicos
		FSA de propósito limitado: gastos dentales y oftalmológicos
		FSA para el cuidado de dependientes: gastos para el cuidado de dependientes





A través de John Crane y BCBSIL, usted tiene acceso a una variedad de recursos que lo ayudarán a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios y programas para poder mantenerse saludable.

Asesores de valor de beneficios (BVA)

Los BVA son un beneficio exclusivo de los planes médicos de BCBSIL de John Crane. Facilitan el uso de su plan de salud y, a la vez, lo ayudan a ahorrar tiempo y dinero. Están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para explicarle sus beneficios y brindarle orientación sobre cómo usarlos. Los BVA también lo ayudarán a hacer lo siguiente:

- Buscar un médico o centro
- Obtener estimaciones de costos para procedimientos y servicios
- Programar citas
- Gestionar autorizaciones previas (si es necesario)

Llame al **877-485-3037** y solicite un BVA. También puede comunicarse con un BVA a través del chat en vivo en www.bcbsil.com o mediante la aplicación de BCBSIL.

Además, puede acceder a Provider Finder® para buscar médicos dentro de la red, hospitales y más. Visite www.bcbsil.com, regístrese o inicie sesión en Blue Access for Members y seleccione la opción “Find Care” (Buscar atención).

Blue Access for Members (BAM)

Aproveche al máximo sus beneficios de atención médica con BAM. Cuando se inscriba en un plan médico de BCBSIL a través de John Crane, usted y todos los dependientes con cobertura mayores de 18 años podrán crear una cuenta en BAM.

Con BAM, puede hacer lo siguiente:

- Buscar atención: buscar médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica dentro de la red
- Calcular los gastos de bolsillo por procedimientos médicos, tratamientos y pruebas
- Obtener su tarjeta digital de identificación de miembro
- Verificar el estado o historial de una reclamación
- Consultar o imprimir declaraciones de explicación de los beneficios
- Regístrese para recibir alertas por mensaje de texto o correo electrónico

Use su tarjeta de identificación de miembro para crear una cuenta de BAM en www.bcbsil.com o envíe un mensaje de texto con la palabra **BCBSILAPP** al **33633** para descargar la aplicación móvil.

Control del bienestar

BCBSIL ofrece programas de salud conductual, mental y física para ayudarlo a mejorar su salud cómo, cuándo y dónde lo desee.

- **Servicios y apoyo para el cáncer:** los oncólogos certificados de BCBSIL, junto con expertos médicos a través de un socio proveedor, ayudan a los miembros con un diagnóstico de cáncer a lograr resultados óptimos de salud, una mejor calidad de vida y una atención rentable.
- **Salud de la mujer y la familia:** apoyo integral para la fertilidad, el embarazo, la crianza de los hijos y la menopausia.
- **Programas de salud digital:** el asesoramiento digital complementario brindado por proveedores destacados de primer nivel ayuda a reducir los riesgos asociados a enfermedades crónicas costosas.
- **Portal de bienestar para miembros de Well onTarget:** planes de acción personalizados, junto con la integración de dispositivos de acondicionamiento físico y nutrición, para ayudarlo a iniciar su recorrido hacia el bienestar general. Incluye un programa digital de autocontrol de seis semanas de duración para dejar de fumar.
- **Asesoramiento personalizado:** los entrenadores con certificación profesional ofrecen asesoramiento sobre temas de salud y estilo de vida mediante llamadas telefónicas o mensajes seguros a través del portal interactivo Well onTarget.
- **Programa de acondicionamiento físico:** puede elegir la opción de plan de programa de acondicionamiento físico que mejor se adapte al presupuesto y a las preferencias de su familia.
- **Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana:** las enfermeras pueden orientarlo sobre el nivel adecuado de atención para su problema de salud, responder preguntas generales de salud y derivarlo a una biblioteca de audio con más de 1,000 temas de salud o a otros programas que pueden ser útiles.

Considere la cobertura de beneficios voluntarios

Si se inscribe en esta cobertura, es posible que reciba un pago único fijo de Aflac para cubrir parte o la totalidad de sus costos médicos, según su situación específica. Consulte la página 20 para obtener más información.

Detalles del plan de seguro médico



Elegir su plan es una decisión importante, así como también usarlo de manera inteligente durante todo el año.

Para encontrar un proveedor en su red, visite www.bcbsil.com y seleccione la opción “Participating Provider Organization [PPO]” (Organización de proveedores participantes [PPO]) cuando utilice la función de búsqueda “Find Care” (Buscar atención).

Montos de los empleados	HDHP (elegible para HSA) ¹ Dentro de la red*	PPO Dentro de la red*
Deducible (individual/familiar)	\$1,750 / \$3,500 Compartido ²	\$1,000 / \$2,000 Incorporado ³
Su deducible estará vigente desde el 1 de agosto de 2025 hasta el 31 de julio de 2026		
Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$5,500 / \$11,000
Atención preventiva		
Consultas de atención preventiva	100% de cobertura*	
Visitas en el consultorio		
Proveedor de atención primaria	20% después del deducible	Copago de \$30
Especialista	20% después del deducible	25% después del deducible
Servicios de diagnóstico por imágenes		
Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	20% después del deducible	25% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (IRM, TAC, PET)	20% después del deducible	25% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Tarifa por uso de las instalaciones (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	20% después del deducible	25% después del deducible
Honorarios de médicos/cirujanos	20% después del deducible	25% después del deducible
Servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias		
Visita ambulatoria	20% después del deducible	Copago de \$30
Otros servicios para pacientes ambulatorios	20% después del deducible	25% después del deducible
Servicios para pacientes hospitalizados	20% después del deducible	25% después del deducible
Atención de urgencia y emergencia		
Atención de urgencia	20% después del deducible	25% después del deducible
Atención en la sala de emergencias		
Cargos por uso de las instalaciones	20% después del deducible	25% después del deducible
Honorarios del médico de la sala de emergencias	20% después del deducible	25% después del deducible
Transporte médico de emergencia	20% después del deducible	25% después del deducible
Otros servicios		
Atención médica a domicilio, equipo médico duradero, prótesis y la mayoría de otros servicios cubiertos	20% después del deducible	25% después del deducible

*Revise los documentos del plan para ver los beneficios fuera de la red, los requisitos de autorización previa, los límites en el número de visitas al año y las restricciones de servicio.

¹ John Crane proporcionará a sus empleados una contribución individual de \$500 y contribución familiar de \$1,000 a su cuenta HSA.

² Si también cubre dependientes (otros miembros de la familia) bajo este plan, solo se aplican los montos correspondientes a la categoría “Familia”. Los montos del deducible correspondientes a la categoría “Familiar” pueden ser cubiertos por uno o varios miembros de la familia. Cuando se alcanza el deducible correspondiente a la categoría “Familiar”, se aplica a todos los miembros de la familia y, a partir de ese momento, comienza a aplicarse el coseguro.

³ Si otros miembros de la familia están incluidos en este plan, cada miembro debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.

Nota: La cobertura familiar puede incluir empleado + 1 o empleado + 2 o más.

Cobertura de medicamentos de venta con receta



Prime Therapeutics trabaja junto con BCBSIL para administrar sus beneficios de medicamentos recetados. Su lista de medicamentos es **Performance Select BioSimilar**, y su red de farmacias es **Traditional Select Network**.

Primeros pasos con las herramientas digitales

Antes del 1 de agosto de 2025, puede verificar la cobertura de sus medicamentos, obtener estimaciones de los costos de los medicamentos recetados y buscar farmacias cercanas dentro de la red en www.MyPrime.com. Haga clic en “explore MyPrime” (Explorar MyPrime) y siga las indicaciones del menú desplegable. Asegúrese de seleccionar la opción “No” cuando se le pregunte por Medicare Parte D.

Después del 1 de agosto de 2025, puede registrarse o iniciar sesión en su cuenta de BAM desde www.bcbsil.com para consultar la información específica de los beneficios de su plan de medicamentos recetados. Una vez en BAM, puede hacer clic en “Pharmacy” (Farmacia) o vincular a su propia cuenta en www.MyPrime.com. También puede descargar la aplicación móvil de BCBSIL para gestionar sus beneficios de medicamentos recetados.

