



PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA INSCRIPCIÓN ANUAL A LOS BENEFICIOS PARA ESTADOS UNIDOS - 2025

Octubre de 2024

Este documento resume disposiciones importantes de los planes de beneficios para empleados. Honeywell tiene el derecho de modificar, cambiar y revisar los términos y condiciones de los planes de beneficios para sus empleados, y el derecho de cancelar los planes (sujeto a los convenios colectivos de trabajo aplicables). Esta comunicación no es una garantía de la disponibilidad futura o el diseño de los beneficios para empleados de Honeywell. Si hubiera un conflicto entre la descripción de los planes aquí contenidos y los documentos del plan, regirán los documentos formales del plan, modificados periódicamente.

¿Cuándo es la inscripción anual a los beneficios para los empleados de Estados Unidos?

La inscripción anual a los beneficios (AE) para el año del plan 2025 comienza el 14 de octubre y termina el 1 de noviembre de 2024. Los empleados elegibles pueden inscribirse en línea desde el trabajo o el hogar visitando HR Direct o honeywell.com/enrollAE. Los empleados que no tengan acceso en línea deben llamar a HR Help al 1-877-258-3699 o acceder a través del sitio www.benefitcenter.com/honeywell para revisar los cambios en el plan e inscribirse.

¿Cuál es la mejor forma de acceder a la información sobre la inscripción anual?

Benefits.Honeywell.com es el mejor lugar para encontrar información sobre los cambios en la inscripción anual para 2025. Haga clic en el banner de AE en la página de inicio para obtener más información sobre la inscripción anual de 2025.

¿Habrá cambios en el plan médico HON en 2025?

No habrá cambios en el plan de salud con deducible alto para los miembros de Cigna y Horizon para 2025. **Nota: Debido al contrato de seguro total de Honeywell con Kaiser Permanente, estamos obligados a cumplir con todos los requisitos de cobertura exigidos por el estado. Esto puede generar diferencias en el diseño del plan. Para obtener más detalles, consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Kaiser correspondiente a su región.**

No habrá cambios en sus primas médicas por octavo año consecutivo, a menos que cambie su nivel de cobertura o un aumento salarial reciente lo haya pasado a una nueva banda salarial.

¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación (ID) de seguro médico para el año 2025?

Los miembros de Kaiser recibirán nuevas tarjetas médicas en enero, pero pueden continuar usando su tarjeta actual hasta que reciban la nueva. No habrá cambios en el plan médico para los miembros de Cigna o Horizon en 2025, por lo que no se emitirán nuevas tarjetas de identificación. A partir del 1 de enero de 2025, Cigna solo proporcionará tarjetas de identificación digitales. Puede solicitar una tarjeta física directamente a Cigna en cualquier momento. Los miembros de Cigna y Horizon también pueden acceder a su identificación digital en Castlight.

¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación (ID) de seguro dental para el año 2025?

No. Si está inscrito en las opciones de plan dental MetLife o Cigna, no recibirá una nueva tarjeta de seguro dental.

¿Qué otras actualizaciones de cobertura de beneficios se están realizando para 2025?

Hay tres actualizaciones para 2025. Vea los detalles a continuación.

1. Las visitas del programa de asistencia al empleado (EAP) aumentarán de 5 a 8 visitas por problema al año.
2. Las visitas de Teladoc, que actualmente cuestan \$10, serán GRATIS a partir del 1 de enero de 2025 para aquellos inscritos en el plan médico de Honeywell.
3. La inscripción anual para 2025 también le dará la oportunidad de inscribirse en la cobertura por discapacidad a largo plazo (LTD) sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad.

¿Hay afecciones que no estén cubiertas al inscribirse en la cobertura por discapacidad a largo plazo durante esta inscripción anual?

Las limitaciones por afecciones preexistentes se aplican a la discapacidad a largo plazo. No se pagará cobertura por una afección o lesión ocurrida dentro de los 3 meses previos a obtener la cobertura y no estará cubierta durante los primeros 12 meses de cobertura por discapacidad.

¿Quién es elegible para el capital inicial de \$200 de la Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) de Honeywell?

Para ser elegible para el capital inicial de \$200 de la HSA de Honeywell, debe estar inscrito en el plan médico con deducible alto de Honeywell y ganar hasta \$50,000 de salario base anual. No es necesario realizar ninguna acción por su parte para recibir los fondos.

