



ACOMPAÑÁNDOLE EN LA JORNADA DE SU VIDA

2026 Guía de Puntos Principales
de la Inscripción Anual
29 de octubre – 12 de noviembre de 2025





ACOMPañÁNDOLE EN LA JORNADA DE SU VIDA

Escoja sus Beneficios de 2026
29 de octubre — 12 de noviembre de 2025

Sus beneficios RRD apoyan su bienestar físico, mental y económico para que pueda vivir su mejor vida. Durante la Inscripción Anual, revise y elija los beneficios indicados para usted y su familia para el próximo año.

Manténgase Conectado **con sus Beneficios de RRD**

Cuando se trata de sus beneficios, RRD le facilita mantenerse conectado e informado. Conéctese para no perderse anuncios e información importantes.

Reciba alertas de texto

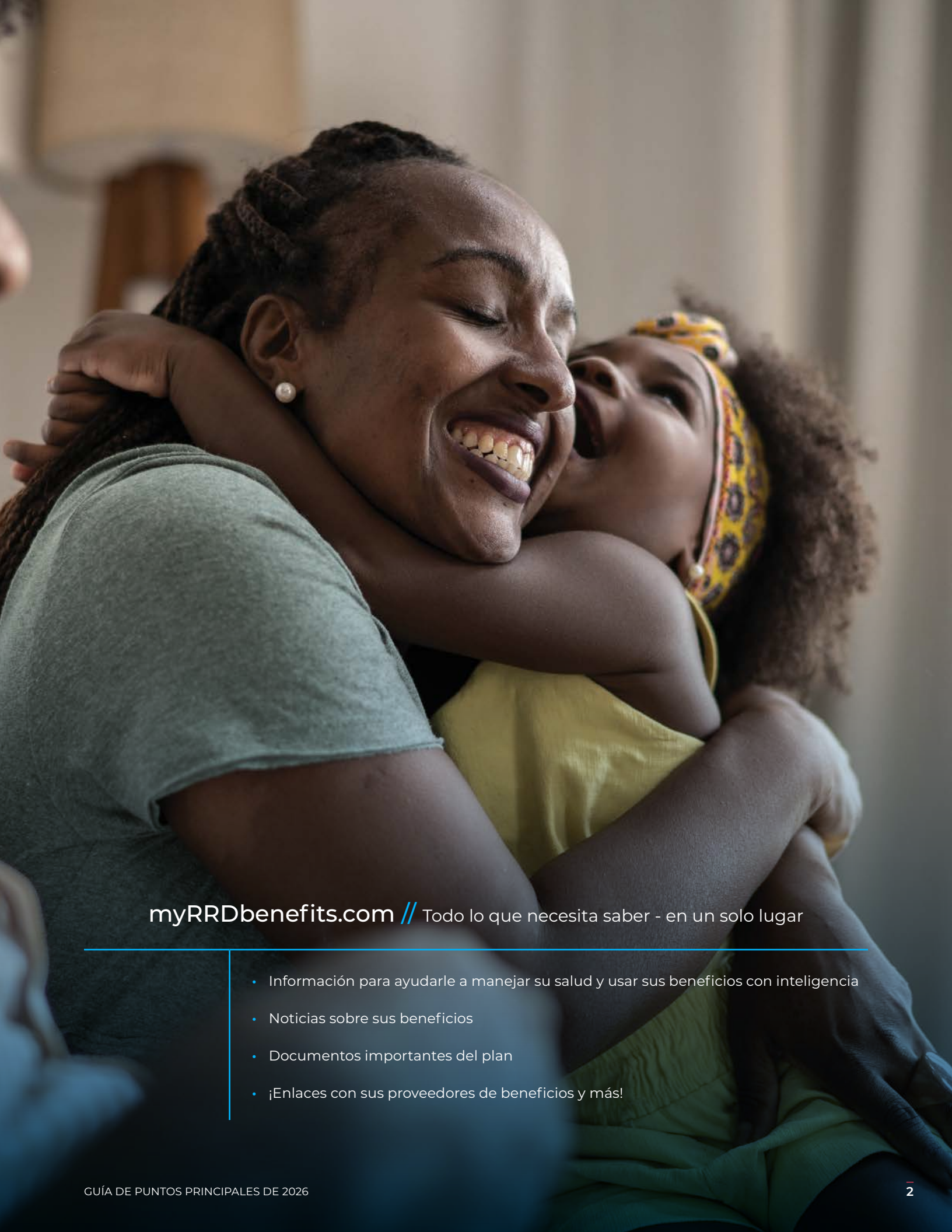
Inscríbase en alertas de texto para recordatorios importantes.