Cómo surtir sus recetas

Cuando muestre su tarjeta de identificación en la farmacia, es posible que sus medicamentos califiquen para el programa de descuentos MedsYourWay®. Este programa trabaja junto con su plan de beneficios para encontrar de forma automática los costos más bajos disponibles en sus recetas. Deberá pagar el precio más bajo disponible entre el precio del programa de descuentos de medicamentos y el monto correspondiente según su plan. Además, lo que pague se contará para el deducible de su plan o máximo de gastos de bolsillo. No todas las farmacias de la red participan en MedsYourWay.

Tiene dos opciones para surtir sus medicamentos de uso prolongado. Es posible que su medicamento no esté cubierto si no utiliza una de estas opciones:

- Puede obtener un suministro para 90 días en cualquier farmacia de la red minorista con suministro extendido. Para encontrar una ubicación cercana, visite www.MyPrime.com.
- También tiene la opción de utilizar **Express Scripts Pharmacy** para que le envíen sus medicamentos recetados a domicilio. Para

Datos rápidos

¿Sabía que puede pedirle a su proveedor de atención médica que le recete un medicamento genérico en lugar de uno de marca? Si está disponible, le costará menos y ayudará a administrar los costos de las reclamaciones tanto para usted como para el plan.

Medicamento genérico: el equivalente terapéutico a su versión de marca, ya que contiene ingredientes activos idénticos en las mismas dosis.

- Si le recetan un medicamento de marca, deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- Si le recetan un medicamento de marca para el cual no existe una versión genérica disponible, seguirá pagando el copago/deducible correspondiente a medicamentos de marca.

Medicamento de marca preferido: un medicamento recetado que ha sido recomendado y evaluado de manera continua por Prime Therapeutics en cuanto a su calidad y su costo-efectividad. Al seleccionar un medicamento de marca preferido, usted y su médico maximizan los beneficios del plan y minimizan los costos generales de medicamentos recetados para usted y John Crane. Consulte cuáles son los medicamentos de marca preferidos en www.MyPrime.com.

Medicamento de marca no preferido: cuando su médico le recete un medicamento de marca que no esté en la lista de medicamentos preferidos, usted pagará el porcentaje de coseguro más alto.

Límites de cobertura: los servicios médicos y los medicamentos recetados tienen determinados límites de cobertura. Por ejemplo, un medicamento puede limitarse a una cantidad determinada (como el número de comprimidos o la dosis total).

comenzar a usar el servicio de farmacia, cree una cuenta en www.express-scripts.com/rx, o llame al **1-833-715-0942**. Su médico puede enviar recetas nuevas de forma electrónica a EXPRESS SCRIPTS HOME DELIVERY.

Medicamentos de especialidad: Accredo

Los medicamentos recetados que están aprobados para su autoadministración (como cápsulas orales o inyecciones que usted mismo puede aplicarse) se deben surtir a través de **Accredo** o de otra farmacia especializada dentro de la red para evitar pagar costos más altos de su bolsillo. Para comenzar a usar Accredo, visite www.accredo.com, o llame al **1-833-721-1619**.

Detalles del plan de medicamentos de venta con receta

Montos de los empleados	HDHP (elegible para HSA) ^{1 2}		PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Red de farmacias:	Traditional Select			
Lista de medicamentos	Performance Select BioSimilar			
Medicamentos de venta con receta	<i>Después de satisfacer el deducible de la red, el miembro debe pagar lo siguiente:</i>		<i>No sujeto al deducible, el miembro debe pagar lo siguiente:</i>	
Al por menor (suministro de hasta 30 días)				
<i>Genérico (obligatorio)</i>	20% de coseguro (\$10 mín./\$20 máx.)	Sin cobertura	20% de coseguro (\$10 mín./\$20 máx.)	Sin cobertura
<i>Marca preferida</i>	30% de coseguro (\$20 mín./\$100 máx.)	Sin cobertura	30% de coseguro (\$20 mín./\$100 máx.)	Sin cobertura
<i>Marca no preferida</i>	50% de coseguro (\$45 mín./\$150 máx.)	Sin cobertura	50% de coseguro (\$45 mín./\$150 máx.)	Sin cobertura
<i>Especialidad</i>	50% de coseguro (limitado a un suministro para 30 días)	Sin cobertura	50% de coseguro (limitado a un suministro para 30 días)	Sin cobertura
Mantenimiento/Pedido por correo (suministro para 90 días)				
<i>Genérico (obligatorio)</i>	20% de coseguro (\$20 mín./\$40 máx.)	Sin cobertura	20% de coseguro (\$20 mín./\$40 máx.)	Sin cobertura
<i>Marca preferida</i>	30% de coseguro (\$40 mín./\$200 máx.)	Sin cobertura	30% de coseguro (\$40 mín./\$200 máx.)	Sin cobertura
<i>Marca no preferida</i>	50% de coseguro (\$90 mín./\$300 máx.)	Sin cobertura	50% de coseguro (\$90 mín./\$300 máx.)	Sin cobertura

¹ John Crane proporcionará a sus empleados una contribución individual de \$500 y una contribución familiar de \$1,000 a su cuenta HSA.

² La familia debe gastar el monto del deducible familiar antes de que comience el coseguro.

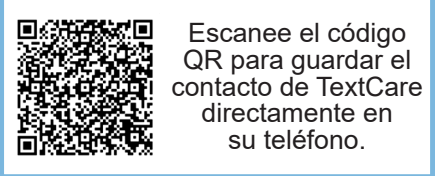
Nota: La cobertura familiar puede incluir empleado + 1 o empleado + 2 o más.



Si necesita acceso a atención médica, **TextCare** brinda proveedores certificados por la junta médica mediante mensaje de texto, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando se inscriba en sus beneficios, recuerde actualizar su número de teléfono celular en el Centro de Beneficios de Smiths Group para que TextCare pueda comunicarse con usted.

Los servicios incluyen los siguientes:

- Acceso directo a atención de alta calidad cuando lo necesite.
- Conversación sobre necesidades de atención primaria y de urgencia, manejo de afecciones crónicas y necesidades de medicamentos de rutina.
- Ayuda para buscar y programar una visita con un especialista.
- No se requieren citas, simplemente envíe un mensaje de texto para recibir atención.
- Accesible de copago mediante mensaje de texto y videollamada. ¡No tiene que descargar ninguna aplicación y ni hay tarifas de copagos por usar el servicio!
- **Disponible para quienes estén inscritos en un plan médico de John Crane y sus dependientes.**



Escanee el código QR para guardar el contacto de TextCare directamente en su teléfono.

Preguntas frecuentes

P: ¿Cómo puedo comunicarme con TextCare?

R: Envíe un mensaje de texto al **224-464-4020**. Su equipo de atención le responderá en 5 minutos. No se necesita programar citas y no tiene que descargar una aplicación.

P: ¿Para qué puedo usar TextCare?

R: Su equipo de atención puede ayudarlo con cualquier pregunta médica o de salud, y debería ser su primer punto de contacto por cualquier problema. Aun cuando su problema no se pueda resolver de forma virtual, el equipo de atención le ofrece asesoramiento experto y lo derivará a proveedores especializados.

P: ¿Podrá mi equipo de TextCare entender mi pregunta o problema mediante un mensaje de texto?

R: ¡Sí! Puede conversar, cargar fotos o iniciar una videollamada con su proveedor con tan solo un clic.

P: ¿Qué sucede si necesito atención adicional fuera de TextCare?

R: Su proveedor de TextCare puede derivarlo a otros proveedores y especialistas de alta calidad y bajo costo.

P: ¿Qué sucede si necesito medicamentos para tratar mi diagnóstico?

R: Su proveedor de TextCare puede recetar medicamentos, y la receta se enviará a una farmacia local.

P: ¿Qué sucede si mi visita inicial requiere un seguimiento?

R: Su equipo de atención se comunicará con usted mediante mensaje de texto para programar una cita de seguimiento.

P: ¿Debo ir a una clínica de atención de urgencias o a la sala de emergencias?

R: Muchas visitas a una clínica de atención de urgencias y a la sala de emergencias terminan siendo innecesarias. TextCare está disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pueden ayudar a clasificar la situación para evitar un largo viaje a la sala de emergencias. Sin embargo, le recomendamos llamar al 911 o ir a la sala de emergencias en caso de tener una emergencia médica.

P: ¿Quién es elegible para este servicio? ¿Mi familia puede usar TextCare?

R: TextCare está disponible para quienes estén inscritos en un plan médico de John Crane y sus dependientes.

P: ¿Mi empleador tendrá acceso a mi información médica?

