

2025 - 2026

Guía de beneficios para empleados



THE **NEIGHBORHOOD** DINING GROUP

Vigentes de Octubre de 2025 hasta septiembre de 2026

Índice

Elegibilidad	3	Dental	12
Su cobertura	4	Vista	13
Inscripción	5	Seguro de vida y AD&D	14
Cómo funciona un plan médico	6	Discapacidad	15
Resumen de los médicos	7	Programa de asistencia al empleado (EAP)	16
Médico	8	Beneficios adicionales	17
Medicamentos con receta / Atención preventiva	9	Costo de la cobertura	18
Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)	10	Recursos e información de contacto	19
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)	11	Equipo de defensores de servicio al cliente (CSA) de Alera	20

Elegibilidad

¿Quién es elegible?

- Un empleado a tiempo completo activo que trabaja más de 30 horas a la semana

Sus dependientes son elegibles si son:

- Su cónyuge legal Sus hijos[†] hasta de 26 años y sus hijos discapacitados sin límite de edad (De conformidad con los documentos del plan y la ley estatal, consulte Recursos Humanos para obtener mas información)

[†] Incluye hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, o hijos colocados para adopción o hijos bajo su tutela

Cómo hacer cambios en los beneficios durante el año del plan

Las decisiones que tome sobre los beneficios durante su período de inscripción inicial estarán vigentes hasta el final del año del plan. Si tiene un “evento de vida que lo califique”, puede hacer cambios en ciertos beneficios si aplica para el cambio y envía documentación de respaldo a Recursos Humanos en un plazo de 30 días después del evento. La evidencia de los eventos de vida está sujeta a aprobación. Comuníquese con su empleador para la documentación específica que debe enviarse para un evento de vida que lo haga calificar durante el año de beneficios. Los cambios entran en vigor prospectivamente, a menos que el evento sea por nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Evento de vida que lo califica		
Cambio en el estado civil	Cambio en los dependientes	Cambio del empleo
• Matrimonio • Divorcio • Fallecimiento de su cónyuge	• Nacimiento, adopción o colocación para adopción de un hijo elegible (retroactivo a la fecha del evento) • Muerte de su dependiente cubierto • Obtención o pérdida de Medicare o Medicaid durante el año	• Cambio en el estado de su empleo o el de su cónyuge, que afecta la elegibilidad para los beneficios • La inscripción abierta de su cónyuge difiere de la suya • Reubicación, si el traslado afecta la elegibilidad para el plan

Su cobertura

¿Cuándo empieza la cobertura?

Los beneficios para los empleados nuevos, a menos que se explique lo contrario, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo.

Si usted no se inscribe durante su período de elegibilidad, puede inscribirse en el próximo período de inscripción abierta.

