

2026

PROFUNDICE EN SUS BENEFICIOS



SUS



SUS BENEFICIOS
DE UN VISTAZO

 **Simplot.**

Contribuciones Semestrales

Contribuciones semestrales para 2026

2026 Simplot Health Plan

2026	Médico	Dental	Visión
Sólo empleado	Con descuento*	\$18.50	\$5.25
	Estándar	\$55.75	\$2.85
Empleado + Cónyuge	Con descuento*	\$123.25	\$16.25
	Estándar	\$199.00	\$8.10
Empleado + Hijo(s)	Con descuento*	\$84.75	\$16.25
	Estándar	\$122.00	\$8.10
Empleado + Cónyuge + Hijo(s)	Con descuento*	\$191.25	\$27.25
	Estándar	\$265.25	\$14.35

*El descuento en la cotización está disponible para todos los empleados. Los empleados y las personas adultas a su cargo que cumplan los criterios de no consumo de tabaco o productos para vapear recibirán el descuento. Si no puede cumplir los criterios de no consumo de tabaco o de

productos para vapear, puede ponerse en contacto con el Centro de Servicio de Prestaciones de Simplot llamando al 800-254-3252, y trabajaremos con usted (y con su médico, si lo desea) para encontrar una oportunidad de obtener el mismo descuento por otros medios.

Panorama médico

Administrador de reclamaciones: Blue Cross of Idaho

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deductible	Individual	\$1,800	\$3,300
	Familiar	\$3,400	\$6
Coseguro (después de la franquicia)	Usted Paga	20%	40%
	Simplot Paga	80%	60%
Atención preventiva	Usted Paga	0%	40% ¹
	Simplot Paga	100%	60% ¹
De su bolsillo Máximo ²	Individual	\$4,300	\$8,300
	Familiar	\$8,400 ³	400

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

² Los servicios dentro de la red no se aplican al desembolso máximo fuera de la red. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.

³ Una vez que los gastos de bolsillo dentro de la red de una persona alcanzan los 6.850 \$, los servicios cubiertos adicionales para esa persona se pagan al 100%.

Gastos médicos: su parte del coste

Lo que usted paga (se aplica el coseguro después de la franquicia)

Evento médico común	Servicios Es posible que necesite	Dentro de la red	Fuera de la red
Si visita la consulta de un proveedor de atención sanitaria o una clínica	<ul style="list-style-type: none"> Primary care visit to treat an injury or Atención primaria visita para tratar una lesión o enfermedad Visita de un especialista Visitas a la consulta de otro profesional (visitas para terapia alternativa como quiropráctica atención, acupuntura y masajes terapéuticos están limitadas a un total combinado de 30 visitas por participante y año) 	20%	40%
Si usted recibe servicios preventivos Edad, sexo & se aplican límites de frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> Visita de niño sano/bebé Colonoscopia Mamografía Examen anual de bienestar 	\$0	40%
Si usted tiene una prueba	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico prueba (radiografía, análisis de sangre) Diagnóstico por imagen (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) 	20%	40%
Si usted se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios del centro (por ejemplo.g., centro de cirugía ambulatoria) Honorarios del médico/cirujano 	20%	40%
Si usted necesita atención médica inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Sala de urgencias visita Terrestre ambulancia servicios Atención urgente visita 	20%	40% ¹
Si usted tiene una hospitalización estancia	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital); se requiere autorización previa excepto para urgencias y maternidad Honorarios del médico/cirujano 	20%	40%
Si recibe atención de salud mental, salud mental, salud del comportamiento o consumo de sustancias servicios servicios	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorios de salud mental/del comportamiento y hospitalización (se requiere autorización previa para hospitalización) Consumo de sustancias servicios ambulatorios y hospitalización (se requiere autorización previa para hospitalización) 	20%	40%

¹ Si padece una urgencia médica y recibe servicios de urgencia de un proveedor o centro fuera de la red, los servicios tendrán la misma cobertura que dentro de la red.

Medicamentos con receta

Administrador de reclamaciones: Blue Cross of Idaho

	Dentro de la red	Fuera de la red
Preventivos Anticonceptivos, medicamentos para dejar de fumar, medicamentos para afecciones crónicas (incluidos insulina y medicamentos para la hipertensión o el colesterol alto) y otros según lo exija la Ley de Asistencia Asequible.	Paga \$0	
	Simplot Paga 100%	
Nivel 1 Genéricos y Nivel 2 Marca preferida	Usted Paga 20% después de deducible	Sin cobertura
	Simplot Paga Resto	
Nivel 3 Marca no preferida	Usted Paga 30% después de deducible	
	Simplot Paga Usted	

Límites de contribución a la HSA

Si está inscrito en el Programa Médico de Simplot, puede optar a abrir una Cuenta de Ahorros Sanitarios HealthEquity (HSA). Usted elige cuánto quiere aportar a su HSA, hasta los límites establecidos por el IRS, y Simplot también aportará hasta \$950, como se indica a continuación.

