



## Beneficios a los empleados: 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

La siguiente información se ofrece sólo como un resumen. Si hay una discrepancia entre esta información y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan. Todos los beneficios descritos se basan en un estado de tiempo completo de 30 horas por semana. Los empleados serán elegibles para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días de contratación. Todas las deducciones se calculan quincenalmente. Para obtener más información, comuníquese con nuestro asesor de beneficios, The CIP Group, al (617) 354-0866, opción 2.



## Seguro de Salud

### Beneficios dentro de la red

Kids & Company ofrece tres opciones de planes médicos a través de United Health Care. Los empleados pueden elegir Choice Plus 3000, Choice Plus 1500 o Choice Plus H.S.A. 3200 planes médicos. Revise el SBC (Resumen de beneficios y cobertura) para obtener más detalles del plan.

Tipo de Servicio	Choice Plus 3000	Choice Plus 1500	Choice Plus H.S.A. 3500
Deducible Individual	\$3,000	\$1,500	\$3,500
Deducible Familiar	\$6,000	\$3,000	\$7,000
Servicios preventivos	\$0	\$0	\$0
Visitas médicas al consultorio	Doctor Primario: \$30 Especialista: Tier 1: \$30, Tier 2: \$60	Doctor Primario: \$20 Especialista: Tier 1: \$20, Tier 2: \$40	Doctor Primario/Especialista: 20% después del deducible
Radiografía/Laboratorio	Radiografía: \$35 Laboratorio: \$35	X-Ray: \$35 Labs: \$35	X-Ray & Labs: 20% después del deducible
Radiología de alta tecnología	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 10%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Examen de la vista de rutina	\$0	\$0	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Emergencia	Copago de \$250, luego coseguro del 20%	Copago de \$250, luego coseguro del 10%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Cirugía ambulatoria	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 10%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Hospitalización	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 10%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Salud Mental	\$30	\$20	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Medicamentos	\$10/\$40/\$75/\$125	\$10/\$40/\$75/\$125	El deducible se aplica primero, luego: \$10/\$35/\$60
Desembolso máximo	Ind: \$6,000/Fam: \$12,000	Ind: \$3,000/Fam: \$6,000	Ind: \$6,500/Fam: \$13,000
<b>Nivel del Plan      Deducciones de nómina quincenales</b>			
<b>Individuo</b> (Solo empleado(a))	\$138.21	\$167.25	\$76.20
<b>Individuo + Cónyuge</b>	\$247.39	\$299.38	\$136.41
<b>Individuo + Niño(s)</b>	\$257.76	\$311.92	\$142.13
<b>Familia</b>	\$366.96	\$444.06	\$202.34

Ind = Solo empleado(a)

Fam = Familia, Individuo + Cónyuge Individuo + Niño(s)

## Beneficios fuera de la red

Los beneficios están disponibles fuera de la red de United Health Care. Se aplican cosegueros y deducibles adicionales. Consulte el Resumen de beneficios para obtener más información..

Tipo de Servicio	Choice Plus 3000	Choice Plus 1500	Choice Plus H.S.A. 3500
Deducible Individual	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Deducible Familiar	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Servicios preventivos	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Visitas médicas al consultorio	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Radiografía/Laboratorio	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Radiología de alta tecnología	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Examen de la vista de rutina	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Emergencia	Copago de \$250, luego coseguro del 20%	Copago de \$250, luego coseguro del 10%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20%
Cirugía ambulatoria	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Hospitalización	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Salud Mental	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 30%	Sujeto al deducible, luego coseguro del 40%
Medicamentos	\$10/\$40/\$75/\$125	\$10/\$40/\$75/\$125	El deducible se aplica primero, luego: \$10/\$35/\$60
Desembolso máximo	Ind: \$10,000/Fam: \$20,000	Ind: \$10,000/Fam: \$20,000	Ind: \$10,000/Fam: \$20,000

Ind = Solo empleado(a)

Fam = Familia, Individuo + Cónyuge Individuo + Niño(s)