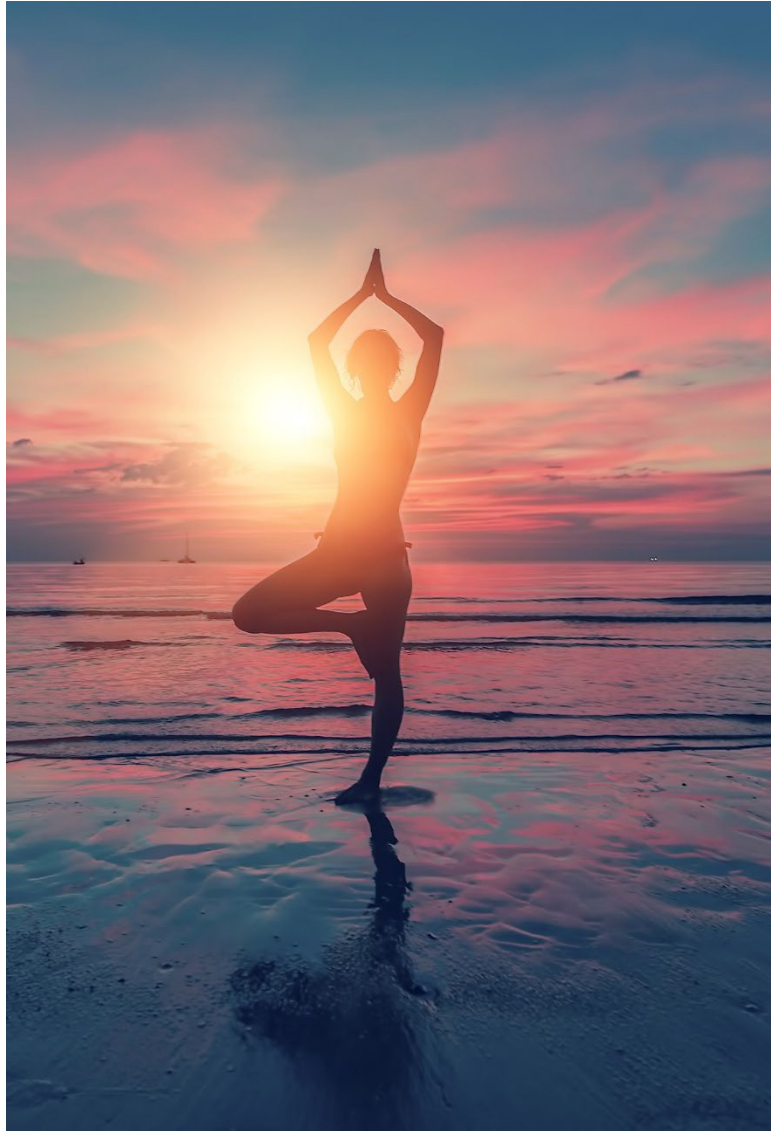
Terminación de la cobertura

Si usted o un dependiente cubierto ya no es elegible o si su empleo termina, sus beneficios terminarán.

Usted es responsable de informar a Recursos Humanos en un plazo de 30 días si alguno de sus dependientes se vuelve inelegible para los beneficios.

Los beneficios se pueden cancelar debido a:

- Inscripción abierta
- Terminación (voluntaria o involuntaria)
- Jubilación
- Evento de vida que lo califica



Una nota sobre la reforma de atención médica

Si elige adquirir la cobertura individual mediante el mercado, debe saber que debido a que el seguro médico de The Neighborhood Dining Group es elegible según ACA, es posible que no sea elegible para recibir un subsidio federal. Hay más información disponible en www.healthcare.gov.

Inscripción

¿Cuándo puedo inscribirme para los beneficios?

Puede inscribirse para recibir beneficios:

- En un plazo de 30 días de volverse elegible por primera vez para los beneficios
- Durante el período de inscripción abierta anual
- Durante el año del plan, si tiene un evento de vida que lo haga calificar

¿Cómo me inscribo?

Para inscribirse (o hacer cambios) en sus beneficios, inicie sesión en forum.employeenavigator.com.

Identificador de la compañía = **NeighborhoodDining**

Para la inscripción de un nuevo usuario, necesitará:

- Su nombre y apellido legal
- Los últimos 4 dígitos de su número de seguro social
- Fecha de nacimiento

Cree su nombre de usuario y su contraseña y guárdelos para referencia en el futuro.

Inscripción abierta anual

Esta es una oportunidad anual de revisar las elecciones de su plan de beneficios y hacer ajustes que cubran sus necesidades y las de su familia. Los cambios entrarán en vigor el 1 de octubre.





Escanear para ver
[Glosario de términos
médicos y de
cobertura médica](#)

Cómo funciona un plan médico

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida para el servicio. Por lo general, usted paga el coseguro más los deducibles que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el seguro médico o el plan para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su deducible, su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El seguro médico o el plan pagan el resto de la cantidad permitida).

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Deducible

Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible general. Un plan con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un plan también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).

Certificado de asegurabilidad (EOI)

El EOI es un proceso de solicitud a través del cual usted proporciona información sobre su estado de salud o el de su dependiente para ser considerado para ciertos tipos de cobertura de seguro. Es posible que se requiere el EOI para la elección de seguro de vida o de discapacidad.

Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de costos compartidos que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del plan para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de planes y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los límites de gastos de bolsillo establecidos para su plan.

Resumen de los médicos

Ofrecemos 3 de planes médicos mediante Cigna con las siguientes características:

- Los deducibles y los máximos de gastos de bolsillo se acumulan del 1 de octubre al 30 de septiembre.
- Incluye cobertura de medicamentos con receta
- Si se inscribe en el plan HDHP Medical , puede abrir y hacer aportaciones a una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) para ayudar a cubrir algunos de los costos de su plan médico (consulte la sección HSA para obtener más información)
- Consulte el Resumen de la descripción del plan (SPD), el Resumen de los beneficios y cobertura (SBC) y los contratos de la aseguradora para obtener más información relacionada con los niveles de beneficios específicos, exclusiones y limitaciones para todas las pólizas



Buscador de proveedores médicos

Para buscar proveedores médicos
dentro de la red:

Inicie sesión en

Acceda a la atención desde su casa
mediante los Servicios de telesalud.
Inicie sesión en

¡Descargue hoy la aplicación móvil!