R: ¡No! Toda la información de los pacientes es estrictamente confidencial. TextCare es administrado por One to One Health, proveedor de atención médica laboral con sede en Chattanooga, Tennessee. One to One Health cumple todas las normativas de la HIPAA y atención médica para mantener su privacidad y garantizar que su información médica se mantenga confidencial.

Beneficios de seguro oftalmológico



Puede elegir entre dos planes de la vista, que están administrados por **EyeMed Vision Care**. Muchas de sus necesidades visuales, desde exámenes oftalmológicos hasta anteojos y lentes de contacto, están cubiertas por los planes de visión.

Plan básico: proporciona un examen de la vista cada dos años del plan. Puede optar por recibir lentes de contacto y marcos, o servicios para marcos y lentes, una vez cada dos años del plan.

Plan mejorado: proporciona estos beneficios una vez cada año del plan, además de mayores montos de cobertura para marcos y lentes de contacto.

Después de su inscripción inicial, recibirá por correo una tarjeta de identificación de EyeMed Vision Care. Para encontrar un proveedor en línea dentro de su área, visite www.eyemedvisioncare.com. Visite el proveedor de la red EyeMed de su elección y presente su tarjeta de identificación de la vista. Su beneficio de la vista se calculará de forma automática.

Sin embargo, si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento del servicio y, luego, presentar una solicitud de reembolso. Los formularios de reclamación están disponibles en www.eyemedvisioncare.com.

Tipo de servicio	Plan básico		Plan mejorado	
	Costo dentro de la red	Reembolso fuera de la red	Costo dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen oftalmológico				
<i>Lentes ópticos</i>	Copago de \$10	Hasta \$40	Copago de \$0	Hasta \$40
<i>Adaptación y control de lentes de contacto estándar</i>	Hasta \$40	Sin cobertura	Hasta \$40	Sin cobertura
<i>Adaptación y control de lentes de contacto premium</i>	10% de descuento sobre el precio minorista	Sin cobertura	10% de descuento sobre el precio minorista	Sin cobertura
Lentes oftálmicos de plástico estándar				
<i>Monofocales</i>	Copago de \$10	Hasta \$30	Copago de \$0	Hasta \$30
<i>Bifocales</i>	Copago de \$10	Hasta \$50	Copago de \$0	Hasta \$50
<i>Trifocales</i>	Copago de \$10	Hasta \$70	Copago de \$0	Hasta \$70
<i>Progresivos estándar</i>	Copago de \$75	Hasta \$50	Copago de \$65	Hasta \$50
Opciones de lentes (agregar al precio de la lente antes mencionado)				
<i>Revestimiento antirreflejo estándar</i>	\$45	Sin cobertura	\$45	Sin cobertura
<i>Policarbonato estándar</i>	\$40		\$40	
<i>Otros complementos y servicios</i>	20% de descuento sobre el precio minorista		20% de descuento sobre el precio minorista	
Marcos	Copago de \$0, más el 20% de descuento sobre el saldo por encima de la bonificación de \$105	Hasta \$53	Copago de \$0, más el 20% de descuento sobre el saldo por encima de la bonificación de \$160	Hasta \$80
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)				
<i>Convencionales</i>	Copago de \$0, más el 15% de descuento sobre el saldo por encima de la bonificación de \$105	Hasta \$60	Copago de \$0, más el 15% de descuento sobre el saldo por encima de la bonificación de \$160	Hasta \$80
<i>Desechables</i>	Copago de \$0, más el saldo sobre la bonificación de \$105	Hasta \$60	Copago de \$0, más el saldo sobre la bonificación de \$160	Hasta \$80
<i>Medicamentos necesarios</i>	Copago de \$0, cobertura completa	Hasta \$300	Copago de \$0, cobertura completa	Hasta \$300
Frecuencia	Una vez cada dos años de cobertura		Una vez cada un año de cobertura	

Beneficios de seguro dental



Puede elegir entre dos planes dentales, que están administrados por **Delta Dental of Illinois**. Buenas noticias: no habrá cambios en sus contribuciones para el plan dental.

Plan básico: cubre servicios dentales básicos para usted y su familia, como atención preventiva, empastes y cirugía oral.

Plan mejorado: cubre una amplia variedad de servicios dentales para usted y su familia, como atención preventiva, empastes, dentaduras postizas y cirugía oral. Además, este plan cubre coronas, puentes, implantes y ortodoncia, y proporciona un máximo anual más alto que el Plan básico.

Si su dentista participa en el plan, recibirá los servicios con tarifas reducidas de forma automática. Confirme si su dentista participa o busque uno nuevo en www.deltadentalil.com o llamando al **1-800-323-1743**.

Por lo general, ahorrará más si elige un dentista de la red PPO. Estos han acordado tarifas reducidas que, por lo general, son más bajas que las tarifas de los dentistas Premier. Además, el límite anual es mayor cuando recurre a dentistas de la red PPO.

Servicio dental cubierto	Plan básico		Plan mejorado	
	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier® o proveedor fuera de la red	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier® o proveedor fuera de la red
Deducible anual (individual/familiar)	\$50 / \$100		\$50 / \$100	
Máximo anual	\$1,200 por persona	\$1,000 por persona	\$1,700 por persona	\$1,500 por persona
Atención preventiva y diagnóstica <i>Exámenes y limpiezas (dos por año de beneficios), radiografías, tratamientos con flúor (hasta los 19 años), selladores (hasta los 16 años)</i>	100% de cobertura (no se aplica el deducible)		100% de cobertura (no se aplica el deducible)	
Servicios básicos <i>Endodoncia, empastes, extracciones, cirugía oral, periodoncia, antibióticos inyectables, reparación y recementación de puentes, coronas, incrustaciones (inlays), recubrimientos (onlays) y dentaduras postizas</i>	20% después del deducible		20% después del deducible	
Servicios de restauración mayor <i>Coronas, incrustaciones (inlays), recubrimientos (onlays), dentaduras postizas, puentes, implantes</i>	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	
Ortodoncia (hasta los 19 años)	No incluido		50% después del deducible	
Máximo de por vida para ortodoncia	No incluido		\$1,000 por persona	

Nuestro programa de seguro de vida ofrece protección para su familia en caso de su muerte o lesión grave. **John Crane proporciona cobertura básica de vida para todos los empleados elegibles cuyo monto equivale al total de un salario elegible.**

Seguro de vida básico/AD&D	
Monto de cobertura	1 vez el salario base anual, que no exceda los \$600,000
Reducción por edad	Ninguno

**El beneficio terminará al momento de la jubilación.*

Los beneficios del seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D) se pagan a usted o a su beneficiario, además de los beneficios de su seguro de vida. En caso de muerte por accidente, o si sufre una pérdida cubierta, puede ser elegible para recibir los beneficios del seguro AD&D. Es posible que se requiera una evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI).

Además, puede adquirir un seguro de vida voluntario para usted, su cónyuge/pareja de hecho o sus hijos. También puede adquirir un seguro voluntario de AD&D para usted o su cónyuge/pareja de hecho. Los siguientes niveles de seguro de vida están disponibles:

Seguro voluntario de vida y AD&D			
	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
Monto de cobertura	Hasta 5 veces el salario anual, que no exceda los \$1.5 millones	\$10,000, \$25,000 o \$50,000	\$3,000, \$5,000 o \$10,000*
Monto de emisión garantizada	Lo que sea menor entre 3 veces el salario o \$1.5 millones	\$50,000	\$10,000

**Estos montos son únicamente para el seguro de vida. No hay seguro AD&D para niños.*

- **Nuevos empleados:** puede elegir una cobertura para usted o su cónyuge/pareja de hecho hasta el monto de la Emisión de Garantía sin necesidad de presentar una EOI. Cualquier monto por encima de la Emisión de Garantía requiere una EOI satisfactoria para Prudential.
- **Empleados actuales:** este año, cualquier aumento en la cobertura o inscripción tardía requerirá una EOI.

Puede proporcionar beneficios para sus hijos dependientes menores de 26 años o hijos dependientes de hasta cualquier edad que tengan una discapacidad elegible y dependan de usted para su manutención. Si su cónyuge/pareja de hecho es empleado de John Crane, no puede elegir la opción de vida de cónyuge/pareja de hecho.

¿Qué es la evidencia de asegurabilidad?

La evidencia de asegurabilidad (EOI) es documentación que usted proporciona a **Prudential**, nuestro proveedor de seguro de vida, a fin de demostrar que goza de buena salud en el momento en que adquiere determinados montos de seguro de vida opcional.

