

**Beneficiamos
juntos.**



GUÍA DE BENEFICIOS
PARA EMPLEADOS 2026



Bienvenido a su Guía de Beneficios para Empleados 2026

ÍNDICE

Elegibilidad e inscripción	3
Cobertura médica y medicamentos recetados	4
Cobertura dental	10
Cobertura de la vista	11
Cuentas con ventajas fiscales	12
Beneficios de protección financiera . .	13
Beneficios personales y de bienestar .	16
Beneficios de tiempo libre	17
Beneficios de retiro de Fidelity	18
Encontrar lo que se adapte mejor. . .	19
Información de contacto y recursos .	20
Avisos anuales.	21

Los empleados como usted son nuestro activo más importante. El éxito de Standard Motor Products es gracias a usted—y nosotros nos preocupamos por su bienestar.

Por esa razón ofrecemos un programa de beneficios completo y flexible, diseñado para apoyar su salud, su bienestar financiero y la vida por fuera del trabajo.

Dedique algún tiempo a explorar su Guía de Beneficios para Empleados y conozca sus opciones de beneficios, programas de bienestar y recursos de apoyo. Porque cuando se trata de los beneficios, tenemos éxito cuando **nos beneficiamos juntos**.



En SMP, nuestros empleados son familia. Y parte de cuidar a nuestra familia es ofrecerle a usted herramientas para apoyar su salud física, financiera y mental.

Eric P. Sills
Presidente del Consejo, Director General y Presidente



El sitio de sus beneficios recibió una transformación importante—ahora está hecho para llevarle a donde necesite ir.

Escuchamos que usted desea información sobre beneficios, clara, fácil de encontrar y en un solo lugar, y nuestro sitio web de beneficios, mejorado recientemente, lo hace. Visite SMPbenefits.com (o escanee el código QR con su dispositivo móvil) para explorar a cualquier hora y desde cualquier lugar. En esta guía encontrará información detallada sobre todos los planes de beneficios, que incluye Descripciones Resumidas del Plan completas.



Si tiene alguna pregunta sobre su situación personal, siempre puede enviar un correo electrónico a benefits@SMPcorp.com.

Elegibilidad e inscripción

Quién es elegible para tener cobertura

Usted es elegible para los beneficios descritos en esta guía si trabaja regularmente al menos 30 horas por semana. (Los empleados temporales y de temporada no son elegibles para los beneficios.)

También puede cubrir a los dependientes con muchos de nuestros beneficios, incluyendo los planes médicos, dentales y de la vista. Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal
- Sus hijos naturales, adoptados, en acogida o hijastros

Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta el 31 de diciembre del año en que alcanzan la edad de 26 años (para seguro médico, dental, de la vista y de vida voluntario).

Además, los hijos de cualquier edad que queden discapacitados mentalmente o físicamente antes de los 26 años y sean totalmente dependientes de usted pueden permanecer cubiertos bajo sus beneficios siempre y cuando hayan estado cubiertos por su plan en el momento en que comenzó su discapacidad.

Cuándo comienzan los beneficios

Inscripción como empleado recién contratado. Debe inscribirse o renunciar a la cobertura dentro de los 30 días de la fecha de su contratación. Cuando se inscribe en este periodo, su cobertura para casi todos los beneficios entra en vigor el primer día de empleo con Standard Motor Products. No hay periodo de espera. La única excepción es el plan de retiro: Usted es elegible el primer día del siguiente trimestre después de terminar 30 días de servicio.

Inscripción durante la Inscripción Abierta anual. Los empleados deberán examinar sus beneficios cada año durante el periodo de Inscripción Abierta, que típicamente es en el otoño. Cuando usted hace cambios durante la Inscripción Abierta, sus nuevos beneficios entrarán en vigor el siguiente 1 de enero.

Cómo inscribirse

Ya sea que usted es un nuevo empleado, esté revisando sus opciones durante la Inscripción Abierta, o esté haciendo un cambio a consecuencia de un evento de vida que califique, usará nuestro sistema de HRIS, **Dayforce**. Si tiene preguntas o necesita ayuda con Dayforce, comuníquese con su representante de Recursos Humanos de SMP.