Médico

Se muestran solo los beneficios Dentro de la red como un resumen de los beneficios del plan médico que le ofrecemos.

El *Buy-Up Copay Plan incluye una Cuenta de Reembolso de Salud que se explica en la página 10.

Para obtener más información y las limitaciones, consulte su resumen de los beneficios para los requisitos específicos relacionados con las autorizaciones previas, los límites de cobertura y los costos fuera de la re.

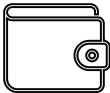
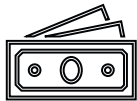
	Plan de cuenta de ahorro para la salud	Plan de copago base	Plan de copago de compra
Usted paga dentro de la red	Dentro de la red (Individual/Familiar)	Dentro de la red (Individual/Familiar)	Dentro de la red (Individual/Familiar)
Deducible	\$6,000 / \$12,000	\$8,000 / \$16,000	\$3,000 / \$6,000
Coseguro	0%	0%	0%
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,000 / \$12,000	\$8,000 / \$16,000	\$3,000 / \$6,000
Coseguro/Copagos			
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0
Atención primaria	deducible	\$45	\$40
Telemedicina	\$59	\$35	\$30
Atención de especialista	deducible	\$90	\$60
Atención de urgencia	deducible	\$90	\$60
Atención en la sala de emergencias	deducible	deducible	deducible
Operación de paciente ambulatorio	deducible	deducible	deducible
Hospitalización de pacientes	deducible	deducible	deducible
Recetas de medicamentos en farmacias (solo se muestra suministro para 30 días)			
Genéricos (nivel 1)	deducible	\$15	\$15
Marca preferida (nivel 2)	deducible	\$70	\$70
Marca no preferida (nivel 3)	deducible	\$120	\$120
Medicamento especial (nivel 4)	deducible	20% hasta \$500	20% hasta \$500

La única excepción al pago directo al proveedor son los copagos de médicos o recetas.

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)

Cuando se inscribe en el plan Buy-Up Copay, The Neighborhood Dining Group contribuirá a una HRA que puede utilizar para pagar los gastos de bolsillo elegibles restantes. Una vez que haya satisfecho la primera parte de su costo de bolsillo, la HRA pagará automáticamente la última parte de su bolsillo. El siguiente cuadro resume cómo funciona la HRA con su plan médico.

Su HRA será administrada por Cigna y financiada a través de su empleador.



Debe incurrir en los gastos elegibles a más tardar el 30 de septiembre de 2025 (fin del año del plan actual).

Los fondos sin usar NO se transfieren de un año al otro.

Solo los gastos dentro de la red son elegibles para reembolso según esta HRA.

¿Cómo se hacen las aportaciones a la HRA?

No necesitará presentar reclamos o usar una tarjeta de débito. Los reclamos se presentan automáticamente al Cigna y se pagan directamente a sus proveedores. La única excepción al pago directo al proveedor son las recetas. Debe pagar de su bolsillo y la HRA le reembolsará automáticamente una vez que la aseguradora envíe el archivo de reclamos semanales.

Plan de copago de compra con HRA

Gastos de bolsillo por año del plan Cigna

**Esta es la cantidad que verá en su portal médico y EOB de BCBS en línea*

Reembolso de HRA para comedores de vecindario

**Esta es la parte del gasto de bolsillo que NDG paga por usted una vez que cumple con los primeros \$3,000 por miembro*

Su responsabilidad de bolsillo

\$4,000 por Individual

(Cuál es el plan ANTES de la HRA)

\$8,000 máximo familiar

(cuál es el plan ANTES de la HRA)

\$1,000 por Individuo

\$2,000 máximo familiar

\$3,000 por Individuo

\$6,000 máximo familiar

Medicamentos con receta

Reciba el máximo de su cobertura de la receta.

Cuando se inscribe en un plan médico, usted recibe cobertura integral de medicamentos con receta mediante Express Scripts. Para obtener una lista de medicamentos aprobados, inicie sesión en www.mycigna.com.