No es elegible para contribuir a una HSA si está:

- Inscrito en otro programa médico que no sea un plan de salud con deducible alto (por ejemplo, a través del empleador de un cónyuge o pareja de hecho).
- Inscrito en Medicare Partes A o B.
- Inscrito en Tricare (beneficios ofrecidos al personal militar).
- Cubierto como dependiente bajo una FSA de atención médica (por ejemplo, a través del empleador de su cónyuge o pareja de hecho).

¿Veré un recargo por datos biométricos al revisar los costos de mis beneficios para 2025?

Si completó su evaluación biométrica antes del 30 de septiembre y no dio positivo en la prueba de nicotina, no debería ver un recargo adicional al revisar los costos de sus beneficios para 2025. Si completó la evaluación después del 30 de septiembre o dio positivo en la prueba de nicotina, verá un recargo en el módulo de inscripción anual. Si tiene preguntas, comuníquese con HR Help al 1-877-258-3699.

¿Qué pasa si completé mi evaluación biométrica después del 30 de septiembre, me concedieron una excepción a través de Healthresource o tuve un resultado negativo en la prueba de nicotina y aun así veo un recargo?

Debido al momento en que se obtienen los resultados biométricos en nuestro módulo de inscripción anual, es posible que aún vea un recargo aplicado a los costos totales de sus beneficios. Si alguna de las circunstancias anteriores se aplica a usted, le pedimos que revise cuidadosamente los estados de confirmación de beneficios que se enviarán en diciembre para asegurarse de que no se aplique el recargo.

¿Adónde puedo acudir para confirmar que se completó mi evaluación biométrica?

Puede acceder a los resultados de su evaluación biométrica en el sitio web My.QuestforHealth.com o en el sitio web de Castlight.

¿Habrá cambios en el plan dental en 2025?

La cobertura dental de MetLife ahora permitirá el reemplazo de un diente faltante si se extrae antes de inscribirse en la cobertura de Honeywell.

¿Habrá cambios en el plan de visión en 2025?

No. El diseño del plan de visión y las contribuciones de primas no cambiarán para 2025.

¿Habrá cambios en el diseño de planes por discapacidad (a corto o largo plazo) en 2025?

No. Si bien no hay cambios en el diseño de los planes de discapacidad a corto o largo plazo (LTD) para enero de 2025, las primas para la cobertura de LTD aumentarán en 2025.

Preguntas frecuentes sobre cobertura y recetas médicas

¿Hay alguna diferencia de cobertura entre Cigna, Horizon y Kaiser?

El diseño del plan de salud con deducible alto es esencialmente el mismo para las tres compañías de seguros médicos. Las compañías de seguros médicos ofrecen diferentes redes de proveedores de médicos, hospitales e instalaciones dentro de la red. Se recomienda a los empleados que revisen los directorios de proveedores durante la inscripción anual a los beneficios para averiguar si los médicos que planean visitar son proveedores dentro de la red. Además, tenga en cuenta que los proveedores que participan en las redes pueden cambiar durante el año, por lo que los empleados siempre deben confirmar si los servicios se brindarán dentro o fuera de la red.

Nota: Debido al contrato de seguro total de Honeywell con Kaiser Permanente, estamos obligados a cumplir con todos los requisitos de cobertura exigidos por el estado. Esto puede generar diferencias en el diseño del plan. Para obtener más detalles, consulte la descripción resumida del plan de Kaiser correspondiente a su región.

¿Qué es un deducible?

Es el monto fijo en dólares que usted paga cada año antes de que el plan comience a pagar. El deducible varía dependiendo de si la cobertura es solo para usted, o incluye a otro miembro de la familia.

¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo (OOPM)?

Es el monto máximo que debe pagar por su atención médica durante el año del plan. Una vez que alcanza el desembolso máximo, el plan paga el 100% de los gastos elegibles. Dependiendo del plan que elija, los deducibles pueden estar incluidos o no en el máximo de gastos de bolsillo.

¿Debo pagar copagos por las visitas al consultorio médico, medicamentos recetados o visitas a la sala de emergencia?

No. El diseño del plan médico incluye coseguro para servicios cubiertos tanto dentro como fuera de la red. Los copagos no se aplican a ningún servicio cubierto.

¿Los servicios de atención preventiva están 100% cubiertos?

Ciertos gastos de atención preventiva dentro de la red están cubiertos al 100%, sin necesidad de deducible ni coseguro. Los servicios de atención preventiva fuera de la red no están cubiertos. Para confirmar los servicios considerados atención preventiva, visite el sitio web de su plan médico o la información sobre beneficios de salud a través de HR Direct.

¿Cómo funciona mi cobertura de medicamentos recetados?