No use información impresa

Regístrese para recibir correos electrónicos en lugar de impresos.

Consiga fácil acceso

Descargue la aplicación bswift para acceder a la información sobre la cobertura, inscríbase para recibir beneficios, suba los documentos requeridos y más.



myRRDbenefits.com // Todo lo que necesita saber - en un solo lugar

- Información para ayudarle a manejar su salud y usar sus beneficios con inteligencia
- Noticias sobre sus beneficios
- Documentos importantes del plan
- ¡Enlaces con sus proveedores de beneficios y más!

NOVEDADES PARA 2026

Éste es un panorama de las novedades y las diferencias en sus beneficios de RRD, vigentes el 1 de enero de 2026. Habrá más información disponible sobre sus beneficios de 2026 a mediados de octubre en myRRDbenefits.com.

Deducibles más bajos para HSA Advantage, HSA Value y Copay Advantage, ¡otra vez!

Un deducible más bajo significa que su opción médica empieza a cubrir los costos antes. Esto es especialmente útil si visita al doctor con frecuencia, toma recetas regularmente, tiene una afección crónica o espera procedimientos médicos.

PLANES HSA ADVANTAGE Y HSA VALUE

Los deducibles disminuirán en \$100 para la cobertura solo para empleados y \$200 para otros niveles de cobertura.

PLAN ADVANTAGE CON COPAGO

Los deducibles disminuirán en \$400 para la cobertura Solo para Empleados y \$800 para todos los demás niveles de cobertura.

Pequeño aumento de prima para las opciones del Programa Médico Nacional

La cantidad que paga por su cobertura aumentará en \$5 por mes para la cobertura solo para empleados y \$10 por mes para todos los demás niveles de cobertura.

Aumento al máximo de gastos propios para las opciones del Programa Médico Nacional (excepto el PPO Coupe de BCBS)

El máximo gasto propio con HSA Advantage, HSA Value y Copay Advantage (lo más que tiene que pagar por los servicios de salud cubiertos en un año del plan) aumentará en \$400 para la cobertura Sólo para Empleados y en \$800 para los demás niveles de cobertura.

Nueva tarjeta de financiamiento de Paytient para Participantes del PPO Coupe de BCBS

El financiamiento de la atención médica bajo la opción PPO Coupe de BCBS está cambiando. En lugar de tener la opción de recibir un estado de cuenta consolidado cada mes, los participantes del PPO Coupe de BCBS ahora tienen la opción de recibir una tarjeta de financiamiento de atención médica de Paytient. Esta nueva opción es exclusivamente para los participantes del PPO Coupe de BCBS y tendrá un límite de crédito renovable de hasta \$3,000 — solo deslice su tarjeta y pague sus gastos de copago directamente a sus proveedores en el momento del servicio.*

Para recibir esta nueva tarjeta Paytient, responda "Yes" a la pregunta en la página de inscripción que le pregunta si quisiera financiamiento de atención médica al inscribirse en el PPO Coupe de BCBS como su opción de programa médico, y se le enviará más información. Una vez que cree su cuenta con Paytient (lleva menos de un minuto), tendrá acceso instantáneo a su tarjeta virtual y recibirá una tarjeta física por correo poco después. Paytient paga a sus proveedores del PPO Coupe de BCBS por adelantado, mientras que usted crea su plan de pago preferido posterior. Los pagos se procesan automáticamente por deducción de nómina o con el método de pago de su elección. Usted paga \$0 en intereses y cargos.

* Esta nueva función de pago permite una línea de crédito renovable máxima de \$3,000. Si ya tiene una tarjeta Paytient y elige la opción médica PPO Coupe de BCBS, su línea de crédito Paytient aumentará al completar satisfactoriamente el formulario de capacidad de pago.

Límites de contribución mayores en la cuenta HSA

Contribuir a una cuenta HSA le permite ahorrar dinero y pagar sus gastos de salud elegibles libre de impuestos. Para 2026, si se inscribe en las opciones del Programa Médico Nacional HSA Advantage o HSA Value y no tiene otra cobertura que le descalifique, puede contribuir \$4,400 si tiene cobertura solo para empleados y \$8,750 para otros niveles de cobertura. Si cumplirá 55 años o más para el final de 2026, puede contribuir hasta \$1,000 más en contribuciones de recuperación. El dinero de su HSA es siempre suyo y puede utilizarlo cuando lo necesite, ahora y en el futuro. Se aplican reglas especiales de límite de contribución a la HSA si está casado o cubre a otro adulto en su plan médico. Vea la *Guía de Maneras de Ahorrar y Pagar la Atención* para tener más información.