- Si toma un medicamento de mantenimiento, puede ahorrar dinero inscribiéndose en el pedido por correo de recetas
- No todos los medicamentos se pueden surtir mediante pedidos por correo
- Los medicamentos especiales se deben surtir en la farmacia de especialidades del proveedor de recetas
- Pregunte a su médico si es apropiado usar un medicamento genérico en lugar de uno de nombre de marca
- Compare las farmacias para obtener el mejor precio
- Se puede aplicar la administración de recetas; como la autorización previa, la terapia gradual y los límites de cantidad



Atención preventiva

Los servicios preventivos lo ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades.

- Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección
- La visitas de rutina solo estará cubierta bajo atención preventiva cuando se utilice un proveedor dentro de la red
- Lista llena: healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits

Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

Si elige el Health Savings Account Plan (un plan calificado con deducible alto) y no está inscrito en una cobertura que lo descalifique en otro lugar, usted es elegible para contribuir a una Cuenta de ahorro para gastos médicos mediante Benefit Coordinators. Puede apartar dinero libre de impuestos de cada cheque de pago ahora y ahorrar los fondos para cubrir los gastos de atención médica calificados que surjan después.

¿Cómo funciona una HSA?

Confirme la cantidad que se deducirá de cada cheque de pago. Active su cuenta mediante Benefit Coordinators. Use su tarjeta de débito de HSA para pagar los gastos calificados.

Para ver las compras elegibles con su cuenta de HSA, visite hsastore.com.

Ventajas
- El saldo se transfiere cada año - Las aportaciones son libres de impuestos - La cuenta le pertenece a usted; cualquier dinero en la cuenta es suyo, no hay adquisición de derechos
<i>† El tratamiento de impuestos de HSA con fines de impuestos estatales puede variar según el estado</i>

Limitaciones

- No puede estar inscrito en Medicare o en Tricare
- No lo pueden declarar como dependiente en la declaración de impuestos de alguien más
- No puede estar recibiendo beneficios de Asuntos de Veteranos (VA), o en los últimos 3 meses
- No puede contribuir a una FSA de atención médica ni puede estar cubierto por la FSA de su cónyuge

Distribuciones
- El dinero debe estar en la cuenta para que lo gaste - Los fondos se pueden utilizar para usted y los gastos elegibles de sus dependientes fiscales. - Se aplica 20 % de multa de impuestos si tiene menos de 65 años y usa los fondos para gastos no elegibles - A los 65 años, el dinero se puede usar para gastos médicos no elegibles sin ninguna multa; se aplicarán los impuestos sobre ingresos habituales - También puede pagar las primas de Medicare Part B con los fondos de su HSA

Niveles de inscripción	Aportación máxima permitida en 2025
Solo el empleado	\$4,300
Empleado + dependientes	\$8,550
Empleado de más de 55 años	\$1,000 más por año como recuperación

Dental

El seguro dental se ofrece mediante DentalGuard. Su elección de dentistas puede determinar los ahorros que recibe en los costos.

Pagará menos por los servicios dentro de la red. Para los proveedores fuera de la red, DentalGuard pagará los reclamos basándose en los cargos razonables y acostumbrados. Usted es responsable por pagar el saldo de la factura.

Consulte el resumen del plan para información sobre beneficios fuera de la red, sujeto a facturación del saldo y limitaciones.



	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio máximo por persona		
Máximo anual por año calendario	\$2,000	
Deducible (se aplica solo a servicios básicos y principales)		
Individual	\$50 hasta \$150 máximo familiar	
Beneficio	Usted Paga	Usted Paga
Servicios preventivos	0%	0% del percentil 90
Servicios básicos	20%	20% del percentil 90
Servicios principales	50%	50% del percentil 90

Beneficio de reinversión

Si no utiliza más de \$800 de su beneficio anual, entonces puede “transferir” \$400 (\$600 dentro de la red) al máximo anual del próximo año. El máximo anual total no puede exceder los \$1,500.

Vista

El examen de la vista de rutina es importante para conservar una buena vista y también puede darle advertencias tempranas de otras condiciones. El plan de la vista de Guardian da cobertura para exámenes, anteojos y lentes de contacto, como se muestra abajo.

La cobertura dentro de la red se da cuando usted usa proveedores de VSP Choice. Consulte el resumen del plan para información sobre los beneficios fuera de la red y las limitaciones.



