

Médico

Copago UHC \$5,000/HSA \$3,000 Plan

Número De Póliza 917161

Servicio Al Cliente - 866-844-4864 www.uhc.com

Dental - Plan Delta Dental Alto/Bajo

Número De Póliza 31237-000-10001-00001/2

Servicio Al Cliente - 602-938-3131 www.deltadentalaz.com

Oftalmológico - Metlife

Número De Póliza 5915711

Servicio Al Cliente - 800-275-4638 www.metlife.com

Vida/AD&D - Unum

Número De Póliza 141016

Servicio Al Cliente - 866-679-3054 www.unum.com

Voluntario STD & LTD - Mutual Of Omaha

Número De Póliza G000BJ8J

Servicio Al Cliente - 800-646-8882 www.mutualofomaha.com

Voluntario, Accidente, Indemnización Hospitalaria, Enfermedad Crítica - UnitedHealthcare

Número De Póliza 30833

Servicio Al Cliente - 800-539-0038 www.myuhcfc.com

Protección De Identidad - Allstate

Servicio Al Cliente 800-789-2720 www.allstateidentityprotection.com

ASPCA - Seguro Para Mascotas

www.aspcapetinsurance.com/MEB

Cuenta De Gasto Flexible - HSA Bank

Servicio Al Cliente - 800-357-6426 www.hsabank.com

Cuenta de Ahorros para la Salud - HSA Bank

Servicio Al Cliente - 800-357-6246 www.hsabank.com

Teladoc

Servicio Al Cliente - 800-835-2362 www.teladoc.com

Plan De Asistencia Al Empleado-Jorgensen Brooks

Servicio Al Cliente - 888-520-5400 www.jorgensenbrooks.com

401k

Plan De Jubilación John Hancock

Número De Plan 113439

Número De Acceso A La Inscripción 219632

Servicio Al Cliente - 800-395-1113 myplan.johnhancock.com

Para resúmenes detallados de los planes de salud, ingrese a:

<https://c2mb.ajg.com/bryten/home/>

¡FUTURAS OPORTUNIDADES DE DESCUENTO EN BIENESTAR!

Los descuentos de beneficios para 2026 requerirán su participación en el Programa de Bienestar en 2025.

Esté atento a las comunicaciones sobre Bienestar a lo largo del año.

Este folleto presenta únicamente los aspectos más destacados de los beneficios que ofrece Bryten Real Estate Partners. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan están sujetos a limitaciones y exclusiones adicionales. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan para conocer todos los detalles de la cobertura. En caso de discrepancia entre el texto del presente documento y el del Resumen de Beneficios y Cobertura, prevalecerá el texto del Resumen de la Descripción del Plan.

En caso de cese de la relación laboral, se deducirá una última prima de la última nómina.

Los beneficios Médicos/Dentales/de Visión finalizarán a final de mes (todos los demás finalizan en la fecha de vencimiento).

Beneficios 2025-2026

Sus elecciones de inscripción actualizadas entrarán en vigor
4/1/2025 - 3/31/2026

Bryten

REAL ESTATE PARTNERS

Opciones De Beneficios Dedicados A Su Salud Y Bienestar

Lo Más Destacado De Los Beneficios Del Empleado

Para Mas Detalles, Inicie Sesión en:

<https://c2mb.ajg.com/bryten/home/>

Si Tiene Mas Preguntas,
Contacte

benefits@livebryten.com

Médico
UnitedHealthcare EPO \$5,000 Deducible

Dentro De La Red

Deducible \$5,000 individual / \$10,000 familiar
Coaseguro 0%

De su bolsillo \$6,350 Individual/\$12,700Familiar

Máximo De Por Vida Ilimitadas

Visitas Al Consultorio -PCP y especialista \$25 /\$50

Sala De Urgencia 0% después del deducible

Atención De Urgencia Copago de \$50

Servicios Preventivos Cubiertos al 100%

Servicios De Diagnóstico Copago por visita al consultorio y/o 0% (Scanner CT, MRI, Scanner PET, etc.) después del deducible

Servicios Hospitalarios 0% después de deducible

Medicamentos Con Receta

Nivel 1 (suministro de 30 días) \$10
Nivel 2 (suministro de 30 días) \$35
Nivel 3 (suministro de 30 días) \$65
Pedidos por correo (suministro de 90 días) 2 X Copago

Fuera De La Red

No cubierto

Unitedhealthcare HSA \$3,000 Deducible

Dentro De La Red

Deducible \$3,000 individual/ \$6,000 familiar
\$3,300 individual/ \$6,000 familiar

Coaseguro 0%

De Su Bolsillo \$3,000 Individual/\$6,000 Familiar

Máximo De Por Vida Ilimitadas

Visitas Al Consultorio PCP y especialista 0% tras deducible

Sala De Urgencias 0% tras deducible

Atención De Urgencia 0% tras deducible

Servicios Preventivos Cubiertos al 100%

Servicios De Diagnóstico 0% tras deducible (Scanner CT, MRI, Scanner PET, etc.)