Límite de contribución más alto con la FSA para el Cuidado de Dependientes*

La FSA para el Cuidado de Dependientes le permite pagar los gastos propios por el cuidado de dependientes elegibles con dinero antes de impuestos. Sujeto a los términos del Plan de Beneficios Flexibles de RR Donnelley, puede contribuir entre \$200 y \$7,500 (o entre \$200 y \$3,750 si su estado civil para efectos de la declaración de impuestos federales es casado presentando declaración por separado) para reembolsarse gastos como la guardería de su hijo calificado, padres ancianos o cónyuge discapacitado. Esta es la primera vez que se aumenta el límite desde que se crearon las FSA para el Cuidado de Dependientes.

¡SE REQUIERE ACTUAR!

Para participar en los **programas FSA** en 2026 debe inscribirse durante la Inscripción Anual. Sus elecciones actuales **no** se transferirán.

Los Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC) dan información detallada sobre cada una de las opciones del programa médico. Para ver los SBC, vaya a myRRDbenefits.com. También puede pedir una copia impresa sin cargo llamando al Centro de Beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**. Si se inscribe en línea, también hay copias disponibles por medio de la página de inscripción.

Nuevo límite de contribución mayor a la Cuenta de Gastos Flexibles de Salud (FSA)*

Puede pagar los gastos propios elegibles de atención médica libres de impuestos cuando se inscribe en una FSA de Salud. Para 2026, puede contribuir de \$200 a \$3,300 a una cuenta FSA de Salud. La cantidad total que elija contribuir por el año a la Cuenta FSA está inmediatamente disponible para gastos elegibles, incluso si supera la cantidad de contribución por nómina que se haya deducido de su sueldo o depositado en su cuenta al presentar un reclamo. Si está inscrito en la opción médica Copay Advantage o PPO Coupe de BCBS puede contribuir a una FSA de Salud de Uso Pleno. Con la cuenta FSA de Salud de Uso Pleno, puede recibir reembolsos libres de impuestos por gastos médicos, de recetas médicas, dentales y ópticos calificados en cualquier momento del año. Si está inscrito en la opción médica HSA Advantage o HSA Value, puede contribuir a una FSA de Salud de Uso Limitado. Con la cuenta FSA de Salud de Uso Limitado, puede recibir reembolsos por gastos dentales y ópticos calificados en cualquier momento del año, pero solo será elegible para el reembolso de gastos médicos y de recetas médicas calificados después de que haya cubierto la parte mínima legalmente requerida de su deducible del Programa Médico en 2026 (\$1,700 por cobertura Solo del Empleado y \$3,400 por cobertura de Empleado + Cónyuge, de Empleado + Hijos y Familiar).

NOTA: No puede reembolsarse de ambas cuentas FSA y HSA por el mismo gasto.

Sin cambios en las primas del plan óptico

La cantidad que paga por la cobertura óptica en 2026 no cambiará.

Pequeño aumento en las primas del plan dental

La cantidad que paga por su cobertura dental de 2026 aumentará en una pequeña cantidad. Vea sus primas en la página de inscripción.

Mejor Seguro de Enfermedades Críticas

El seguro de Enfermedades Críticas le otorga un beneficio en pago único si a usted o a un familiar cubierto se le diagnostica una afección de salud cubierta. A partir de 2026, usted y sus familiares cubiertos pueden recibir un beneficio en efectivo de \$50 cada uno cuando se sometán a una prueba de detección de una de las afecciones médicas cubiertas.

La administración de incapacidades y ausencias se traslada a Lincoln Financial

La administración de la incapacidad a corto y largo plazo (STD y LTD, respectivamente) y la administración de permisos cambiará de The Hartford a Lincoln Financial. Este cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2026. Se enviará más información a quienes estén en permiso activo o un reclamo por incapacidad en el momento de la transición. Para presentar un nuevo reclamo con una fecha de inicio de incapacidad o permiso a partir del 1 de enero de 2026, comuníquese con Lincoln Financial. Los reclamos se pueden iniciar llamando al **1-800-331-4914** o yendo a lincolnfinancial.com (Código de Compañía: RRDONNELLEY). Si su incapacidad se produjo antes del 1 de enero de 2026, The Hartford pagará sus beneficios por incapacidad, pero Lincoln Financial administrará su permiso concurrente de la Ley de Permisos Familiares y Médicos (FMLA).