Aquí está lo que usted pagará dentro de la red:

VSP Choice	
Basado en una vez cada año calendario	Dentro de la red
Examen de la vista <i>Una vez cada 12 meses</i>	\$10 de copago
Lentes Sencillos, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares <i>Una vez cada 12 meses</i>	\$10 de copago
Montura <i>Una vez cada 24 meses</i>	Asignación hasta de \$130 después 80% de descuento del saldo
Lentes de contacto <i>Electivo, en lugar de anteojos, Una vez cada 12 meses</i>	Asignación hasta de \$130

Además de los descuentos en los lentes de contacto y las monturas, hay más descuentos mediante los proveedores participantes:

- Anteojos no cubiertos: 20% de descuento en los cargos habituales y acostumbrados
- Lentes de contacto: 15 % de descuento en los servicios participantes
- Operación LASIK: descuentos promedio de 15 % 5 % del precio promocional

Seguro de vida y AD&D

Seguro de vida básico/AD&D

Si está inscrito en el plan médico, recibirá una póliza de seguro de vida básica de \$15,000 sin costo a través de Guardian.

Usted está inscrito automáticamente en este beneficio. Esta cobertura incluye una cláusula de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por la misma cantidad de la cobertura, en caso de muerte accidental u otras condiciones. Consulte el resumen de beneficios para obtener más información.

¿Qué es un seguro de vida?

- Un pago único distribuido a los beneficiarios en el momento de la muerte del asegurado o los asegurados
- La tranquilidad de que sus seres queridos estarán seguros económicamente si usted muere inesperadamente
- Capacidad para ayudar con los costos del funeral - el costo promedio del funeral es de \$10,000



¡Recordatorio!
¡Actualice sus
beneficiarios!

Planee sus cambios de vida esperados e inesperados asegurando que usted y su familia estén protegidos. Actualice sus beneficiarios ahora y manténgalos actualizados cada año.

Discapacidad

Guardian administra nuestros planes de beneficios de seguro de discapacidad para cualquier empleado a tiempo completo que elige inscribirse. Usted pagará el costo completo de este beneficio con las deducciones de nómina después de impuestos, por lo tanto, su beneficio mientras está fuera por discapacidad no estará sujeto a impuestos.

Discapacidad a corto plazo

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) se vuelven pagaderos cuando usted no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo.

¿Cuándo empiezan los beneficios?

15th día después del accidente o la enfermedad

(La duración del beneficio se reduce por el período de espera inicial por discapacidad (antes de que empiecen los beneficios))

¿Cuánto pagaría el beneficio?

60 % de su ganancias semanal hasta \$1,000 por semana

¿Existen algunas exclusiones preexistentes?

3 anteriores / 12 exclusión

¿Cuánto tiempo pagará el beneficio?

Hasta 11 semanas*

*La duración del beneficio se reduce por el período de espera inicial por incapacidad (antes de que comiencen los beneficios)



Una condición médica preexistente es cualquier accidente o enfermedad por la que usted recibió asesoría o tratamiento en los meses anteriores a la fecha de entrada en vigor de su cobertura y se excluirán de este beneficio por el período de exclusión de meses que se menciona.

Los beneficios de STD se integran en los planes de discapacidad exigidos por el Estado. Los reclamos de maternidad entran bajo esta póliza.

Programa de asistencia al empleado (EAP)

El EAP puede darle a usted, a sus familiares y a los miembros del grupo familiar información y asistencia sobre una amplia gama de temas y asuntos, incluyendo estrés laboral, problemas de deudas, problemas familiares, preocupaciones de la relación, retos de la crianza de los hijos, ansiedad, duelo y mucho más.

Ofrecido a través de Uprise Health, el asesoramiento se brinda sin costo alguno para usted. Los consejeros están disponibles para brindar apoyo por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Los consejeros pueden hablar con usted sobre cualquier cosa que esté pasando en su vida, incluyendo:

- Familia y relaciones
- Trabajo
- Dinero
- Duelo
- Servicios legales
- Recuperación del robo de identidad
- Ansiedad, depresión
- Salud
- Vida diaria



Hasta 3 sesiones de orientación en persona GRATUITAS

www.worklife.uprisehealth.com

800-386-7055

Access Code: worklife

Beneficios adicionales

Programa de descuento para la audición

El programa de descuento para la audición se ofrece a usted y a su familia en productos de audición, incluyendo aparatos auditivos y baterías mediante Guardian.