Servicios Hospitalarios 0% después de deducible

Medicamentos Con Receta

Nivel 1 (suministro de 30 días) 0% tras deducible
Nivel 2 (suministro de 30 días) 0% tras deducible
Nivel 3 (suministro de 30 días) 0% tras deducible
Pedidos Por Correo (suministro de 90 días) 0% tras deducible

Fuera De La Red

No Cubierto

Plan Oftalmológico MetLife		
Beneficios	En Red	Fuera De Red
Examen Ocular/Refracción	Copago De \$0	Reembolso De Hasta \$45
Lentes Oftalmológicas Monofocales	Copago De \$0	Reembolso De Hasta \$30
Lentes Bifocales	Copago De \$0	Reembolso De Hasta \$50
Lentes Trifocales	Copago De \$0	Reembolso De Hasta \$65
Marcos Estándar	Hasta \$150 De Subsidio	Reembolso De Hasta \$70
Lentes De Contacto	MetLife cubre los lentes de contactos médicamente necesarios	Hasta \$210 por lentes de contacto médicamente necesarios
Frecuencia De Los Servicios Exámenes /Lentes /Lentes De Contacto Monturas	12 meses 24 meses	

Opciones Del Plan Delta Dental Bajo

*= Se Aplica Cuando Se Alcanza El Deducible	En Red	Red Premier	Fuera De La Red
Deducible Anual (Año Calendario)			
Individual	\$50	\$100	\$100
Familia	\$150	\$300	\$300
Máximo Anual Del Plan	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Tipo I - Exámenes De Diagnóstico Y Preventivos /Limpiezas/Rayos X	0%	20%	20%
Tipo II - Servicios Básicos Empastes	20%*	40%*	40%*
Tipo III - Servicios Principales Periodoncia /Endodoncia	50%*	50%*	50%*
Tipo IV - Servicios De Ortodoncia Limite De Edad (Adulto Y Niño)	50%	50%	50%
Máximo De Por Vida	\$1,000	\$1,000	\$1,000
% Razonable Y Habitual		PremierR&C	51%

Opciones Plan Delta Dental Alto

*= Se Aplica Cuando Se Alcanza El Deducible	En Red	Dentista Premier	Fuera De La Red
Deducible Anual (Año Calendario)			
Individual	\$25	\$25	\$25
Familia	\$75	\$75	\$75
Máximo Anual Del Plan	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Tipo I - Exámenes De Diagnóstico Y Preventivos /Limpiezas/Rayos X	0%	0%	0%
Tipo II - Servicios Básicos Empastes/Periodoncia/ Endodoncia	20%*	20%*	20%*
Tipo III - Servicio Principal Corona /Dentadura /Puente	50%*	50%*	50%*
Tipo IV - Servicios De Ortodoncia Limite De Edad (Adulto Y Niño)	50%	50%	50%
Máximo De Por Vida	\$2,500	\$2,500	\$2,500
% Razonable Y Habitual		PremierR&C	51%

Descuento Por Bienestar - \$30.00 al mes

Se Aplica Únicamente Al Plan Médico.

Póngase En Contacto Con RRHH Para Más Detalles

Médico - Tarifas MENSUALES Unitedhealthcare

EPO – \$5,000 Deducibles	Descuento	
Solo Empleado	\$120.00	\$90.00
Empleado Y Cónyuge	\$628.00	\$598.00
Empleados E Hijos	\$314.00	\$284.00
Familia	\$985.00	\$955.00

HSA ⁽¹⁾ – \$3,000 Deducibles	Descuento	
Solo Empleado	\$90.00	\$60.00
Empleado Y Cónyuge	\$585.00	\$555.00
Empleados E Hijos	\$283.00	\$253.00
Familia	\$961.00	\$931.00

(1) Además, Una Contribución Bryten De \$16.66 Al Mes A Su HSA (\$200 Anuales).

PPO Dental - Delta Dental (no se emiten tarjetas)

Plan Bajo

Solo Empleado	\$28.16
Empleado Y Cónyuge	\$55.95
Empleado E Hijos	\$59.39
Familia	\$95.01

Plan Alto

Solo Empleado	\$48.62
Empleado Y Cónyuge	\$96.82
Empleado E Hijos	\$100.80
Familia	\$162.02

Oftalmológico - MetLife (no se emiten tarjetas)

Solo Empleado	\$6.98
Empleado Y Cónyuge	\$13.98
Empleados E Hijos	\$11.83
Familia	\$19.52