CÓMO HACER CAMBIOS DURANTE EL AÑO

Puede hacer cambios a sus beneficios fuera del periodo de Inscripción Abierta **en un plazo de 30 días después de un evento de vida que califique**, como:

- Matrimonio
- Divorcio o separación legal
- El nacimiento o la adopción de un niño
- Obtener o perder cobertura en otro lugar (por ejemplo, el empleador de su cónyuge)
- Muerte de un cónyuge o dependiente
- Cambio de situación laboral de tiempo parcial a tiempo completo (o viceversa) de usted o su cónyuge
- Obtención o pérdida de la elegibilidad para Medicaid, un Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP), o un subsidio para ayuda con primas al amparo de estos programas (periodo de elección especial de 60 días).

Usted tiene 30 días para cambiar su cobertura a partir de la fecha de su evento de vida que califique. Su cobertura comenzará en la fecha del evento que califique, siempre y cuando usted envíe los documentos requeridos.

¡SE REQUIERE LA INSCRIPCIÓN ACTIVA!

Para tener cobertura en 2026, debe inscribirse durante la Inscripción Abierta. Si no actúa, el próximo año **no tendrá cobertura de beneficios**.



Escanee este código QR para ver los materiales de sus beneficios en [SMPbenefits.com](https://www.smpbenefits.com)



Vaya a [DayforceHCM.com](https://www.dayforcehcm.com) para inscribirse antes del **14 de noviembre**

Cobertura médica y de medicamentos recetados

Le ofrecemos tres opciones de plan médico. Cada plan tiene una prima diferente (aportaciones mensuales que salen de su cheque de pago) y gastos de bolsillo (lo que paga cuando recibe atención durante el año). Estas son algunas cosas clave que debe saber sobre sus opciones de plan médico:

- 1 Están administrados por Anthem BCBS.** Nuestros tres planes médicos usan la misma red nacional de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de Anthem BCBS. Todos los planes le dan la opción de ir con cualquier médico u hospital que desee, pero en general pagará más por la atención cuando salga de la red.
- 2 La atención preventiva es gratis cuando recibe servicios dentro de la red.** No hay que cubrir copagos, coaseguro ni deducibles. Así que, hágase sus exámenes físicos anuales y estudios de rutina como la presión sanguínea y el colesterol, el cáncer de mama y próstata, así como inmunizaciones según la edad, por \$0.
- 3 Los tres planes tienen un deducible.** Un deducible es la cantidad que debe pagar antes de que usted y el plan comiencen a compartir el costo de ciertos servicios. (La excepción es atención preventiva que, como se indicó arriba, está cubierta al 100% dentro de la red.) Las cantidades de deducible varían en los tres planes.
- 4 Nuestras dos opciones de HDHP vienen con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA).** La HSA es un tipo especial de cuenta que le ayuda a ahorrar para los costos médicos hoy y en el futuro. Conozca más sobre la HSA en la página 12.

Cuando se trata de escoger el plan médico correcto, todos tenemos diferentes necesidades y prioridades. No hay un plan que sea el “mejor” plan; cada plan médico tiene características que lo convierten en el que se adapta “mejor” para los empleados dependiendo de su situación individual o familiar.



COMPRENSIÓN DE LOS ELEMENTOS BÁSICOS

Estos son algunos términos para ayudarle en la revisión de las opciones de plan médico:

- **Prima:** Aportaciones mensuales que se deducen de su cheque de pago antes de impuestos.
- **Deducible:** La cantidad que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar cada año.
- **Coaseguro:** La parte que usted paga por los servicios después de alcanzar el deducible.
- **Copago:** La cantidad fija que usted paga por un servicio cubierto en el momento de recibirlo. Observe que los copagos *no* se aplican a su deducible, pero *sí* se aplican para su máximo de su bolsillo.
- **Gastos de bolsillo:** La cantidad que su plan médico no cubre, y que usted debe pagar. Por ejemplo, un copago es un gasto de bolsillo.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima que usted paga cada año por costos médicos. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga 100% por toda la atención cubierta que usted reciba por el resto del año calendario.

¡OBTENGA ATENCIÓN DE CUALQUIER LUGAR!