Beneficio legal

WillPrep, el plan legal en grupo, disponible mediante Guardian, da acceso conveniente a servicios legales como:

- Documentos de sucesión (testamentos y fideicomisos)
- Asuntos de bienes inmuebles
- Defensa contra robo de identidad
- Infracciones de tránsito
- Revisión de documentos
- Adopciones
- Cambios de nombre
- Defensa por cobro de deudas



Costo de cobertura

Las aportaciones se hacen quincenal de cada cheque de pago hacia los beneficios abajo. Estas se deducirán automáticamente de su pago bruto antes que se calculen los impuestos federales sobre ingresos y los impuestos del Seguro Social. Dado que las aportaciones se deducen antes de calcular los impuestos de su salario, sus impuestos estarán basados en un pago bruto menor y usted terminará pagando menos impuestos con el mismo sueldo.

Aportaciones médicas (Quincenal)

	Plan de cuenta de ahorro para la salud	Plan de copago básico	Plan de copago de compra
Solo el empleado	\$110.78	\$120.63	\$135.23
Empleado + cónyuge	\$ 373.77	\$ 406.98	\$ 456.27
Empleado + hijos	\$ 335.67	\$ 365.49	\$ 409.74
Empleado + familia	\$ 627.67	\$ 683.46	\$ 766.21

Aportaciones dentales y vista (Quincenal)

	Dentales	Vista
Solo el empleado	\$ 17.18	\$ 3.77
Empleado + cónyuge	\$ 36.08	\$ 7.12
Empleado + hijos	\$ 39.52	\$ 8.43
Empleado + familia	\$58.42	\$ 11.21

Otras contribuciones a beneficios

Vida y AD&D	
Sólo empleado *Inscrito automáticamente si está inscrito en un plan médico	\$1.52 Quincenal
discapacidad a corto plazo	El costo se muestra a través del portal de inscripción en línea.
Programa de asistencia al empleado (EAP)	Gratis para usted y su hogar

Información de contacto

Beneficio	Colaborador	Sitio web / teléfono
Dental N.º de grupo: 00553596	Guardian Network: DenGuard Preferred	www.guardianlife.com 888-600-1600
Discapacidad N.º de grupo: 00553596	Guardian	www.guardianlife.com 888-600-1600
Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA)	Benefit Coordinators	www.bci4me.com 803-772-0110
Vida N.º de grupo: 00553596	Guardian	www.guardianlife.com 888-600-1600
Atención médica y con receta	Cigna	www.mycigna.com 866.494.2111
Health Reimbursement Arrangement (HRA)	Cigna	www.mycigna.com 866.494.2111
Programa de asistencia al empleado	Employee Assistance Program Uprise Health Access Code: worklife	www.worklife.uprisehealth.com 800-386-7055
Vista N.º de grupo: 00553596	Guardian Network: VSP Choice - Full Feature	www.vsp.com 866-600-1600
Benefit Enrollment	Alera	employeeecare@aleragroup.com 864-233-1101



Equipo de defensores de servicio al cliente (CSA) de Alera

Tiene acceso a nuestro equipo CSA de beneficios para empleados a través de Alera Group. El equipo CSA sirve como enlace entre The Neighborhood Dining Group empleados y aseguradoras para ayudarlo a comprender y navegar sus beneficios.

Correo electrónico: employeecare@aleragroup.com

Teléfono: 864-233-1101

Disponible lunes - viernes, 08:30 a.m. - 05:00 p.m. EST

Beneficios vigentes de Octubre de 2025 hasta Septiembre de 2026

(*) DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Este documento lo preparó Alera Group, Inc. (colectivamente con su compañía matriz, subsidiarias y afiliadas, "Alera Group") para dar una descripción general del programa de beneficios de su empleador. Alera Group, sus directores, responsables, gerentes, empleados, representantes y afiliados, no hacen ninguna declaración ni dan ninguna garantía, expresa ni implícita, sobre la exactitud o integridad de la información que contiene este documento sobre aquellas líneas de cobertura para las que Alera Group no sea el corredor registrado exclusivo. Este documento no es un contrato y no crea derechos contractuales entre usted y Alera Group. Los términos de sus beneficios se rigen por los documentos legales del plan y los contratos de seguro ("Documentos del plan") entre su empleador y una o más compañías de seguros. Este documento no es un certificado de cobertura y las descripciones de beneficios en este documento no son una garantía de cobertura de reclamos actuales ni futuros, ni reemplaza ni modifica los documentos subyacentes del Plan. Si hay alguna diferencia entre las descripciones de beneficios en este documento y los documentos del Plan, prevalecerán los términos de los documentos del Plan. Su empleador se reserva el derecho de cambiar, discontinuar o cancelar los planes de beneficios en cualquier momento.