Si realiza una elección que requiere EOI, se le pedirá que complete su formulario de EOI de manera electrónica en el Centro de Beneficios de Smiths Group. Si se requiere una EOI, su seguro no estará vigente hasta que Prudential apruebe la EOI por escrito.

¿Ha designado a sus beneficiarios?

Su beneficiario es la persona que recibirá su beneficio en caso de su muerte. Si va a elegir su cobertura por primera vez o desea actualizar su(s) beneficiario(s), visite www.SmithsGroupBenefitsCenter.com o comuníquese con el Centro de Beneficios de Smiths Group. Usted figura automáticamente como beneficiario en la cobertura de su cónyuge e hijos.

Ingreso imputado

El ingreso imputado es el valor de algunos beneficios de seguros de vida que están sujetos a impuestos. El IRS permite que las empresas proporcionen hasta \$50,000 en seguro de vida a sus empleados libres de impuestos. John Crane proporciona cobertura básica de vida para todos los empleados elegibles cuyo monto equivale al total de un salario elegible. Si una vez su salario elegible supera los \$50,000, el IRS considera el costo de proporcionar este monto adicional de seguro un ingreso imponible, y lo denomina "ingreso imputado".

Discapacidad a corto plazo



El seguro de discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) puede ayudarlo a usted y a su familia en caso de que quede temporalmente discapacitado. **Prudential** proporciona esta cobertura a empleados que trabajan, al menos, 30 horas por semana. John Crane paga el costo total de su cobertura.

Discapacidad a corto plazo	
Reemplazo de ingresos	Semanas 1 a 13: 100% de los ingresos semanales Semanas 14 a 16: 50% de los ingresos semanales*
Período de eliminación de accidentes	0 días, comienza a partir del día 1
Período de eliminación de enfermedades	0 días, comienza a partir del día 1
Duración del beneficio	Hasta 16 semanas en total durante el año del plan

*Durante este período de tres semanas, puede optar por complementar su beneficio semanal hasta el 100% de los ingresos semanales por medio de tiempo libre remunerado por el empleador, licencia por enfermedad o vacaciones.

Seguro voluntario de discapacidad a largo plazo



Cuando un accidente o enfermedad le impide trabajar durante un tiempo prolongado, es importante tener una fuente continua de ingresos. John Crane le ofrece cobertura por discapacidad a largo plazo, asegurada por **Prudential** y diseñada para reemplazar una parte de sus ingresos si no puede trabajar. Usted paga las primas, pero los beneficios no están sujetos a impuestos.

- El plan comienza a pagar beneficios después de que usted queda discapacitado¹ más allá del período de eliminación de cuatro meses (se aplica limitación por afección preexistente).
- Opción 1: elija recibir un beneficio mensual equivalente al 50% (hasta un máximo de \$15,000 por mes).
- Opción 2: elija recibir un beneficio mensual equivalente al 60% (hasta un máximo de \$18,500 por mes) de su salario base.
- Es posible que se requiera la presentación de una evidencia de asegurabilidad (EOI) si la elección o el aumento se realiza después de los 30 días posteriores a la fecha de contratación.
- Algunos de los beneficios por discapacidad que recibe, como el seguro social y la compensación para trabajadores, compensarán su beneficio mensual.

Seguro voluntario de discapacidad a largo plazo	Opción 1	Opción 2
Reemplazo de ingresos	50% de los ingresos mensuales	60% de los ingresos mensuales
Beneficio máximo	\$15,000/mes	\$18,500/mes
Período de eliminación de accidentes	Cuatro meses	Cuatro meses
Período de eliminación de enfermedades		
Limitaciones por afección preexistente (nuevos empleados)	Si recibe tratamiento por una afección preexistente dentro de los tres meses antes de la fecha de entrada en vigencia, esa misma discapacidad no estará cubierta hasta 12 meses después de dicha fecha.	Si recibe tratamiento por una afección preexistente dentro de los tres meses antes de la fecha de entrada en vigencia, esa misma discapacidad no estará cubierta hasta 12 meses después de dicha fecha.
Duración del beneficio	Edad normal de jubilación del Seguro Social	Edad normal de jubilación del Seguro Social

¹ Como se define en la descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD), a la que se puede acceder en www.SmithsGroupBenefitsCenter.com.

Programa de Asistencia al Empleado



El programa de asistencia al empleado de **Bree Health** ofrece una amplia variedad de servicios diseñados para apoyar su bienestar y su salud mental. Acceda de forma sencilla a asesoramiento profesional, orientación experta y servicios esenciales para la vida siempre que los necesite. Todo el contacto es estrictamente confidencial.

- **Servicios de asesoramiento y orientación:** acompañamiento certificado para el crecimiento personal y profesional
- **Recursos legales y financieros:** consultas gratuitas y asesoramiento de expertos
- **Asistencia en salud:** orientación personalizada para navegar el sistema de atención médica, encontrar proveedores y gestionar seguros
- **Recursos de bienestar individualizados:** orientación personalizada diseñada según sus necesidades de bienestar
- **Conserjería virtual:** asistencia con viajes, comidas, cuidado infantil y más
- **Biblioteca de videos Bree:** videos de relajación, meditaciones y herramientas educativas
- **Descuentos exclusivos:** ahorros especiales en entretenimiento, compras y viajes
- **Apoyo para cuidadores y familias:** servicios de apoyo para equilibrar el trabajo y el cuidado infantil o de adultos mayores
- **Acceso 24/7:** acceso a la línea gratuita **1-800-327-2255** y al soporte en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Obtenga 8 sesiones gratuitas de orientación virtual/presencial por cada problema al año + ayuda ilimitada en línea en:

<https://login.breehealth.com> o descargue la aplicación

ID de la empresa: 11026

¡Descargue
la aplicación
Bree Health!



John Crane ofrece varios planes voluntarios que proporcionan un nivel extra de seguridad económica y tranquilidad. Puede elegir cobertura médica complementaria, seguro para mascotas o seguro legal.

Seguro de indemnización hospitalaria grupal*

El seguro de indemnización hospitalaria a través de **Aflac** ayuda con los gastos de bolsillo (deducible, coseguro, etc.) asociados con una estadía cubierta en el hospital, debido a un accidente o una enfermedad cubiertos. Incluye beneficios por admisión hospitalaria, confinamiento y cuidados intensivos.

Seguro grupal contra enfermedades graves*

El seguro contra enfermedades graves a través de **Aflac** proporciona una suma global en efectivo (a menos que se indique lo contrario) en caso de una enfermedad específica, como el cáncer, o un acontecimiento específico, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. Esta cobertura puede ayudar a pagar la atención, lo que le permite concentrarse en su salud y recuperación. Los beneficios incluyen cobertura de emisión garantizada, lo que significa que puede calificar para la cobertura sin tener que responder preguntas de salud.

Seguro grupal contra accidentes*

El seguro contra accidentes a través de **Aflac** proporciona un pago en efectivo en caso de una lesión que requiera servicios médicos (como fisioterapia, radiografías, tomografías computarizadas y más). Esta cobertura le ayuda a administrar los gastos de bolsillo que podrían surgir después de un accidente cubierto.

Para obtener más información sobre la cobertura médica complementaria, comuníquese con Aflac al **1-800-433-3036** o inicie sesión en <https://aflacrollment.com/JohnCrane/558413452343>. Nuestro número de grupo es AGC0004451408.

Seguro para mascotas

Nuestras mascotas son una parte importante de nuestra familia. El seguro para mascotas ayuda a cubrir los costos de la atención veterinaria para sus perros y gatos, incluidas las visitas de rutina, las enfermedades, los medicamentos y más. La cobertura se puede elegir y pagar directamente con **MetLife**.

Para obtener más información sobre el seguro para mascotas, comuníquese con MetLife al **1-800-GET-MET8** o visite www.metlife.com/getpetquote.

Seguro legal

Obtenga apoyo con asuntos legales personales, incluidos bienes raíces y viviendas, demandas civiles, planificación patrimonial y asuntos familiares, a través de una amplia red de abogados con experiencia. La cobertura se puede elegir durante la inscripción abierta, y se paga mediante deducciones de nómina.

Una vez inscrito, cree una cuenta en members.legalplans.com para ver sus coberturas y seleccionar un abogado para su asunto legal. También puede comunicarse con **MetLife** al **1-800-821-6400** para obtener ayuda.

