



Resumen de beneficios para 2025

Contribuciones quincenales

Plan de salud de Simplot para 2025

	Cobertura médica		Cobertura dental	Cobertura de la vista
Empleado solamente	Con descuento ¹	\$15.50	\$5.25	\$2.85
	Estándar	\$46.50		
Empleado + cónyuge	Con descuento ¹	\$103.25	\$16.25	\$8.10
	Estándar	\$166.50		
Empleado + hijo(s)	Con descuento ¹	\$71.00	\$16.25	\$8.10
	Estándar	\$102.00		
Empleado + cónyuge + hijo(s)	Con descuento ¹	\$160.00	\$27.25	\$14.35
	Estándar	\$222.00		

¹ Los empleados y sus dependientes que cumplan los criterios de no consumir tabaco o productos de vapeo recibirán el descuento. Si no le es posible cumplir los criterios de no consumir tabaco o productos de vapeo, puede comunicarse con el Centro de servicios de beneficios de Simplot al **800-254-3252** y trabajaremos con usted (y su médico, si lo desea) para encontrar una oportunidad de obtener el mismo descuento por otros medios.

Resumen de la cobertura médica

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS: BLUE CROSS OF IDAHO

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	Individual	\$1,800	\$3,300
	Familiar	\$3,400	\$6,400
Coseguro (después del deducible)	Usted paga	20%	40%
	Simplot paga	80%	60%
Atención médica preventiva	Usted paga	0%	40% ¹
	Simplot paga	100%	60% ¹
Máximo de desembolso personal ²	Individual	\$4,300	\$8,300
	Familiar	\$8,400 ³	\$16,400

¹ La atención médica preventiva que reciba de un proveedor fuera de la red está sujeta a deducible y coseguro.

² Los servicios dentro de la red no se aplican hacia el máximo de desembolso personal fuera de la red. Pero si utiliza un proveedor fuera de la red, contará hacia el máximo de desembolso personal dentro de la red.

³ Cuando el monto de desembolso personal dentro de la red para una persona alcance \$6,850, los servicios cubiertos adicionales para esa persona se pagan al 100 por ciento.

Explore. Involúcrese. **Inscríbase.**

Cobertura médica: Su parte del costo por la atención médica

LO QUE USTED PAGA
(se aplica un coseguro después del deducible)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Dentro de la red	Fuera de la red
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	• Visita a su médico de cabecera para tratar una lesión o enfermedad • Visita a un especialista • Visita al consultorio de otro médico (las visitas para terapias alternativas, como atención quiropráctica, acupuntura y masaje terapéutico, están limitadas a un total combinado de 30 visitas por participante por año)	20%	40%
Si recibe servicios de atención médica preventiva Se aplican límites según la edad, el sexo y la frecuencia	• Visita de control para bebés y niños • Colonoscopia • Mamografía • Examen de control anual	\$0	40% ¹
Si se realiza una prueba	• Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) • Imágenes: tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética (MRI)	20%	40%
Si se somete a una cirugía ambulatoria	• Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) • Tarifa del médico/cirujano	20%	40%
Si necesita atención médica inmediata	• Visita a sala de emergencias (ER) • Servicio de ambulancia terrestre • Visita a urgencias	20%	40% ²
Si se le hospitaliza	• Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación en el hospital); se requiere autorización previa, excepto para atención de emergencia y maternidad • Tarifa del médico/cirujano	20%	40%
Si recibe servicios de salud mental, salud conductual o uso de sustancias nocivas	• Servicios de salud mental/conductual, ambulatorios y hospitalarios (los servicios hospitalarios requieren autorización previa) • Servicios por uso de sustancias nocivas, ambulatorios y hospitalarios (los servicios hospitalarios requieren autorización previa)	20%	40%
Si está embarazada	• Atención prenatal y postnatal • Parto y todos los servicios de hospitalización	20%	40%
Si necesita ayuda durante una recuperación o si tiene otras necesidades especiales en materia de salud	• Atención médica domiciliaria (se aplica un límite de 100 días por año) • Servicios de rehabilitación • Centro de enfermería especializada (se aplica un límite de 120 días por año) • Equipo médico duradero • Servicios paliativos	20%	40%

¹ Después del deducible.

² Si padece una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o establecimiento fuera de la red, los servicios estarán cubiertos de la misma manera que dentro de la red.

Medicamentos recetados

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS: BLUE CROSS OF IDAHO RX

		Dentro de la red	Fuera de la red
Preventivos Anticonceptivos, medicamentos para dejar de fumar, medicamentos para afecciones crónicas (incluida la insulina y medicamentos para la presión arterial alta o el colesterol alto) y otros según lo estipule la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio	Usted paga	\$0	Sin cobertura
	Simplot paga	100%	
Nivel 1 Genéricos y Nivel 2 De marca preferida Formulario	Usted paga	20% después del deducible	
	Simplot paga	El resto	
Nivel 3 De marca no preferida	Usted paga	30% después del deducible	
	Simplot paga	El resto	

Cuenta HSA de HealthEquity

Si está inscrito en el Programa de cobertura médica de Simplot, podría ser elegible para abrir una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) de HealthEquity. Usted decide cuánto desea contribuir a su cuenta HSA, hasta los límites del IRS, y Simplot también contribuirá hasta \$750 (individual) o \$950 (familiar) como se indica a continuación.