Con la **aplicación Sydney Health** de Anthem, puede ver médicos desde cualquier lugar. **¿Necesita atención urgente?** Escoja LiveHealth Online para visitas 24/7 sin cita. **¿Necesita atención constante?** Escoja Virtual Primary Care (Atención primaria virtual) para chequeos regulares y apoyo con necesidades de salud a largo plazo. ¡Visite sydneyhealth.com para descargar hoy mismo!

Comparación de planes médicos

La tabla siguiente compara los beneficios dentro de la red de los tres planes. Puede utilizar a cualquier proveedor, pero los costos son más altos fuera de la red de Anthem. Para los detalles de los beneficios fuera de la red, visite SMPbenefits.com.

	PLAN PPO	PLAN BÁSICO HDHP	PLAN DE VALOR HDHP
Beneficios dentro de la red			
Deducible (individual/familiar)*	\$1,300/\$2,400	\$2,200/\$4,200	\$4,000/\$8,000
Coaseguro después del deducible	Usted paga 10%	Usted paga 10%	Usted paga 20%
Máximo de gastos del bolsillo (individual/familiar)	\$2,400/\$4,600	\$3,950/\$7,700	\$6,350/\$12,700
Servicios de médicos y hospitales			
Atención preventiva	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Visita al consultorio (atención primaria y especialista)	\$25 atención primaria \$40 especialista	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Visitas virtuales			
Salud general	\$0	\$50, después del deducible	\$50, después del deducible
Dermatología	\$40	\$40, después del deducible	\$40, después del deducible
Salud mental (psiquiatra)	Usted paga 10% después del deducible	\$200 primera visita, \$100 visitas subsecuentes, después del deducible	\$200 primera visita, \$100 visitas subsecuentes, después del deducible
Salud mental (psicólogo o terapeuta)	\$0	\$90, después del deducible	\$90, después del deducible
Atención urgente	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Sala de emergencias	\$250 copago	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Atención con hospitalización***	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Atención hospitalaria ambulatoria***	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Laboratorios, radiografías e imágenes de diagnóstico**	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
Cobertura de medicamentos recetados****			
Farmacia al por menor (suministro para 30 días)		Todas las recetas que no sean preventivas están sujetas a deducible y coaseguro. Hay varios medicamentos preventivos disponibles en forma gratuita en las siguientes categorías: Control de la natalidad, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, colesterol alto, y dejar de fumar. Hay una lista completa de medicamentos cubiertos disponible en la Biblioteca de documentos en SMPbenefits.com.	
Genérico (Nivel 1)	\$5 copago		
Marca preferida (Nivel 2)	\$30 copago		
Marca no preferida (Nivel 3)	\$60 copago		
Medicamento de especialidad (Nivel 4)	\$75 copago		
Pedido por correo (suministro para 90 días)			
Genérico (Nivel 1)	\$7.50 copago		
Marca preferida (Nivel 2)	\$45 copago		
Marca no preferida (Nivel 3)	\$90 copago		
Medicamento de especialidad (Nivel 4)	\$112.50 copago		

* En ambas opciones de HDHP, el deducible familiar está combinado. Si cubre a dependientes, todos los reclamos cuentan para el deducible total, que debe alcanzarse antes de que comience el coaseguro. Una vez que lo alcance, toda la familia paga el coaseguro.

** La generación de imágenes de alta tecnología (IRM/TC) requiere autorización previa o se aplica una penalización de \$50. Pida a su médico que llame al 1-888-953-6703 (en su tarjeta de identificación médica).

*** Cuando utiliza a Lantern, se renuncia a la participación de costo del miembro en el plan PPO (consulte la página 17). La participación del costo del miembro en los planes HDHP se renuncia después de alcanzar el deducible mínimo según el IRS.

**** Hay un recargo de nivel de farmacia por usar una farmacia de Nivel 2 (consulte la página 8).

Un examen más detallado de la Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

Tanto el Plan Básico HDHP como el Plan de Valor HDHP vienen con una HSA. Examinemos de cerca todas las ventajas de una HSA.