**Esta es solo una descripción breve del producto. Los planes tienen limitaciones y exclusiones que afectan los beneficios pagaderos. Consulte los planes para conocer todos los detalles. El seguro contra enfermedades graves, accidentes e indemnización hospitalaria está suscrito por Continental American Insurance Company (CAIC), una empresa que forma parte de la familia de aseguradoras Aflac. CAIC es una subsidiaria de propiedad total de Aflac Incorporated y suscribe cobertura grupal. CAIC no está autorizada para solicitar negocios en Nueva York, Guam, Puerto Rico ni en las Islas Vírgenes.*

Inscripción o cambios en la elección de beneficios durante el año

Los nuevos empleados tienen 30 días para hacer sus elecciones, ya sea en línea, en www.SmithsGroupBenefitsCenter.com, o comunicándose con el Centro de Beneficios de Smiths Group al **1-866-330-6555**.

Después del período inicial de 30 días para nuevos empleados, estos solo podrán cambiar sus elecciones de beneficios durante el período de inscripción abierta de cada año, o dentro de los 30 días posteriores a un acontecimiento de vida calificado. Un acontecimiento de vida calificado, como el matrimonio, la separación legal, el divorcio o el nacimiento o la adopción de un hijo, permite a los empleados realizar determinados cambios en los beneficios (que sean consistentes con su acontecimiento de vida) antes del próximo período de inscripción abierta. Para reportar un acontecimiento de vida, visite el Centro de Beneficios de Smiths Group en línea, en www.SmithsGroupBenefitsCenter.com, o llame al **1-866-330-6555** en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produjo dicho acontecimiento de vida.

Contactos de beneficios

Contacto	Teléfono	Sitio web	N.º de grupo/ plan
Centro de Beneficios de Smiths Group	1-866-330-6555	www.SmithsGroupBenefitsCenter.com	N/C
Beneficios voluntarios de Aflac	1-800-433-3036	https://aflacrollment.com/JohnCrane/558413452343	AGC0004451408
BCBS of IL (médico)	1-877-485-3037	www.bcbsil.com	HDHP: PN2784 PPO: 429174
BCBS of IL: Well onTarget (programa para dejar de fumar)	1-877-806-9380	www.wellontarget.com	N/C
BenefitsAssist (HSA/FSA)	1-865-769-2800	www.benefitsassist.net	N/C
Bree Health (Programa de Asistencia al Empleado)	1-800-327-2255	login.breehealth.com	11026
Delta Dental of IL	1-800-323-1743	www.deltadentalil.com	20550
EyeMed (visión)	1-866-723-0514	www.eyemedvisioncare.com	9681719
Jubilación de Fidelity: 401(k)	1-800-835-5095	www.401k.com	35637
MetLife (seguro para mascotas)	1-800-GET-MET8	www.metlife.com/getpetquote	268923
MetLife (seguro legal)	1-800-GET-MET8	www.legalplans.com	268923
Prime Therapeutics: venta de medicamentos recetados por correo (Express Scripts)	1-833-715-0942	www.myprime.com	HDHP: PN2784 PPO: 429174
Prime Therapeutics: medicamentos de especialidad recetados (Accredo)	1-833-721-1619	www.myprime.com	HDHP: PN2784 PPO: 429174
Prudential (discapacidad)	1-800-842-1718	www.prudential.com	72632
Prudential (seguro de vida)	1-800-842-1718	www.prudential.com	72632
Centro de Servicios SGP (jubilación)	1-844-674-8339	eeppoint.wtwco.us/ess/smiths	N/C
TextCare	224-464-4020	N/C	N/C

John Crane ofrece el Plan de Ahorro de Incentivos de Smiths Group (el “Plan” o “Plan 401(k)”) a través de nuestro administrador, **Fidelity**, como una forma conveniente y con impuestos diferidos a fin de ahorrar para la jubilación.

¿Cuándo puedo inscribirme en el plan?

No hay período de espera. Inicie sesión en www.401k.com o llame al **1-800-835-5095** para inscribirse en cualquier momento.

¿Cuánto puedo contribuir?

Mediante deducción automática por nómina, puede contribuir entre el 1% y el 40% de su salario elegible antes de impuestos, hasta los límites anuales en dólares del IRS. También puede contribuir entre el 1% y el 10% de su salario después de impuestos.

Su contribución total no puede superar el 50% de su salario elegible. Puede iniciar sesión en Fidelity NetBenefits® a través de www.401k.com o llamar a la Línea de beneficios de jubilación de Fidelity al **1-800-835-5095** para solicitar la modificación del monto de su contribución en cualquier momento.

¿Cuáles son las ventajas fiscales?

Sus contribuciones antes de impuestos se deducen de su salario antes de deducir los impuestos sobre la renta. Esto significa que, en realidad, puede reducir el monto de impuestos sobre la renta que paga en cada período de pago. No paga impuestos sobre las ganancias hasta que las retira de su cuenta.

¿Qué es el calendario de adquisición de derechos?

La adquisición de derechos es un término que se utiliza para describir la parte del saldo de su cuenta a la que tiene derecho según las reglas del Plan. Siempre será titular del 100% de sus contribuciones al Plan, así como de todas las ganancias generadas por ellas.

- Las contribuciones de la empresa y sus ganancias asociadas para empleados activos de John Crane a partir del 15 de febrero de 2022 se consolidan en un 50% después de un año de servicio y en un 100% después de dos años de servicio.
- Si tiene menos de un año de servicio, todas las contribuciones de la empresa y sus ganancias asociadas se perderán al finalizar la relación laboral. De lo contrario, si tiene más de uno, pero menos de dos años de servicio, se perderá el 50%.

¿Cuándo entra en vigencia mi inscripción?

Su inscripción entra en vigencia una vez que elige un porcentaje de aplazamiento. Por lo general, las deducciones comienzan en el siguiente período de pago o tan pronto como sea administrativamente posible.

¿La empresa realiza aportes equivalentes?

A menos que forme parte de un acuerdo anterior, la empresa igualará el 50% de los primeros 6% de sus contribuciones básicas antes de impuestos y Roth. Usted recibe la contribución equivalente de la empresa en cada período de pago sobre las contribuciones básicas antes de impuestos (únicamente del 1% al 6%). Usted NO recibe una contribución equivalente de la empresa en contribuciones suplementarias antes de impuestos.

¿Puedo realizar una contribución adicional de recuperación al plan de Smiths Group?

Si tiene 50 años o más, puede hacer una contribución adicional de recuperación en cada período de pago. Tenga en cuenta que debe realizar una elección por separado para aprovechar la contribución de recuperación. Para ello, inicie sesión en www.401k.com o llame al **1-800-835-5095**. Puede elegir un porcentaje de contribución del 1% al 35%. Esta comenzará dentro de uno o dos períodos de pago posteriores a su elección. El sistema de nómina detendrá automáticamente sus contribuciones de recuperación cuando alcance el máximo permitido.

¿Cuáles son mis opciones de inversión?

Tiene la flexibilidad de seleccionar entre más de dos docenas de opciones de inversión que varían desde estrategias más conservadoras hasta otras más arriesgadas.

Si no elige una opción de inversión para las contribuciones, su cuenta se invertirá en el Fondo de Fecha Objetivo con la fecha de jubilación más cercana al año en que podría jubilarse, según su edad actual y asumiendo una jubilación normal a los 65 años.

Para obtener más información sobre sus opciones y los Fondos de Fecha Objetivo, inicie sesión en www.401k.com o comuníquese con Fidelity al **1-800-835-5095**.

¿Puedo nombrar un beneficiario?

Un beneficiario puede ser una persona, un fideicomiso, un patrimonio o una organización que usted asigne para recibir sus beneficios después de su muerte. Por ejemplo, si asigna a su cónyuge como beneficiario principal de su plan de jubilación, la persona tendrá derecho a recibir dinero u otros beneficios de ese plan, incluso después de su muerte. Nombrar y asignar beneficiarios es un proceso sencillo y es importante para garantizar que sus beneficios lleguen a los beneficiarios elegidos de manera oportuna en caso de su fallecimiento. Si desea nombrar a un beneficiario que no sea su cónyuge, este deberá firmar un formulario de consentimiento conyugal. Comuníquese con Fidelity al **1-800-835-5095** para obtener una copia de este formulario.

¿Puedo transferir dinero de otro plan de jubilación al plan de Smiths Group?