Cuando se inscribe en la cobertura médica, también tendrá cobertura de medicamentos recetados. Según el diseño del plan médico, se aplican deducibles y coseguros a los medicamentos recetados cubiertos. Debe alcanzar el deducible de su plan médico antes de que el plan comience a pagar los medicamentos recetados. Al alcanzar su deducible, se aplicará un coseguro. Se han establecido algunos límites por receta para limitar su exposición financiera para medicamentos recetados de alto costo.

¿Cómo puedo obtener mi medicamento de mantenimiento de 90 días que tomo regularmente para afecciones como presión arterial alta o asma?

Puede elegir llenar su suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento en CVS Pharmacy® o a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark®. Al hacerlo, obtendrá sus medicamentos a un costo menor y cumplirá con los requisitos de su plan.

¿Existen opciones de entrega disponibles para mi medicamento?

Sí. Puede recibir su suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días junto con medicamentos de corto plazo (como antibióticos). Hay dos velocidades de entrega disponibles:

- Entrega a pedido: recíballo el mismo día por una pequeña tarifa.*
- Entrega en 1-2 días: recíballo en 1-2 días de parte de USPS, sin costo adicional para usted

Preguntas frecuentes sobre las cuentas de ahorro

¿Cuál es el monto máximo anual que puedo aportar a una Cuenta de ahorros de gastos de salud (HSA)?

Los límites máximos de contribución a la HSA para 2025 son:

Cobertura individual	Cobertura familiar
\$4,300	\$8,550

Si tiene más de 55 años antes del 31 de diciembre, puede aportar \$1,000 adicionales.

Es su responsabilidad no exceder la contribución máxima a la HSA del IRS (incluida la HSA de su cónyuge u otra persona).

* Tenga en cuenta que los límites máximos anteriores incluyen cualquier contribución del empleador que usted califique para recibir. Si es elegible para recibir contribuciones del empleador, tenga esto en cuenta al elegir el monto de su objetivo de ahorro para el año.

¿Perderé el dinero que aporte a mi HSA si no lo uso durante el año?

No. No lo perderá si no lo gasta antes de una fecha determinada o si cambia de empleador.

¿Cuál es el monto máximo anual que puedo aportar a una Cuenta de gastos flexibles (FSA) de propósito limitado?

La contribución máxima del empleado a la FSA de propósito limitado será de \$3,200. Solo puede solicitarse el reembolso de los gastos dentales y de la vista desde una FSA de propósito limitado.

¿Cuál es el monto máximo anual que puedo aportar a una Cuenta de gastos de cuidado dependiente (DCSA)?

Puede aportar hasta \$5,000 (hasta \$2,500 si está casado y declara sus impuestos por separado) a la FSA para el cuidado de dependientes por año. Para cumplir con los requisitos de pruebas de no discriminación, el monto máximo de contribución anual a la DCSA seguirá siendo de \$3,200 en 2025 para los empleados que ganen más de \$150,000 al año.

¿Se pueden realizar cambios en mi Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (FSA) y en mi Cuenta de gastos de cuidado dependiente durante el año?

No. Las elecciones son irrevocables durante la duración del año del plan. Sin embargo, después de un evento de cambio de estado calificado, un empleado elegible puede tener un período de tiempo limitado para realizar un cambio de elección según el plan.

Otras preguntas frecuentes

¿Qué son las contribuciones basadas en el salario?

Las contribuciones basadas en el salario vinculan el monto que usted paga por la cobertura médica a su salario base anual. Los empleados que ganan un salario más alto pagarán más por la cobertura médica. Si tuvo un aumento salarial en 2024, sus contribuciones a la prima médica para 2025 podrían aumentar.

¿Cómo se define el salario? ¿Incluye las bonificaciones y las horas extra?

El salario se define como su salario base anual antes de que se le resten impuestos u otras deducciones. No se incluyen bonificaciones, comisiones, diferenciales de turno ni pago de horas extras. Su salario base al 30 de septiembre de 2024 se utilizará para determinar sus contribuciones basadas en el salario para 2025.

¿Qué pasa si no realizo ninguna acción para inscribirme?

Si no se inscribe activamente durante la inscripción anual y tiene cobertura médica, dental y de la vista hoy, continuará teniendo cobertura en 2024. **Asegúrese de iniciar sesión en la Inscripción anual a los beneficios para revisar su cobertura y asegurarse de que todos los costos y la cobertura para el año del plan 2025 sean los correctos.**

Si contribuyó a una Cuenta de ahorros de gastos de salud en 2024, continuará teniendo la misma elección en 2025. Si actualmente está inscrito en una Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (FSA) o en una Cuenta de gastos de cuidado dependiente (DCSA), **esas elecciones no se transferirán al próximo año.**

Si ha renunciado a la cobertura de atención médica en 2024 y no toma ninguna medida, la renuncia se mantendrá en 2025.