Ofrece una triple ventaja fiscal.	¡Incluso más ventajas fiscales que un plan 401(k)! El dinero está libre de impuestos cuando entra, a través de la conveniencia de las aportaciones de nómina, lo que reduce sus ingresos gravables. Está libre de impuestos cuando crece, al igual que los intereses o las ganancias de inversiones no están sujetos a impuestos. Y está libre de impuestos cuando lo usa en gastos de cuidado de la salud que califiquen. Esto significa que ahorra dinero en cosas como su coaseguro y deducibles médicos, dentales y de la vista.
Sus aportaciones son flexibles.	Usted escoge la cantidad libre de impuestos que quiere aportar para 2026 en el momento de inscribirse, pero esa decisión no queda bloqueada. De hecho, a diferencia de una FSA, puede cambiar esta cantidad en cualquier momento durante el año con la frecuencia que quiera a medida que cambien sus necesidades y su presupuesto. Incluso puede transferir fondos directamente desde su cuenta de cheques. Cuanto más pueda ahorrar, más crecerá su dinero con el tiempo, pero no tiene que hacer ninguna aportación mínima.
Es fácil de usar.	Además de poder manejar su cuenta en línea, hay varias maneras de usar su HSA para pagar gastos. Puede usar la tarjeta de débito de la HSA, usar el sitio web o enviar dinero a su proveedor electrónicamente, o reembolsarse de su HSA por reclamaciones pagadas en efectivo a principios del año.
Siempre es su dinero.	Al igual que una cuenta bancaria, usted es dueño de su HSA, así que es suya y la puede conservar y usar incluso si cambia de plan médico, sale de SMP, o se jubila. No hay una regla de "úselo o piérdalo" como con una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA). Lo que es más, usted tiene el control completo de cómo se gasta el dinero que está en su HSA. Puede usar los fondos cada año para ayudar a cubrir los costos actuales, o ahorrar para el futuro, aumentando el saldo de su cuenta con el tiempo. Incluso puede usar su HSA para pagar primas por cobertura médica después de retirarse.

¡APORTACIONES A LA HSA DE SMP!

Si se inscribe en una de las dos opciones médicas de HDHP, SMP aportará a su HSA. Conozca más sobre la HSA en la página 12.

¿SOY ELEGIBLE PARA UNA CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)?

Puede inscribirse en un HDHP y aportar a la HSA si:

- No tiene cobertura de ningún otro plan médico, incluida una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Cuidado de la Salud proporcionada por Standard Motor Products o el empleador de su cónyuge
- No está inscrito en Medicare (A, B, o D)
- No está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

Entienda sus opciones de atención

Saber a dónde ir a recibir atención le puede ahorrar tiempo y dinero. La sala de emergencias, el hospital y la atención urgente atienden necesidades diferentes; elegir la opción adecuada le ayuda a recibir la atención adecuada con el costo adecuado. Use la guía siguiente para ver cuándo tiene más sentido ir a cada uno de esos lugares.

	ATENCIÓN COTIDIANA		URGENTE (PERO NO PONE EN PELIGRO LA VIDA)	EMERGENCIA GRAVE O QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA
Ejemplos	Resfriado o gripe, dolor controlable, dolor de garganta o tos, alergias, dolor de cabeza, conjuntivitis, sarpullido, sospecha de infección		Emergencias que requieren atención en menos de 24 horas (por ej., cortaduras, quemaduras leves, esguinces, dolor de articulaciones, reacciones alérgicas, infecciones respiratorias)	Dolor en el pecho, dificultad para respirar, mareo de repente, debilidad, dolor intenso, hemorragia sin control, convulsiones, fractura compuesta, hueso roto
Proveedor	Telesalud o atención virtual	Consulta de atención primaria	Centro de atención urgente	Sala de emergencias
Costo				
Conveniencia				

Apoyo 24/7 con LiveHealth Online

Si está inscrito en un plan médico de Standard Motor Products, usted y sus dependientes cubiertos tienen acceso a LiveHealth Online, un servicio virtual de atención urgente que es fácil de usar, sin citas ni largos tiempos de espera. Médicos certificados por la junta pueden valorar su padecimiento, darle un consejo médico y enviar recetas a su farmacia. Se tiene disponible el apoyo en español los siete días de la semana a través de Cuidado Médico en LiveHealth Online. Hable con un médico de LiveHealth Online, además de con psicólogos, dermatólogos, consultores en lactancia y más, por medio de la sección de atención virtual de la aplicación Sydney Health o en livehealthonline.com. Se aplica la parte del costo del miembro.