Solo STD	STD con FMLA	Solo FMLA	LTD
Fecha de Inicio de la Incapacidad o Permiso — antes del 1 de enero de 2026			
STD permanecerá con The Hartford	STD permanecerá con The Hartford, la FMLA hará la transición a Lincoln	FMLA hará la transición a Lincoln	LTD permanecerá con The Hartford
Fecha de Inicio de la Incapacidad o Permiso — el 1 de enero de 2026 o antes			
STD hará la transición a Lincoln	STD y FMLA harán la transición a Lincoln	FMLA hará la transición a Lincoln	LTD hará la transición a Lincoln

¡NOVEDAD! Fidelity Medicare Services

Si va a ser elegible para Medicare, Fidelity Medicare Services puede ayudarle a navegar por sus opciones de Medicare con confianza. Le ayudarán a comparar planes y a elegir la cobertura que se ajuste a sus necesidades y presupuesto. Este servicio reemplazará a Allsup Benefits Coordination a partir del 1 de enero de 2026.

Más Programas para Ayudarle a Prosperar

Sus beneficios con RRD acaban de mejorar con estos nuevos programas a su disposición como parte de las opciones del Programa Médico Nacional en 2026. Aprenda más en myRRDbenefits.com.

SleepCharge

SleepCharge ofrece un programa integral del manejo del sueño y apoyo personalizado para ayudarle a dormir mejor y obtener el descanso que necesita para mejorar su salud, estado de ánimo y energía diaria.

OneImaging **OBLIGATORIO**

Hace que sea fácil y cómo obtener imágenes médicas, como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, radiografías y mamografías — sin los tiempos de espera y los costos elevados que a menudo se encuentran en otros lugares. OneImaging es el nuevo proveedor exclusivo de la red bajo las opciones del Programa Médico Nacional para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no son de emergencia/no urgentes. Debe comunicarse con OneImaging y usar uno de sus proveedores recomendados para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no son de emergencia o no urgentes. El Plan no cubre las resonancias magnéticas ni las tomografías computarizadas proporcionadas por otros proveedores (excepto en caso de urgencia o emergencia).

Maven Clinic de BCBSIL

Diseñada para elevar el estándar de la atención médica de la mujer y la familia al brindar apoyo para la fertilidad y la formación de la familia, la atención de maternidad y posparto, la crianza de los hijos y la pediatría, y la menopausia y la atención continua. (No disponible con el PPO Coupe de BCBS).

WellTheory

Brinda orientación experta y apoyo personalizado a personas con afecciones autoinmunes e inflamatorias. Con WellTheory, obtiene dos visitas por mes y mensajes ilimitados con entrenadores que se especializan en autoinmunidad. Su equipo de atención trabaja con usted para controlar los síntomas, reducir la inflamación y mejorar su bienestar general.

CVS Drug Savings Review

Trabaja con sus proveedores para encontrar opciones de menor costo para sus medicinas. (Este programa reemplazará a Rx Savings Solutions).

LO QUE NECESITA HACER

1

Participe en el Entrenamiento de Beneficios.

Aumente su conocimiento de beneficios para la Inscripción Anual y más allá. El Campo de Entrenamiento comienza el 14 de octubre. Vea el horario en myRRDbenefits.com.

2

Revise sus beneficios.

Visite myRRDbenefits.com para tener acceso a su *Guía de Inscripción en los Beneficios de 2026* (disponible a mediados de octubre) y otras guías, los Resúmenes Descriptivos de los Planes (SPD), los Resúmenes de Beneficios y de Cobertura (SBC) y cualquier Resumen de Modificaciones de Importancia (SMM).

3

Ask Emma para tomar decisiones informadas.

En la página de inscripción (accesible desde myRRDbenefits.com), use la asistente virtual "Ask Emma" para ver los costos, comparar opciones y ayuda para escoger los beneficios indicados para su situación.

4

Escoja sus beneficios de 2026 del 29 de octubre al 12 de noviembre de 2025.

Vaya a myRRDbenefits.com para enlazarse con la página de inscripción.