Se permite transferir contribuciones elegibles antes de impuestos desde otro plan 401(a) calificado (por ejemplo, 401(k)), 403(b), plan de jubilación 457(b) gubernamental o contribuciones antes de impuestos elegibles de una cuenta personal de ahorro jubilatorio (Individual Retirement Account, IRA) de traspaso. También puede transferir las contribuciones después de impuestos (no ROTH) desde otro plan 401(a) calificado (por ejemplo, 401(k)). Llame al **1-800-835-5095** para obtener más detalles.

Gracias por revisar nuestra Guía de beneficios de EE. UU. Nuestro equipo de beneficios trabaja de manera ardua para introducir nuevas ofertas, proteger nuestras tarifas actuales y proporcionar planes médicos, dentales y oftalmológicos inclusivos, además de beneficios voluntarios para nuestros empleados.

Le deseamos a usted y a sus seres queridos un año seguro y saludable.

- Equipo de Beneficios de EE. UU.



Avisos anuales

RESUMEN DE COBERTURA DE BENEFICIOS La Ley de Protección del Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) exigen que los planes de salud y los emisores de seguros de salud proporcionen un resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) a los solicitantes y afiliados. El proveedor de servicios médicos proporciona el SBC. Su propósito es ayudar a los consumidores del plan de salud a comprender la cobertura que tienen y hacer comparaciones sencillas de diferentes opciones cuando contratan una nueva cobertura. Esta información está disponible cuando solicita cobertura, el primer día de cobertura (si hay algún cambio), cuando sus dependientes se inscriben fuera de su período de inscripción abierta anual, en el momento de la renovación del plan y al solicitarlo sin costo alguno para usted.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR AVISOS ELECTRÓNICOS

Si participo en la inscripción abierta y proporciono una dirección de correo electrónico, entiendo y doy mi consentimiento para lo siguiente:

1. Los siguientes documentos o avisos me sean proporcionados electrónicamente: **Resumen de las descripciones de los planes; resúmenes de modificaciones sustanciales; informes anuales resumidos; notificaciones de COBRA; resumen de beneficios y cobertura; aviso de opciones de cobertura del mercado de seguros médicos; y otros avisos de beneficios requeridos por ERISA o modelo.**
2. Puedo dar aviso de la revisión de mi dirección de correo electrónico o revocar mi consentimiento en cualquier momento sin costo alguno enviando un correo electrónico o llamando al Departamento de Recursos Humanos/Finanzas.
3. Tengo derecho a solicitar y obtener una copia impresa de cualquier documento enviado de manera electrónica sin costo alguno, comunicándome con el Departamento de Recursos Humanos/Finanzas.
4. Para poder acceder a la información proporcionada de manera electrónica, debo tener una computadora con acceso a Internet; una cuenta de correo electrónico que me permita enviar y recibir correos electrónicos; y Microsoft Word o Adobe Acrobat Reader.

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y CHIP Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP) y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que lo ayude a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, y usted vive en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para primas.

Si actualmente usted o sus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la Oficina de CHIP o Medicaid en su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo inscribirse. Si usted califica, pregunte en su estado si tiene un programa que lo pueda ayudar a pagar la prima de un plan proporcionado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda de Medicaid o CHIP, y también es elegible según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle que se inscriba en el plan ofrecido por su empleador si no está inscrito todavía. A esto se le llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **debe pedir la cobertura dentro de 60 días desde que se determina que es elegible para el programa de asistencia para primas.** Si tiene

preguntas sobre la inscripción en el plan de su empresa, contacte al Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA** (3272).

Para saber si otros estados han incorporado el programa de asistencia para primas desde el **31 de enero de 2026**, o si desea más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Alabama	855-692-5447
Alaska	866-251-4861
Arkansas	855-692-7447
California	916-445-8322
Colorado	800-221-3943
Florida	877-357-3268
Georgia	678-564-1162
Indiana	800-403-0864
Iowa	888-346-9562
Kansas	800-792-4884
Kentucky	855-459-6328
Luisiana	888-342-6207
Maine	800-442-6003
Massachusetts	800-862-4840
Minnesota	800-657-3672
Misuri	573-751-2005
Montana	800-694-3084
Nebraska	855-632-7633
Nevada	800-992-0900
Nuevo Hampshire	603-271-5218
Nueva Jersey	800-356-1561
Nueva York	800-541-2831
Carolina del Norte	919-855-4100
Dakota del Norte	844-854-4825
Oklahoma	888-365-3742
Oregón	800-699-9075
Pensilvania	800-692-7462
Rhode Island	855-697-4347
Carolina del Sur	888-549-0820
Dakota del Sur	888-828-0059
Texas	800-440-0493
Utah	888-222-2542
Vermont	800-250-8427
Virginia	800-432-5924
Washington	800-562-3022
Virginia Occidental	855-699-8447
Wisconsin	800-362-3002
Wyoming	800-251-1269

Declaración conforme a la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que esa recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA y muestre un número de control de la OMB válido en ese momento, y que el público no está obligado a responder a una

recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido en ese momento. Consulte el Artículo 3507 del Título 44 del U. S. C. Además, sin afectar a cualquier otra disposición legal, no se podrá sancionar a nadie por no cumplir con una recopilación de información si esa recopilación no muestra un número de control de la OMB válido en ese momento. Consulte el Artículo 3512 del Título 44 del U. S. C.

Se estima que la carga administrativa que supone la recopilación de esta información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, la Oficina de Política e Investigación, a la atención del responsable de Aprobación conforme a la Ley de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov, indicando el número de control OMB 1210-0137.

Para ver una lista de los sitios web de los estados, visite: <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebbsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf>

Para los estados que no aparecen en la lista:

877-543-7669

www.insurekidsnow.gov

Número de control de OMB 1210-0137

Vence el 2/28/2026

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Su plan de seguro médico podrá exigir la designación de un proveedor de atención primaria (PCP). Tiene derecho a designar a cualquier PCP que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, el plan de seguro médico podrá designar uno por usted. Si desea más información sobre cómo elegir un PCP y obtener una lista de los proveedores participantes, póngase en contacto con su aseguradora.

Si debe seleccionar un PCP para sus hijos, puede designar a un pediatra como tal.

No es necesario que obtenga autorización previa de su aseguradora o cualquier otra persona (incluso un PCP) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de la atención médica en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. No obstante, es probable que se solicite al profesional de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, entre los que se encuentra obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con su aseguradora.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Introducción. La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 se promulgó el 27 de diciembre de 2020 y contiene muchas disposiciones para ayudar a proteger a los consumidores de las facturas sorpresa, incluida la Ley Sin Sorpresas en el título I y la Transparencia en el título II.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa. Cuando recibe atención de urgencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido frente a la facturación sorpresa o de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)? Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención sanitaria, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Puede tener otros gastos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

Por “fuera de la red” se entiende los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. A esto se le llama “facturación de saldo”. Es probable que esta cantidad sea

mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos por lo siguiente:

Servicio de emergencia. Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir una vez estabilizado, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a la protección de que no se le facturen estos servicios posteriores a la estabilización.

Algunos servicios prestados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red. Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente del cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del gasto (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red).

Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

- Por lo general, su plan de salud debe hacer lo siguiente:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contabilizar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

Si cree que se le ha facturado indebidamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para ponerse en contacto con la entidad responsable de hacer cumplir las leyes federales de protección contra saldos o facturas sorpresa, llamando al 1-800-985-3059.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre los derechos que le otorga la ley federal.

HIPAA: LEGISLACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD El Plan de Salud y su(s) proveedor(es) de atención médica están obligados a proteger la información médica confidencial que lo identifique o que pueda ser utilizada para identificarlo en lo que respecta a una afección física o mental, o al pago de sus gastos de atención médica. Si elige una nueva cobertura, usted y sus beneficiarios serán notificados de las políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de su información médica.

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER La Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer (Women’s Health and Cancer Rights Act, WHCRA) incluye

protección para personas que optan por una reconstrucción de sus senos en conexión con una mastectomía. La WHCRA indica que los planes de salud grupales deben proporcionar cobertura para beneficios médicos y quirúrgicos en relación con las mastectomías. También tienen que cubrir ciertos beneficios después de una mastectomía, lo que incluye cirugía reconstructiva y tratamiento de complicaciones (como linfedema). La cobertura para servicios relacionados con la mastectomía o beneficios necesarios según la WHCRA están sujetos al mismo deducible y coseguro o copago que se aplica a otros beneficios médicos o quirúrgicos de sus proveedores de contratos grupales.

LEY DE IMPARCIALIDAD SOBRE INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA) DE 2008

La Ley de Imparcialidad sobre Información Genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar o requerir ninguna información genética de usted o de sus familiares.