Beneficios de medicamentos recetados

Cuando se inscribe en un plan médico de Anthem BCBS, tiene cobertura de medicamentos recetados a través de CarelonRx. CarelonRx tiene programas para ayudarle a usted y a la compañía a controlar mejor los costos de medicamentos.

- **Autorización previa:** Su médico debe obtener aprobación de Anthem al recetar ciertos medicamentos para asegurarse de que los medicamentos se usan en la forma que recomienda la FDA.
- **Genérico preferido:** Los miembros deben comprar el equivalente genérico de un medicamento de marca a menos que su médico haya recibido autorización previa para que el medicamento se surta como un medicamento de marca. Si escoge sin autorización previa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, pagará la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el del genérico.
- **Terapia escalonada:** Si su médico receta un medicamento específico, es posible que necesite probar uno o más medicamentos antes de que Anthem cubra el medicamento que su médico recetó.
- **Programa de especialidad exclusivo:** Debe surtir las recetas de medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidades CarelonRx.
- **Recargo de nivel de farmacia:** Los miembros pueden surtir recetas en las farmacias de Nivel 1 y Nivel 2. Si va a una farmacia de Nivel 2, pagará un recargo (PPO: \$10 / HDHP: 10%). Inicie sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) para encontrar una farmacia Nivel 1 cerca de usted.
- **Límites a la cantidad:** Los miembros no pueden superar la cantidad de medicamentos (número de píldoras) cubierta que se surte en un periodo de tiempo dado.
- **Programa de pedidos por correo y opciones de suministro para 90 días en las farmacias al por menor:** SMP requiere que surta los medicamentos de mantenimiento usando los pedidos por correo de entrega en casa de CarelonRx, lo que le ahorrará dinero a usted y a la compañía.¹ Usted recibe un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento en casa en lugar de ir a la farmacia cada 30 días. Con los pedidos por correo, puede ahorrar aproximadamente 33% del costo de los medicamentos. Además, con la Red Retail 90 de Carelon, puede obtener un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento por el mismo costo que el programa de envío por correo en más de 26,000 farmacias al por menor en todo el país (incluyendo **Walmart** y CVS).
- **Ayuda con el costo:** Esta característica combina una estrategia de diseño del plan de copago de especialidad con una mejor experiencia del miembro para ayudar a optimizar los ahorros de los programas de asistencia al fabricante disponibles, lo que reduce los costos de medicamentos de especialidad para el miembro y la compañía.

¹ Para los miembros en Oklahoma, SMP cumple con la legislación estatal aplicable con respecto a los requisitos de la farmacia de pedidos por correo y la minorista.

Programa de bienestar de SMP

Ofrecemos un programa de bienestar a través de Anthem para ayudar a los empleados que estén en nuestros planes médicos a seguir estando saludables y ahorrar dinero. El programa de bienestar le da la oportunidad de reducir sus primas médicas al dar **un solo paso simple** para cuidar su salud: un examen de atención preventiva anual. La atención preventiva y los exámenes de rutina son la mejor manera de que usted tenga su mejor estado de salud y evite que haya problemas más graves más adelante.

Usted (y su cónyuge, si tiene cobertura con su plan médico) debe terminar su examen preventivo anual a más tardar el 15 de octubre de 2026 para evitar un aumento en la prima en 2027. La fecha de su examen puede ser entre el 16 de octubre de 2025 y el 15 de octubre de 2026. **Tome en cuenta:** Nuestro plan médico permite un examen físico anual por año; no requiere 12 meses entre las citas.

Si se le contrató el 15 de julio de 2026 o después, no tiene que completar el programa para bajar sus primas.

Inicie sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) o acceda a la aplicación Sydney Health. Luego, vaya a My Health Dashboard (Tablero My Health) > My Rewards (Mis recompensas).

Primas mensuales del plan médico

Las aportaciones del empleado mensuales antes de impuestos por cobertura médica se basan en franjas salariales.