- La página de inscripción estará disponible las 24/7 durante la Inscripción Anual. Puede regresar a la página de inscripción para hacer cambios con la frecuencia que sea necesaria antes de la fecha límite. También puede descargar la aplicación bswift (myrrdbenefits.com/mobile-apps) para inscribirse fácilmente con su teléfono inteligente.
- Si no tiene acceso en línea, puede inscribirse por teléfono a partir del 29 de octubre llamando al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**, Lun. - Vie., 7 a.m. - 7 p.m. CT.
- **¡NO SE DEMORE!** La inscripción telefónica termina el 12 de noviembre de 2025 a las 6:59 p.m. Centro. Pudiera tener períodos de espera largos si trata de inscribirse por teléfono durante los últimos cuatro días de la Inscripción Anual.

Si no se inscribe o actualiza sus beneficios antes de la fecha límite, sus elecciones actuales se transferirán a 2026 **excepto las contribuciones de la FSA.**

5

Revise y actualice sus dependientes en la página de inscripción.

Revise y actualice sus dependientes en la página de inscripción. Revise y confirme si ya se ha verificado la elegibilidad de su cónyuge/pareja doméstica dependiente. Si no es así y desea cubrirle para el año del plan 2026, debe completar el proceso de verificación. Verifique ahora para evitar problemas más adelante si se descubre que inscribió un dependiente no elegible.

* Usted (y/o cada uno de sus dependientes inscritos) que indiquen "Yes" para el estatus de Uso de Tabaco pueden evitar el recargo de las primas participando en el programa para dejar el tabaco y completando cinco sesiones de asesoría durante el año del Plan. Siempre y cuando una persona participe en el programa antes del 31 de diciembre de 2026, se le reembolsará el recargo por tabaco del plan médico por esa persona. Si está inscrito en los planes de Seguro de Vida Opcional, esas primas se ajustarán prospectivamente para reflejar el descuento en las primas por no usar tabaco con vigencia del primero del mes después de completar cinco sesiones de asesoría. Comuníquese con UBreathe al 1-888-882-5462 para participar en el programa. (Se dará acomodo a las recomendaciones alternas de su doctor para dejar el tabaco).

6

Certifique su estatus de tabaco en la página de inscripción.

Su estatus actual de tabaco se transferirá así que actualícelo si ha cambiado. Los usuarios de tabaco pagarán un recargo en la prima médica anual de \$500 por adulto y \$250 por niño.*

7

Revise/actualice sus designaciones de beneficiarios.

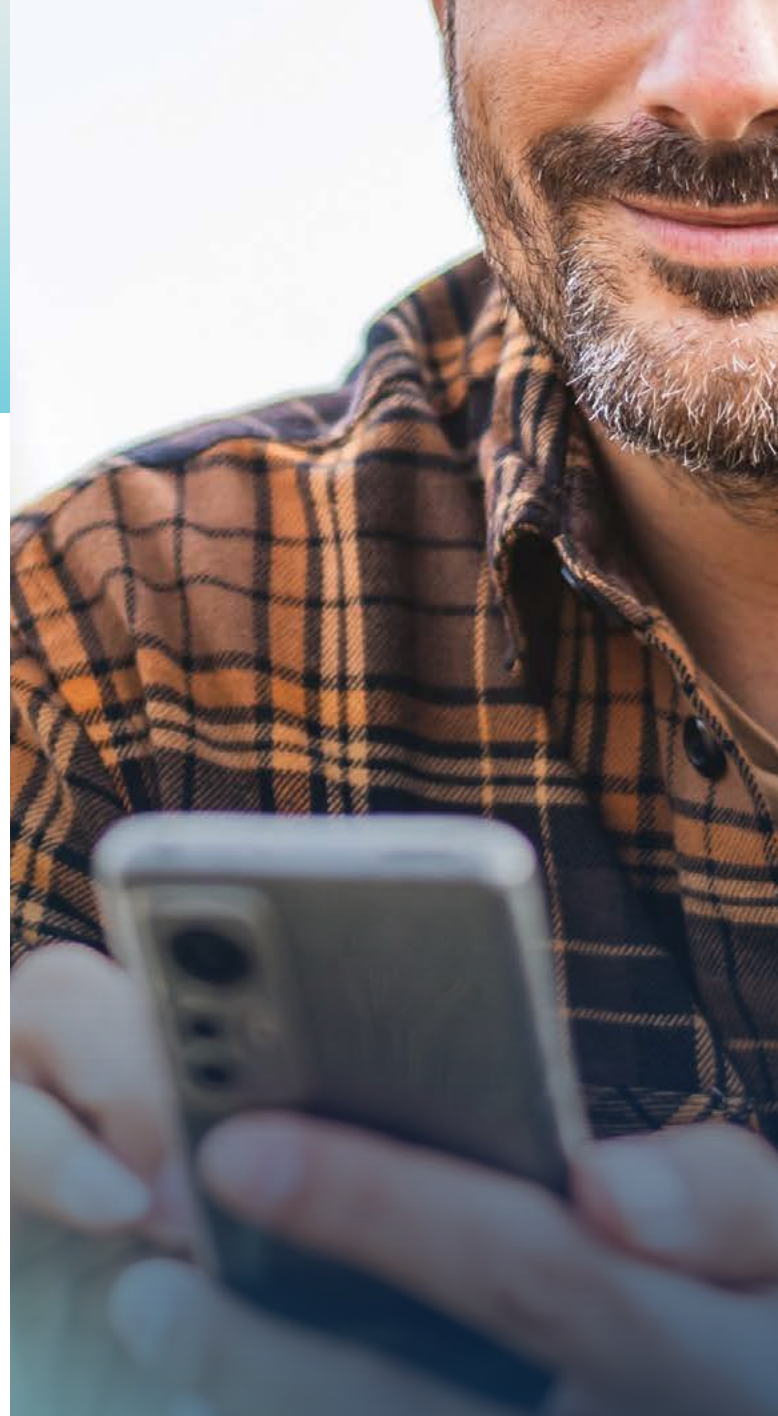
Proteja a su familia y su dinero designando a sus beneficiarios para su:

- Seguro de vida y cobertura de salud suplementaria en la página de inscripción (rrd.bswift.com)
- Plan de Ahorros 401(k) de RRD (NetBenefits.com)
- HSA (HealthEquity.com)

8

Confirme sus elecciones.

Imprima y guarde una copia de sus elecciones para sus registros. Puede hacer cambios o correcciones hasta el 12 de noviembre de 2025 en la página de inscripción o llamando al Centro de Beneficios de RRD al 1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236). Recibirá por correo una confirmación oficial. Al recibirla, revise su confirmación y verifique que sus elecciones, dependientes cubiertos y los costos por período de nómina estén correctos. Si descubre algún error, debe comunicarse con el Centro de Beneficios de RRD antes del 31 de diciembre de 2025.



Sus elecciones de beneficios estarán en vigencia del 1º de enero al 31 de diciembre de 2026.

No puede cambiar sus elecciones durante el año a menos que tenga un Cambio Calificado de su Estatus (p.ej., matrimonio, divorcio, nacimiento de un niño). Para más información, lea la notificación del Período Especial de Inscripción para la Cobertura de Salud de Grupo en la [página 9](#) o en el Folleto de Información Administrativa en myRRDbenefits.com.

NOTIFICACIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTES

Cambio de sus Elecciones Durante el Año

Si no se inscribe antes de la fecha límite o desea cambiar sus elecciones, la única forma en que puede inscribirse o cambiar una elección durante el año calendario es si tiene un cambio de estatus calificado. (Vea la notificación del Período Especial de Inscripción para la Cobertura de Salud de Grupo abajo o en el Folleto de Información Administrativa para tener más información). Tenga presente que los nuevos dependientes no quedan cubiertos automáticamente por el Plan; los deberá inscribir en la cobertura. En el caso de dependientes que ya no sean elegibles para la cobertura del Plan, tiene obligación de llamar al Centro de Beneficios al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)** o ir en línea a **rrd.bsswift.com** para quitarlos de la cobertura del Plan.

NOTA: Esta regla no se aplica al seguro de vida ni a las HSA. Puede hacer cambios en el seguro de vida suplementario opcional, el seguro de vida para cónyuges, el seguro de vida para niños y/o las coberturas opcionales de seguro de accidentes durante el año calendario y en la Inscripción Anual cada año. Puede estar sujeto a una Evidencia de Asegurabilidad (EOI) satisfactoria para que dichos cambios de cobertura entren en vigencia. Revise los Certificados de los Miembros del Programa de Seguro de Vida y Accidentes para tener detalles sobre los aumentos o disminuciones en las cantidades de su cobertura.