La Ley de Imparcialidad sobre Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o requerir información genética de una persona o de un familiar de esta, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley. Para cumplir esta ley, le pedimos que no facilite ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. “La información genética”, tal y como la define la GINA, “incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar, el hecho de que una persona o un familiar de una persona haya solicitado o recibido servicios genéticos y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar de una persona o de un embrión mantenido legalmente por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida”.

SECCIÓN 111 DEL 1 DE ENERO DE 2009 Se exige que los Planes de Salud Grupales (Group Health Plans, GHP) cumplan con el Informe Obligatorio de Pagador Secundario de Medicare Federal de la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007. Esto requiere que los empleadores reporten información específica sobre las coberturas de GHP (lo que incluye números de seguro social) para que los CMS determinen responsabilidad de pagos primarios contra secundarios. Básicamente, ayuda determinar qué plan paga primero, el plan del Empleador o Medicare/Medicaid/SCHIP para aquellos empleados cubiertos por un plan del gobierno y un plan patrocinado por el empleador.

LEY DE PROTECCIÓN PARA LA SALUD DE LOS RECIÉN

NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996 La Ley de Protección para la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 dispone que los planes de salud grupales y los distribuidores de seguro de salud generalmente no pueden, según la ley federal, limitar beneficios por cualquier tiempo de hospitalización relacionado con el parto, a la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas tras un parto natural, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, por lo general, que el médico tratante de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, si corresponde). Un proveedor que atiende se define como una persona con una licenciatura según la ley aplicable del estado para proveer cuidado materno o pediátrico y que es directamente responsable de proveer dicho cuidado a la madre o recién nacido. La definición de médico tratante no incluye un plan, hospital, organización de cuidados administrados u otro emisor. En cualquier caso, los planes no pueden, según la ley federal, exigir a un proveedor que obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas). Contáctenos si desea obtener más información sobre la Ley de Protección para la Salud de los Recién Nacidos y las Madres o la WHCRA.

LEY DE MICHELLE Esta ley, que modifica la Ley de Seguridad de Ingresos de los Empleados Jubilados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act, PHSA) y el Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code, IRC), garantiza que los estudiantes dependientes que se toman una licencia por motivos médicos no pierdan la cobertura del seguro médico. La Ley de Michelle permite que los estudiantes universitarios gravemente enfermos, que sean

dependientes cubiertos por el plan de salud, mantengan la cobertura hasta por un año mientras toman licencias por necesidad médica. Esta licencia debe ser indicada por un médico como una necesidad médica, y el cambio de inscripción debe comenzar mientras el dependiente está sufriendo una enfermedad o lesión grave y debe provocar que el dependiente pierda su estado de estudiante. Según la ley, un hijo dependiente tiene derecho al mismo nivel de beneficios durante su licencia por necesidad médica como el que tenía antes de tomarla. Si se hace algún cambio en el plan de salud durante la licencia, el dependiente sigue siendo elegible para el cambio de cobertura de la misma manera que si el cambio de cobertura fuera la cobertura previa, siempre que el cambio de cobertura siga estando disponible para otros hijos dependientes según este plan.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) se promulgó el 13 de octubre de 1994. La USERRA aclara y refuerza la Ley de Derechos de Reempleo de los Veteranos (Veterans' Reemployment Rights, VRR). La propia Ley se encuentra en el Código de Estados Unidos en el Capítulo 43, Parte III, Título 38. El Departamento de Trabajo ha emitido un reglamento que aclara su posición sobre los derechos a la licencia familiar y médica de los miembros del servicio que regresan, en virtud de la USERRA. Consulte 20 CFR Parte 1002.210. La USERRA tiene por objeto minimizar las desventajas que sufre una persona cuando necesita ausentarse de su empleo civil para servir en los servicios uniformados de este país. La USERRA introduce importantes mejoras en la protección de los derechos y beneficios de los miembros del servicio, aclarando la ley y mejorando los mecanismos de aplicación. También proporciona a los empleados asistencia del Departamento de Trabajo en la tramitación de las reclamaciones. La USERRA cubre prácticamente a todas las personas del país que sirven o han servido en los servicios uniformados y se aplica a todos los empleadores de los sectores público y privado, incluidos los empleadores federales. La ley pretende garantizar que quienes sirven a su país puedan conservar su empleo civil y sus beneficios, y que puedan buscar empleo sin ser discriminados por su servicio. La USERRA ofrece protección a los veteranos discapacitados y exige a los empresarios que hagan esfuerzos razonables para adaptarse a la discapacidad. La USERRA es administrada por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, a través del Servicio de Empleo y Formación de Veteranos (Veterans' Employment and Training Service, VETS). El VETS ofrece asistencia a las personas que tienen problemas relacionados con el servicio en su empleo civil y proporciona información sobre la Ley a los empleadores. VETS también ayuda a los veteranos que tienen preguntas sobre la preferencia de los veteranos.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL Este aviso se proporciona para garantizar que comprende su derecho a solicitar una cobertura de seguro de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de seguro médico en este momento.

Pérdida de otra cobertura Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a fin de obtener cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si luego pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Matrimonio, nacimiento o adopción Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación en adopción.

Medicaid o CHIP Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o si son elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid

o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia premium.

Departamento de Recursos Humanos de John Crane
6400 Oakton St
Morton Grove, IL 60053-2725
1-866-330-6555

HITECH (DE WWW.CDC.GOV) La Ley de Reinversión y Recuperación de EE. UU. (American Reinvestment & Recovery Act, ARRA) se promulgó el 17 de febrero de 2009. La ARRA incluye muchas medidas para modernizar la infraestructura de nuestra nación, una de las cuales es la "Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH)". La Ley HITECH apoya el concepto de uso significativo (meaningful use, MU) de las historias clínicas electrónicas (electronic health records, EHR), un esfuerzo dirigido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnologías de la Salud (Office of the National Coordinator for Health IT, ONC). HITECH propone el uso significativo de registros de salud electrónicos interoperables en todo el sistema de prestación de atención médica de los Estados Unidos como un objetivo nacional fundamental. El uso significativo se define por el uso de la tecnología certificada EHR de manera significativa (por ejemplo, la prescripción electrónica); garantizando que la tecnología certificada EHR esté conectada de una manera que permita el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; y que al utilizar la tecnología certificada EHR, el proveedor debe enviar al Secretario de Salud y Servicios Humanos (Health & Human Services, HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

RESCISIONES La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de la cobertura del plan de salud, excepto por fraude o tergiversación intencional de un hecho material. La rescisión de la cobertura del plan de salud de una persona significa que trataríamos a esa persona como si nunca hubiera tenido la cobertura. La prohibición de rescisión se aplica a los planes de salud grupales, incluidos los planes de derechos adquiridos, vigentes para los años del plan que comiencen a partir del 23 de septiembre de 2010.

Los reglamentos establecen que una rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o cancelaciones retroactivas de la cobertura, excepto en la medida en que la terminación o cancelación se deba a la falta de pago oportuno de las primas. Las rescisiones están prohibidas, salvo en caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material. Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las contribuciones requeridas, entonces la cobertura del empleado no se puede rescindir si luego se descubre que el empleado se inscribió por error y no fue elegible para participar. Si se cometió un error y no hubo fraude o tergiversación intencional de un hecho material, entonces la cobertura del empleado puede cancelarse de forma prospectiva pero no retroactiva.

En caso de que se cancele la cobertura de un miembro, se le debe proporcionar un aviso por escrito de la rescisión con 30 días de antelación. La notificación también debe incluir los derechos de apelación del miembro según lo exige la ley y según lo dispuesto en los documentos de beneficios del plan del miembro.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN (MHPAEA) La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) generalmente se aplica a los planes de salud grupales y a los emisores de seguros médicos que brindan cobertura tanto para los beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias como para los beneficios médicos/quirúrgicos. La MHPAEA protege con respecto a la paridad en la cobertura de los beneficios de salud mental y trastorno de consumo de sustancias y los beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados por los planes de salud grupales basados en el empleo. La Ley MHPA de 1996 exigió la paridad con respecto a los límites de dólares agregados anuales y de por vida para los beneficios de salud mental. La MHPAEA amplía esas disposiciones para incluir los beneficios de trastorno de consumo de sustancias. Por lo tanto, en virtud de la MHPAEA, los planes y emisores de salud grupales no pueden imponer un límite de dólares anuales y de por vida sobre los beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias que sea inferior al

límite de dólares anual o de por vida impuesto en los beneficios médicos o quirúrgicos. La MHPAEA también exige que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los límites de consultas), aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias, generalmente no sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos. Los reglamentos de la MHPAEA también exigen que los planes y los emisores aseguren la paridad con respecto a las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los estándares de gestión médica).