1 Primero, encuentre su franja salarial:

FRANJA	MÍNIMO	MÁXIMO	FRANJA	MÍNIMO	MÁXIMO
1	—	\$30,000	9	\$90,001	\$100,000
2	\$30,001	\$35,000	10	\$100,001	\$110,000
3	\$35,001	\$40,000	11	\$110,001	\$120,000
4	\$40,001	\$50,000	12	\$120,001	\$130,000
5	\$50,001	\$60,000	13	\$130,001	\$140,000
6	\$60,001	\$70,000	14	\$140,001	\$150,000
7	\$70,001	\$80,000	15	\$150,001	\$1,000,000
8	\$80,001	\$90,000			

2 Luego, encuentre su franja en las tablas de tarifas para cada opción de plan médico:

FRANJA	PLAN PPO				PLAN BÁSICO HDHP				PLAN DE VALOR HDHP			
	Empleado solamente	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia	Empleado solamente	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia	Empleado solamente	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia
1	\$114	\$254	\$246	\$322	\$69	\$184	\$179	\$230	\$32	\$87	\$85	\$108
2	\$147	\$304	\$290	\$387	\$100	\$233	\$223	\$293	\$48	\$110	\$105	\$140
3	\$152	\$311	\$301	\$398	\$105	\$240	\$232	\$304	\$50	\$114	\$110	\$144
4	\$162	\$325	\$318	\$416	\$114	\$254	\$249	\$323	\$55	\$120	\$118	\$153
5	\$173	\$343	\$336	\$440	\$125	\$272	\$266	\$345	\$60	\$129	\$126	\$164
6	\$186	\$365	\$354	\$470	\$139	\$291	\$282	\$373	\$66	\$139	\$135	\$177
7	\$199	\$384	\$372	\$495	\$150	\$311	\$302	\$397	\$72	\$147	\$143	\$188
8	\$210	\$403	\$387	\$520	\$162	\$328	\$316	\$421	\$76	\$156	\$150	\$199
9	\$223	\$423	\$404	\$546	\$174	\$348	\$332	\$446	\$82	\$165	\$157	\$211
10	\$237	\$442	\$418	\$573	\$186	\$366	\$346	\$472	\$88	\$174	\$164	\$223
11	\$246	\$458	\$432	\$593	\$195	\$383	\$361	\$493	\$93	\$181	\$170	\$234
12	\$257	\$474	\$446	\$614	\$207	\$398	\$374	\$514	\$98	\$188	\$177	\$243
13	\$270	\$495	\$460	\$641	\$220	\$418	\$388	\$539	\$104	\$197	\$183	\$256
14	\$280	\$510	\$474	\$662	\$230	\$433	\$403	\$560	\$108	\$205	\$190	\$266
15	\$285	\$517	\$488	\$673	\$235	\$442	\$416	\$572	\$111	\$209	\$197	\$271

Recargo de bienestar: Si se le contrató antes del 15 de julio y/o tenía cobertura para su cónyuge en nuestro plan médico pero no terminó el programa de bienestar, se agregarán \$50 al mes a su aportación del plan médico el año siguiente.

Cobertura dental

La salud oral es una parte importante de la salud total. Puede encargarse de su sonrisa con el Plan Premier Plus de Delta Dental PPO. Tal como en nuestros planes médicos, puede visitar al proveedor que desee. Sin embargo, la atención casi siempre le costará menos cuando vaya con dentistas dentro de la red Delta Dental y no tendrá que enviar reclamos para reembolso.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	\$50 por persona, hasta \$150 por familia	
Máximo de beneficios anuales	\$2,000 por persona	\$2,000 por persona
Máximo de ortodoncia de por vida	\$2,000 por hijo	
Atención preventiva 2 exámenes, 2 limpiezas, y 2 juegos de radiografías (aleta de mordida y boca completa) por año calendario, y selladores para sus hijos hasta los 16 años.	El plan paga 100%	El plan paga 80%
Servicios básicos Empastes (amalgama y resina compuesta)	El plan paga 80%	El plan paga 80%
Servicios mayores Coronas, puentes, implantes dentales, cirugía oral, endodoncia, mantenimiento periodontal, cirugía periodontal	El plan paga 60%	El plan paga 60%
Ortodoncia Solo hijos dependientes, hasta los 18 años	El plan paga 50%	El plan paga 50%
Implantes (máximo por año calendario separado)	\$3,000 por persona	\$3,000 por persona

Primas mensuales del plan dental

A continuación están las aportaciones del empleado mensuales antes de impuesto para cobertura dental.