Período de Inscripción Especial para la Cobertura de Salud de Grupo

Si declina la cobertura Programa Médico para usted y sus dependientes debido a que usted/sus dependientes tienen otra cobertura y usted/sus dependientes pierden después la otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir con respecto a su cobertura o la de su dependiente) puede calificar para la inscripción especial en la cobertura de salud del Plan. Su pérdida de la otra cobertura de salud califica para el tratamiento de inscripción especial sólo si se aplican los siguientes dos puntos:

- Usted/sus dependientes estaban cubiertos por otro plan de salud de grupo o cobertura de seguro de salud en el momento en que se les ofreció la cobertura del Plan de Beneficios de Grupo de RR Donnelley.
- Usted/sus dependientes perdieron la otra cobertura porque usaron todo su derecho a la cobertura de continuación COBRA, usted/ellos ya no son elegibles al otro plan o terminaron las contribuciones de la empresa por la cobertura.

Debe inscribirse dentro de los 30 días siguientes a que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir con respecto a la cobertura). También puede inscribirse si usted/sus dependientes pierden la elegibilidad a la cobertura bajo Medicaid o el Plan de Seguro de Salud Infantil (CHIP) y se inscribe dentro de los 60 días de perder Medicaid o CHIP. También, pudiera inscribirse si usted/sus dependientes se hacen elegibles para la ayuda con las primas de Medicaid o CHIP respecto al costo del plan de salud de grupo, y se inscribe dentro de 60 días de la elegibilidad para la asistencia estatal con las primas.

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes en la cobertura del Plan. En general, debe inscribirse dentro de los 30 días siguientes a dicho evento.

NOTA: El Plan proporciona un plazo más generoso para inscribirse que lo que requiere la ley para agregar nuevos hijos bajo ciertas circunstancias descritas en este párrafo. Si va a agregar a un recién nacido, un niño recién adoptado o un niño recién colocado con usted para su adopción, generalmente tiene hasta 60 días para informar del evento al administrador de elegibilidad bajo la política más generosa del Plan. Sin embargo, si ya está inscrito en alguna de las opciones del Programa Médico nacional auto-financiadas como los niveles de Empleado + Hijos o Familiar tendrá hasta 90 días para informar de dicho evento al administrador de elegibilidad y agregar a su nuevo hijo a la cobertura, ya que esta elección no requiere de ningún cambio de sus primas o aprobación de ninguna compañía de seguros. Muchas de las Opciones del Programa Médico Regional también le ofrecen plazos más generosos para inscribirse que los que exige la ley para la añadidura de nuevos hijos, que varía según la compañía de seguros. Consulte los documentos de la aseguradora para obtener más información.

Para solicitar la inscripción especial o si tiene preguntas con respecto a los derechos especiales de inscripción, por favor comuníquese con el Centro de Beneficios al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.

Derecho a Escoger su Proveedor Primario

Dependiendo de dónde viva, pudiera ser elegible a una opción de Programa Médico HMO Regional además de las opciones del Programa Médico Nacional. Si es elegible, recibirá información adicional sobre el plan HMO Regional al cual es elegible, incluyendo la información de contacto.

En general, los HMO Regionales requieren la designación de un proveedor primario (pero no las opciones del Programa Médico Nacional). Tiene el derecho de designar a cualquier proveedor primario que participe en la red HMO Regional y que esté disponible para aceptarle a usted y a sus familiares. Para información sobre cómo escoger un proveedor primario de la lista de proveedores primarios participantes, comuníquese directamente con el HMO Regional al número o página que se incluye en sus materiales de inscripción. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor primario.

No necesita autorización previa del plan HMO Regional ni de ninguna otra persona (incluso un proveedor primario) con el fin de obtener acceso a la atención de obstetricia o ginecología de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de la salud pudiera tener obligación de cumplir con ciertos procedimientos, incluso obtener la autorización previa por ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para hacer referencias. Para una lista de profesionales participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con el plan HMO Regional directamente al número o página que se proporciona en los materiales de inscripción.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

Información importante sobre los beneficios que pudieran estar a disposición de mujeres que tuvieron o van a tener una mastectomía: Si ha tenido o va a tener una mastectomía, pudiera tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer en las Mujeres (WHCRA, por sus siglas en inglés). En el caso de personas que reciban beneficios en relación con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera que se determine consultando con el doctor que la atiende y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en que se llevó a cabo la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedemas.

Dicha cobertura está sujeta a todas las disposiciones, limitaciones y requisitos del Plan aplicable a los demás beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el Programa Médico, incluyendo cualquier limitación al deducible anual y al coseguro, que se señalan en el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), su SPD y cualquier SMM que se relacione.

Sus Derechos y Protecciones contra Cuentas Médicas de Sorpresa

Cuando reciba cuidado de emergencia o le dé tratamiento un proveedor de fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, tiene protección contra la facturación de saldos. En estos casos no se le deberá cobrar más que los copagos, coseguro y/o deducible del Plan. Puede visitar www.cms.gov/nosurprises/consumers para más información sobre sus derechos según la ley federal. Si piensa que se le facturó incorrectamente llame al 1-800-985-3059.