	Requisitos
\$300 de contribución de Simplot	Se deposita en enero o cuando se abre la cuenta .
\$250 de contribución paralela	Simplot igualará sus contribuciones dólar por dólar, hasta un máximo de \$250 al año. Para recibir la contribución paralela, es necesario que usted realice contribuciones.
\$200 de contribución de bienestar del empleado	Cuando complete la prueba Sharecare RealAge y tenga una visita de chequeo preventivo elegible a más tardar el 31 de octubre de 2025 .
\$200 de contribución de bienestar del cónyuge	Cuando su cónyuge inscrito complete la prueba Sharecare RealAge y tenga una visita de chequeo preventivo elegible a más tardar el 31 de octubre de 2025 .

La información sobre la Cuenta de ahorros para la salud (HSA) de HealthEquity es solo para fines educativos. Aunque Simplot podría contribuir a la cuenta HSA de HealthEquity en nombre de sus empleados, la cuenta HSA de HealthEquity no está patrocinada por Simplot ni forma parte del Plan colectivo de salud y bienestar de J.R. Simplot Company, y Simplot no es responsable de la administración de la cuenta HSA de HealthEquity. Toda pregunta sobre la administración de la cuenta HSA de HealthEquity debe dirigirse a HealthEquity al **877-629-8234**.

Límites de las contribuciones a la cuenta HSA

	Límite del IRS	Contribuciones máximas de la empresa, paralelas y de bienestar de Simplot	Monto máximo que puede contribuir en 2025
Individual	\$4,300	\$750	\$3,550 (\$4,550 si tiene 55 años o más)
Familiar	\$8,550	\$950	\$7,600 (\$8,600 si tiene 55 años o más)

El IRS limita el monto que podría contribuirse a una cuenta HSA cada año. Esto incluye el dinero que Simplot contribuye en su nombre. **Como resultado, el monto máximo que puede contribuir para 2025 es \$3,550 individual y \$7,600 familiar (más \$1,000 si tiene 55 años o más).** Los límites anuales podrían prorratearse si no es elegible durante todo el año calendario.

Cobertura dental

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS: BLUE CROSS OF IDAHO

Deducible	Servicios dentales preventivos cubiertos y servicios de ortodoncia	\$0
	Procedimientos básicos y mayores individuales (combinados) cada año calendario	\$50
Máximo	Individual por todos los servicios (excluyendo ortodoncia) cada año calendario	\$2,000
	Máximo de por vida individual por ortodoncia	\$2,000
Servicios que podría necesitar	Lo que paga dentro de la red¹ (se aplica un coseguro después del deducible)	
Si visita a un dentista	Servicios dentales preventivos cubiertos (por ejemplo, exámenes bucales, limpiezas: dos por año calendario)	\$0
	Procedimientos básicos (por ejemplo, empastes, extracciones)	20%
	Procedimientos mayores y restaurativos (por ejemplo, puentes, incrustaciones, recubrimientos)	50%
Si su hijo dependiente visita a un ortodoncista	Atención de ortodoncia (se aplica un periodo de espera de cobertura de 12 meses consecutivos)	50%

¹ Los servicios fuera de la red están sujetos a una asignación máxima, que es el monto máximo en dólares que se paga por el costo de un servicio dental.

Cobertura de la vista

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS: VSP

	Dentro de la red¹	Fuera de la red¹
Examen de la vista	Se paga al 100%	\$50 de asignación
Lentes	\$10 de copago para todo tipo de lentes	ASIGNACIÓN: Monofocales \$30 Bifocales o progresivos \$50 Trifocales \$65
Asignación para monturas	\$150	\$70
Asignación para lentes de contacto	\$150	\$105

¹ Podrían aplicarse ciertas restricciones y otros descuentos. Consulte el documento del Programa de cobertura de la vista en simplotbenefits.com para conocer todos los detalles.

Obtenga más información

Este resumen de beneficios ofrece una breve descripción general de sus beneficios de Simplot. ¡Pero ofrecemos mucho más! Explórellos todos en simplotbenefits.com.

Este documento es un resumen y solo ofrece información general. El Plan colectivo de salud y bienestar de J.R. Simplot Company ("Plan") rige los programas de beneficios disponibles para los empleados de J.R. Simplot Company. Para recibir una copia del documento del Plan o la Descripción resumida del plan, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Simplot. En caso de conflicto entre el documento del Plan y este documento (o el documento del Plan y la Descripción resumida del plan), prevalecerán las condiciones del documento del Plan.