IRS Límites	Aportaciones máximas de la empresa, de contrapartida, y de bienestar de Simplot	Importe máximo que puede aportar en 2026
Individual	\$4,400	\$950 \$3,450 (\$4.450 edad 55 o mayor)
Familiar	\$8,750	\$950 \$7,800 (\$8.800 edad 55 o mayor)

El IRS limita la cantidad que se puede aportar cada año a una HSA. Esto incluye el dinero que Simplot aporta en su nombre. **Como resultado, la cantidad máxima que usted puede aportar para 2026 es \$3,450 por individuo y \$7,800 por familia (más \$1,000 si tiene al menos 55 años).** Los límites anuales pueden prorratearse si no cumple los requisitos durante todo el año natural.

HealthEquity HSA

Si está inscrito en el Programa Médico de Simplot, puede optar a abrir una Cuenta de Ahorros Sanitarios HealthEquity (HSA). Usted elige cuánto quiere aportar a su HSA, hasta los límites establecidos por el IRS, y Simplot también aportará hasta \$950, como se indica a continuación.

Requisitos

\$300 Simplot Aportación	Depositada en enero o al abrir la cuenta.
\$250 Aportación paralela Aportación	Simplot igualará sus aportaciones dólar a dólar, hasta un máximo de \$250 para el año. Debe contribuir para obtener la contribución.
\$400 Empleado Bienestar Contribución	Cuando complete el curso MySimplot Bienestar Incentivo y realice una visita de cuidados preventivos antes del 31 de Octubre de 2026.

La información relativa a la Cuenta de Ahorros Sanitarios HealthEquity (HSA) sólo tiene fines educativos. Aunque Simplot puede contribuir a la HSA HealthEquity en nombre de sus empleados, la HSA HealthEquity no está patrocinada por Simplot ni forma parte del Plan de Salud y Bienestar de Grupo de J.R. Simplot Company, y Simplot no es responsable de la administración de la HSA HealthEquity. Las preguntas relativas a la administración de la HSA HealthEquity deben dirigirse a HealthEquity en 877-629-8234.



Dental

Administrador de reclamaciones: Blue Cross of Idaho

Deductible	Preventivos dentales cubiertos servicios y servicios de ortodoncia	\$0
	Individual básicos y principales procedimientos (combinados) cada año natural	\$50
Máximo	Individual para todos los servicios (excluida la ortodoncia) cada año natural	\$2,000
	Individual ortodoncia máximo de por vida	\$2,000
Servicios Usted Puede Necesitar	Lo que Usted paga Dentro de la red* (se aplica el coseguro después del deductible)	
Si usted visita un dentista	Preventivos dentales cubiertos servicios (e.g., exámenes bucales, limpiezas - dos por año natural)	\$0
	Procedimiento básico (por ejemplo, empastes, extracciones)	20%
Servicios de ortodoncia	Procedimientos mayores y restaurativos (por ejemplo, puentes, inlays, onlays)	50%
	Atención ortodóncica (periodo de espera de 12 meses consecutivos de cobertura se aplica)	50%

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



Visión

Administrador de reclamaciones: VSP

	Dentro de la red*	Fuera de la red*
Oftalmología Examen	Pagado al 100%	Asignación de \$50
Lentes	\$10 copago para todos los tipos de lentes	Asignación: Visión sencilla \$30 Bifocales o Progresivas \$50 Trifocales \$65
Monturas Subsidio	\$150	\$70
Lentes de contacto Subsidio	\$150	\$105

* Pueden aplicarse ciertas restricciones y otros descuentos. Para más información, consulte el documento del programa Visión en simplotbenefits.com.



Simplot Benefits Service Center

employee.simplot.com

(Haga clic en la ficha

Empyrean Benefits Enrollment)

800-254-3252

Este resumen de prestaciones ofrece una breve descripción de sus prestaciones Simplot. Para más información, visite:

simplotbenefits.com.

Este documento es un resumen y sólo ofrece información general. El Plan de Salud y Bienestar de J.R. Simplot Company ("Plan") regula los programas de prestaciones disponibles para los empleados de J.R. Simplot Company. Si desea recibir una copia del documento del Plan o del Resumen de la Descripción del Plan, póngase en contacto 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 el Resumen de la Descripción del Plan), prevalecerán los términos del documento del Plan.