¿Qué es “facturación de saldos” (a menudo se llama “facturación de sorpresa”)?

Cuando vea a un doctor o a otro proveedor de salud, pudiera deber ciertos costos propios como el copago, coseguro o deducible. Pudiera tener costos adicionales o pudiera tener que pagar toda la cuenta si ve a un proveedor o visita a un centro de salud que no forma parte de la red del Plan.

“Fuera de la red” significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con el Plan (o una de las aseguradoras de las Opciones del Programa Médico Regional) para proporcionar servicios. A los proveedores de fuera de la red se les pudiera permitir facturarle la diferencia entre lo que paga el Plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama “facturación de saldos”. Es probable que esta cantidad sea más que los costos en la red por el mismo servicio y pudieran no contar respecto al deducible o límite de gasto propio anual del Plan.

“Facturación de sorpresa” es una cuenta inesperada del saldo. Esto puede sucederle cuando no puede controlar quién participa en su atención—por ejemplo cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente le da tratamiento un proveedor de fuera de la red. Las cuentas médicas de sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido de facturación de saldos por:

- **Servicios de Emergencia** — Si tiene una afección médica de emergencia y requiere servicios de emergencia de un proveedor o centro de fuera de la red, lo más que le podrán facturar es su parte del costo en la red del Plan (por ejemplo copagos, coseguro y deducibles). No le pueden facturar el saldo por esos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que pudiera recibir después de que esté en condición estable a menos que haya dado su consentimiento por escrito y renuncie a su protección de que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.
- **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red** — Al recibir servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio en la red, ciertos proveedores pudieran estar fuera de la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de participación de costo en la red del Plan. Esto se aplica a medicinas de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no podrán pedirle que renuncie a sus protecciones de que no se le facture su saldo.

Si recibe otro tipo de servicios en estos centros 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. No se requiere nunca que renuncie a sus protecciones contra facturación de saldos. Tampoco se requiere que reciba atención fuera de la red. Puede escoger un proveedor o centro en la red del Plan.

Cuando no se permita la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

Solamente es responsable de pagar su parte del costo (por ejemplo copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera en la red). El Plan pagará directamente todos los costos adicionales a los proveedores y centros fuera de la red.

En general, el Plan debe:

- Cubrir servicios de emergencia sin obligar a que reciba aprobación por los servicios por adelantado (que también se conoce como “autorización previa”).
- Cubrir servicios de emergencia de proveedores de fuera de la red.
- Basar lo que debe al proveedor o centro (su parte del costo) en lo que pagaría con un proveedor o centro de la red sin mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red con respecto a su deducible o límite de gasto propio en la red.

Unas Palabras sobre esta Guía

Esta guía describe los cambios clave en la cobertura que RRD ofrecerá en 2026 a la mayoría de los empleados elegibles a los beneficios y constituye un resumen de modificaciones de importancia (SMM) bajo el Plan de Beneficios de Grupo de RR Donnelley, el Plan Médico de Grupo de RR Donnelley y los Planes de Beneficios Flexibles de RR Donnelley (los "Planes"). Su elegibilidad a los beneficios determinará la cobertura precisa que se le ofrece a usted, a su cónyuge, a su pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes. Se dispone de más detalles sobre la elegibilidad en los Resúmenes Descriptivos del Plan (SPD) y los SMM anteriores que están en línea en myRRDbenefits.com.

Importante

Las descripciones que se proporcionan en esta guía se basan en los documentos oficiales del Plan. Se han hecho todos los esfuerzos para asegurar que esta información es correcta.

En el remoto caso que hubiera una discrepancia entre este documento, los SPD, los SBC, los SMM, y otra información que resume los Planes y los documentos oficiales del Plan, controlarán los documentos oficiales del Plan:

- Donde este documento tenga por objeto resumir las disposiciones actuales de los beneficios de los SPD, SMM, y otros materiales que resumen los Planes y los documentos oficiales del Plan, los documentos oficiales del Plan controlarán.
- Donde este documento tenga por objeto comunicar un cambio a los SPD, SMM y otros materiales con respecto a los Planes y los documentos oficiales de los Planes, este documento controlará.

RRD se reserva el derecho de enmendar o cancelar los Planes o los Programas en cualquier momento y por cualquier razón.