ATENCIÓN PREVENTIVA Los planes de salud brindarán cobertura dentro de la red por el primer dólar, sin costo compartido, para los servicios preventivos y las inmunizaciones, según lo determinado en las normas de la reforma de la atención médica. Estos incluyen, entre otros, exámenes de detección de cáncer, consultas de bebé sano y vacunas contra la influenza. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

"Nosotros" a lo largo de este aviso indica la información en poder de la aseguradora o, en el caso de planes autofinanciados, del administrador externo (TPA).

Departamento de Recursos Humanos de John Crane
6400 Oakton St
Morton Grove, IL 60053-2725
1-866-330-6555

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En el presente aviso, se describe cómo se podrá usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo atentamente.

Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones.
- Solicitar una comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia del presente aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información mientras hacemos lo siguiente:

- Respondemos preguntas sobre la cobertura de parte de su familia y amigos.
- Proporcionamos ayuda en caso de catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podremos usar y compartir su información para lo siguiente:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad.
- Investigar
- Cumplir la ley
- Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otros organismos gubernamentales.
- Responder demandas y acciones legales.

Información sobre el tratamiento de SUD: Si recibimos o conservamos cualquier información sobre usted proveniente de un

programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias cubierto por la normativa 42 CFR Parte 2 (un "Programa Parte 2"), a través de un consentimiento general que usted otorgue a dicho programa para usar y divulgar el registro del Programa Parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos usar y divulgar su registro del Programa Parte 2 para esos fines, tal como se describe en este Aviso. Si recibimos o conservamos su registro del Programa Parte 2 mediante el consentimiento específico que usted nos haya otorgado a nosotros o a un tercero, utilizaremos y divulgaremos ese registro únicamente según lo permita expresamente su consentimiento.

- En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su registro del Programa Parte 2, ni testimonios que describan la información contenida en ese registro, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos ante cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, salvo que lo autorice su consentimiento o una orden judicial, previa notificación de dicha orden.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitarnos ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones, así como de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podremos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos los registros de salud y las reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podremos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una explicación por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar una comunicación confidencial

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que **no** usemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectara su atención médica.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos gratis una contabilidad al año, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia del presente aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Elegir a alguien que actúe en su nombre.

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su beneficio antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos comunicándose con su administrador del plan.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos cómo hacer lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de su cuidado.
- Compartir información en una situación de ayuda ante catástrofes.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing.
- Venta de su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le otorgaremos cobertura ni el precio de dicha cobertura. Esto no aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administrar su plan

Podremos divulgar su información médica a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa celebra un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud, y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>.

Ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones como las siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar en el retiro de productos.
- Informar sobre reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Investigar

Podemos usar o compartir su información para la investigación médica.

Cumplir la ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desea ver que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando fallece una persona.

Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otros organismos gubernamentales

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud o en nuestra oficina.

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CONFORME COBRA

Introducción. Usted recibe este aviso porque ha obtenido recientemente la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica en términos generales la continuación de cobertura de COBRA, cuándo podrá estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger el derecho a recibirla. Si es elegible para COBRA, también podrá ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA fue establecido por una ley federal, la Ley General de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). La continuación de cobertura de COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia en caso de que la cobertura de salud grupal finalice. Para obtener información

adicional acerca de sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el resumen del Plan, la descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, podrá ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, podrá calificar para obtener costos más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de bolsillo. Además, podrá calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA? Es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura termina debido a un acontecimiento de vida. También se conoce como un “acontecimiento que califica”. Más adelante en este aviso, se enumeran los acontecimientos que califican. Después de un acontecimiento que califica, se debe ofrecer continuación de cobertura de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido a un acontecimiento que califica. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a que ocurrió alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- Se reducen sus horas de empleo.
- Finaliza su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- fallece su cónyuge;
- se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- finaliza el empleo de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave;
- su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- fallece el empleado que es su padre o madre;
- se reducen las horas de empleo del empleado que es su padre o madre;
- finaliza el empleo del empleado que es su padre o madre por cualquier motivo que no sea una falta grave;
- el empleado que es su padre o madre tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- se divorcian o separan legalmente sus padres;
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

En ocasiones, declararse en bancarrota conforme el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un acontecimiento que califica. Si se solicita un procedimiento de bancarrota con respecto a su empresa y esta bancarrota da lugar a la pérdida de cobertura de los empleados jubilados cubiertos por el Plan, el empleado jubilado será un beneficiario calificado. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge superviviente y los hijos dependientes también serán beneficiarios calificados si la bancarrota da lugar a la pérdida de su cobertura del Plan.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA? El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de haber notificado al Administrador del Plan que ocurrió un acontecimiento que califica. El empleador debe informar al Administrador del Plan sobre los siguientes acontecimientos que califican:

- el término del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- fallecimiento del empleado;
- inicio de un procedimiento de bancarrota con respecto al empleador;

- el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

En el caso de otros acontecimientos que califican (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente) usted debe notificar por escrito al administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un acontecimiento que califica. Debe proporcionar este aviso a la parte correspondiente.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA? Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que sucedió un acontecimiento que califica, se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

Esta es una continuación temporal de la cobertura, que generalmente dura 18 meses, debido al término del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Algunos acontecimientos que califican, o un segundo acontecimiento que califica, podrán permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Hay dos maneras de extender el período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Si la administración del seguro social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica por escrito al administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir una continuación de cobertura de COBRA por 11 meses adicionales hasta alcanzar un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar, como mínimo, hasta el término del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

Extensión por segundo acontecimiento que califica del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Si ocurre otro acontecimiento que califica en su familia mientras recibe los 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir un máximo de 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, durante un máximo de 36 meses, si se proporciona aviso de la manera debida al Plan sobre el segundo acontecimiento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben continuación de cobertura de COBRA si fallece el empleado o ex empleado, tiene derecho a recibir los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo acontecimiento que califica hubiera hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer acontecimiento que califica.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura de COBRA? Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura 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 (Children's Health Insurance Program, CHIP) (<https://www.healthcare.gov/are-my-children-eligible-for-chip>), u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA cuando termine la cobertura de mi plan de salud grupal? En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez, porque todavía está trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare tiene un período especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha más temprana entre

- el mes siguiente al término de su empleo;
- el mes siguiente al término de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la continuación de la cobertura COBRA, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que dicha cobertura finalice, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse por tener derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos 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> or <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

Si tiene alguna pregunta. Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección del Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana a su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado al Plan sobre sus cambios de domicilio. A fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en los domicilios de sus familiares. También debe conservar una copia, para su archivo, de todo aviso que le envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Departamento de Recursos Humanos de John Crane
6400 Oakton St
Morton Grove, IL 60053-2725
1-866-330-6555



Aviso importante de nuestra empresa sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta y Medicare

Lea este aviso con atención y manténgalo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos de venta con receta en nuestra empresa y sobre sus opciones de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede conseguir ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta.

Hay dos aspectos importantes que debe conocer sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos quienes tengan Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de medicamentos de venta con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos de venta con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura fijado por Medicare. Algunos planes podrían también ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Nuestra empresa ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta ofrecida por los planes médicos debería pagar, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa), si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por razones no atribuibles a usted, también será elegible para un período especial de inscripción (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de empleado no se verá afectada. Puede conservar esta cobertura si elige la Parte D, y el plan médico se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si decide unirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con nuestra empresa y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (una multa) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si está 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, su prima mensual podría aumentar en al menos un 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes para cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos un 19% más alta que la prima básica de los beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Más información sobre sus opciones de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta en el manual “Medicare y usted”. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar su cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en el sitio web www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Recuerde lo siguiente: Conserve este aviso de Cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, podrán exigirle que entregue una copia de este aviso cuando deba probar si ha conservado o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si le exigen o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha	Actualizado el 03/2026
Nombre de la entidad	Smiths Group Service Corp conocida como John Crane Inc
Contacto	Departamento de Recursos Humanos de John Crane
Dirección	6400 Oakton St Morton Grove, IL 60053-2725
Teléfono	1-866-330-6555