Tipo de Servicio	Lo que cubre el plan	
	En la Red	Fuera de la Red
<b>Tipo I: Preventivo</b>	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas de rutina , Exámenes orales</li> <li>• Radiografías, Selladores</li> <li>• Mantenedores de espacio</li> </ul>		
<b>Tipo II: Básico</b>	80% después del deducible*	80% después del deducible*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurativo Básico</li> <li>• Restauraciones compuestas a base de resina</li> <li>• Extracciones no quirúrgicas</li> <li>• Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta</li> <li>• Tratamiento de Conducto Radicular (Root Canal)</li> <li>• Endodoncia y Periodoncia</li> </ul>		
<b>Tipo III: Mayor</b>	50% después del deducible*	50% después del deducible*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coronas, Puentes, Dentaduras</li> </ul>		
<b>SERVICIOS DE ORTODONCIA</b> – Disponibles para niños hasta 19 años	50% Hasta un beneficio de por vida de \$1,500	50% Hasta un beneficio de por vida de \$1,500
<b>Beneficio Máximo del Plan</b>	\$1,500 por person por Año Calendario	
<b>*Aplica Deducible</b>	Individuo: \$50 Familiar: \$150	
<b>Nivel del Plan</b>	<b>Deducciones de nómina quincenales</b>	
<b>Individuo</b>	\$17.76	
<b>Individuo + Cónyuge</b>	\$35.92	
<b>Individuo + Niño(s)</b>	\$43.16	
<b>Familia</b>	\$66.03	

Tipo de Servicio	En la Red
<b>Servicios de cuidado de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con dilatación según sea necesario</li> <li>Prueba y evaluación de lentes de contacto</li> </ul>	\$10 \$40
<b>Marcos:</b> Cualquier marco disponible en la ubicación del proveedor	Subsidio \$100
<b>Lentes Estándar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Singular</li> <li>Bifocal</li> <li>Trifocal</li> <li>Lenticular</li> <li>Progresivos Nivel I</li> <li>Progresivos Nivel II</li> <li>Progresivos Nivel III</li> <li>Progresivos Nivel IV</li> <li>Progresivos Nivel V</li> </ul>	Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$55 Copago de \$100 Copago de \$150 Copago de \$200 Copago de \$250
<b>Lentes de contacto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Electivo</li> </ul>	Subsidio \$100
<b>Frecuencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exam</li> <li>Lentes or lentes de contacto</li> <li>Marcos</li> </ul>	Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses Una vez cada 24 meses
<b>Nivel del Plan</b>	<b>Deducciones de nómina quincenales</b>
Individuo	\$2.58
Individuo + Cónyuge	\$4.90
Individuo + Niño(s)	\$5.16
Familia	\$7.58

Seguro de vida voluntario y AD&D	
Beneficio de Seguro de Vida para Empleados	Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 Se requiere evidencia de asegurabilidad para cantidades sobre \$50,000
Beneficio de Seguro de Vida para Cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta \$100,000 No exceder el 50% de la cantidad de seguro de vida voluntaria del empleado Evidence of Se requiere evidencia de asegurabilidad para cantidades sobre \$25,000
Beneficio de Seguro de Vida para Niño(a)	Edad 15 días – 6 meses: \$100 Edad 6 meses – 26 años: Incrementos de \$1,000 hasta \$10,000
Reducción de edad del beneficio	65% a los 70 años, 45% a los 75 años
Incapacidad voluntaria a corto plazo	
Beneficio	\$100-\$1000 en incrementos de \$50 que no excedan el 60% de los ingresos semanales básicos
Duración	13 semanas o hasta que comience LTD, lo que ocurra primero
Período de Espera para Beneficios <i>Cuando Comienzan los Beneficios</i>	1er día por accidente y 8vo día por enfermedad
Incapacidad voluntaria a largo plazo	
Beneficio	60% salario hasta \$6,000 por mes
Período de Espera para Beneficios <i>Cuando Comienzan los Beneficios</i>	90 Días
Período Máximo a Pagar	5 años reduciendo la duración del beneficio
Deducciones de nómina quincenales – Tarifas en ADP	
Voluntary Life	100% Pagado por el Empleado
Voluntary STD	100% Pagado por el Empleado
Voluntary LTD	100% Pagado por el Empleado



## Seguro de Indemnización voluntaria por enfermedad crítica, accidente e hospitalización

Enfermedad Crítica	
Beneficio (Consulte los documentos del plan para obtener más detalles)	Empleado: \$20,000 Cónyuge: \$20,000 Niño(s): \$10,000
Accidente	
Beneficio (Consulte los documentos del plan para obtener más detalles)	\$20-\$15,000
Indemnización hospitalaria	
Beneficio (Consulte los documentos del plan para obtener más detalles)	\$50-\$1,000

### AVISO IMPORTANTE SOBRE PRIMA DE SEGURO:

Al elegir inscribirse en los beneficios, usted comprende que sus contribuciones a la cobertura médica, dental y de la vista del grupo se tomarán antes de impuestos. También comprende que está tomando una decisión vinculante con respecto a sus beneficios y autorizando deducciones de nómina. En caso de que Kids & Company no pueda deducir estos montos, es su obligación pagarlos a Kids & Company en forma de cheque antes del primer día del mes siguiente a las deducciones no realizadas. Usted comprende que un saldo pendiente puede dar lugar a la rescisión del seguro hasta la última fecha de pago.