¿Puedo cubrir a mi pareja de hecho con los planes médicos, dentales y de la vista de Honeywell?

Sí, la pareja de hecho de un empleado elegible es elegible para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista según el Plan. Para estos efectos, una pareja de hecho es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto al del empleado que tiene en su posesión personal un registro gubernamental estatal o local u otra documentación de pareja de hecho firmada por ambas partes. El documento debe tener una fecha anterior a la inscripción para recibir los beneficios. Los empleados con parejas de hecho deben notificar a HR Help si hay un cambio en la pareja de hecho que pondría fin al registro gubernamental estatal o local. Las consecuencias fiscales de la cobertura del plan para parejas de hecho se regirán y determinarán de conformidad con los requisitos federales, estatales y locales aplicables. Es posible que se le solicite que proporcione prueba de elegibilidad del dependiente.

¿Cuánto tendré que pagar por la cobertura de mi pareja de hecho?

Las contribuciones para la cobertura de una pareja de hecho tendrán un costo similar al de un empleado que cubre a su cónyuge. Sin embargo, la parte de la contribución asignada a su pareja de hecho elegible (y a sus hijos elegibles, si corresponde) se retendrá sobre una base después de impuestos. Además, el valor de la cobertura de salud proporcionada por el plan se considera salario para fines impositivos federales o estatales y, por lo tanto, se agregará a sus ingresos del formulario W-2.

Si declara a su pareja de hecho como su dependiente fiscal según el Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) §152, el valor de la cobertura de salud proporcionada por el plan puede no considerarse salario para fines fiscales. Si esto se aplica a su caso, deberá notificar a HR Help al 1-877-258-3699.

¿Puedo presentar las reclamaciones de reembolso de mi pareja doméstica bajo la cuenta de gastos flexibles de propósito limitado o la cuenta de ahorros de gastos de salud?

Por lo general, las reclamaciones solo pueden reembolsarse al empleado, al cónyuge del empleado o a los dependientes fiscales del empleado. Sin embargo, si puede declarar a su pareja de hecho como dependiente fiscal según el Código de Rentas Internas §152, entonces podrá presentar los reclamos de reembolso de su pareja de hecho. Si tiene preguntas, consulte a su asesor fiscal.

* La mayoría de los medicamentos recetados son elegibles para entrega con planes de salud calificados. Los pedidos llegan el mismo día antes de las 8 p. m. de lunes a viernes y de las 4 p. m. los sábados y domingos, los siete días de la semana. Los pedidos deben realizarse antes de las 4 p. m. o cuatro horas antes del cierre de la farmacia, lo que ocurra primero, para garantizar la entrega el mismo día. Se aplican horarios de corte de pedidos y tarifas de envío. La entrega está limitada a ciertas zonas dentro de un radio de 10 millas de los locales de CVS Pharmacy, y según lo permitan las pautas y regulaciones estatales. Únicamente en locales participantes. El miembro o un representante del miembro debe estar presente en la dirección de entrega para recibir un paquete de medicamentos recetados. Su entrega se proporciona a una tarifa especial como parte de su plan de beneficios de medicamentos con receta. Se le notificará la tarifa antes de realizar el pago por adelantado de su pedido de entrega. Se aplican otras restricciones; consulte www.cvs.com/RxDelivery o pregunte al personal de la farmacia para obtener más detalles.

** La mayoría de los medicamentos recetados son elegibles con planes de salud calificados. El período de entrega no incluye domingos ni días festivos de USPS. Se aplican horarios de corte de pedidos y tarifas de envío. Únicamente en locales participantes. Entrega no disponible en todas las direcciones. Los precios de envío pueden ser diferentes a los precios de la tienda. Es posible que los cupones o promociones no estén disponibles con pedidos de entrega. Se aplican otras restricciones. Pregunte al personal de la farmacia para obtener más detalles. Su entrega se proporciona a una tarifa especial como parte de su plan de beneficios de medicamentos con receta. Se le notificará la tarifa antes de realizar el pago por adelantado de su pedido de entrega. Se aplican otras restricciones; consulte www.cvs.com/RxDelivery o pregunte al personal de la farmacia para obtener más detalles.

¹ Se excluyen los empleados de FM&T y aquellos cubiertos por un convenio colectivo de trabajo, excepto en la medida en que dicho convenio colectivo de trabajo adopte específicamente las disposiciones de esta Política