Empleado	\$10
Empleado + cónyuge	\$25
Empleado + hijos	\$27
Empleado + familia	\$36

Cobertura de la vista

Sus ojos son cruciales para su salud en general. Aproveche nuestra cobertura de la vista a través del plan de cuidado de la vista Blue View de Anthem. Puede seleccionar a cualquier proveedor de cuidado de la vista que escoja, pero sus gastos de bolsillo serán menores si usa proveedores dentro de la red.

PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA BLUE VIEW DE ANTHEM	FRECUENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de la vista	Una vez cada año calendario	\$10 copago	\$40 de asignación
Lentes correctores	Una vez cada año calendario	\$10 copago	\$25 de asignación
• Monofocales		\$10 copago	\$40 de asignación
• Bifocales con recubrimiento		\$10 copago	\$50 de asignación
• Trifocales con recubrimiento			
Marcos	Una vez cada año calendario	\$130 asignación + 20% de descuento en el saldo restante	\$45 de asignación
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Una vez cada año calendario	Sin cargo	\$210 de asignación
• Médicamente necesarios		\$130 asignación + 15% de descuento en el saldo restante	\$105 de asignación
• Lentes de contacto electivos convencionales		\$130 asignación (No hay otro descuento)	\$105 de asignación
• Lentes de contacto electivos desechables			

Primas mensuales del plan de la vista

A continuación están las aportaciones del empleado mensuales antes de impuesto para la cobertura de la vista.

Empleado	\$6.65
Empleado + cónyuge	\$13.11
Empleado + hijos	\$12.43
Empleado + familia	\$20.36



Cuentas con ventajas fiscales

Nuestras opciones de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) y nuestra Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) con Fidelity le ayudan a ahorrar dinero al permitirle pagar gastos de bolsillo de salud y de cuidado diurno de dependientes con dólares antes de impuestos.

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos

Si escoge una de nuestras dos opciones de plan médico de HDHP, obtendrá acceso a una HSA. La HSA es una cuenta de ahorros en la cual puede separar sus propios dólares antes de impuestos para pagar gastos de cuidado de la salud que califiquen; piense en esto como una cuenta de banco personal que funciona con su plan médico. Aunque puede usar su HSA para compensar los costos de cuidado de la salud ahora, también puede usarla como una cuenta de ahorros a más largo plazo y transferir su saldo de un año a otro. Una vez que tenga \$1,000 en su HSA, puede comenzar a invertir en fondos de ahorro. Cuando invierte el dinero de su HSA, no hay cuotas de transacción de inversiones.

Contribuciones a la HSA

Cada año, el IRS fija límites sobre cuánto puede contribuir a su HSA. Si se inscribe en una de las opciones de HDHP, SMP hará una aportación a su cuenta para ayudarle a comenzar. La cantidad que la compañía aporta se basa en el plan que escoja y a quien cubra, como se muestra a continuación.

	APORTACIONES DE SMP	SUS APORTACIONES	MÁXIMO DEL IRS PARA 2026
Plan Básico HDHP			
Empleado	\$500	\$3,900	\$4,400
Empleado más dependientes	\$1,000	\$7,750	\$8,750
Plan de Valor HDHP			
Empleado	\$1,000	\$3,400	\$4,400
Empleado más dependientes	\$2,000	\$6,750	\$8,750

Nota: Si tiene 55 años o más en 2026, puede aportar una cantidad para ponerse al día de \$1,000.

EL PODER DE LOS AHORROS SIN IMPUESTOS

Los expertos dicen que la pareja promedio necesitará \$300,000 para gastos médicos en su jubilación. Separar un poco de dinero en una HSA ahora puede acumularse para convertirse en fondos importantes con el tiempo. Este es un ejemplo de cuánto podría acumular con una HSA si comienza a los 40 años, contribuye hasta los 64 y no hace ningún retiro antes de los 65:

SU APORTACIÓN ANUAL	AHORROS DE IMPUESTOS ANUALES	SALDO DE HSA A LOS 65 AÑOS	AHORROS DE IMPUESTOS TOTALES A LOS 65 AÑOS
\$900	\$252	\$71,100	\$26,400
\$1,800	\$504	\$142,200	\$39,800
\$2,400	\$672	\$189,600	\$52,800

Este ejemplo es solo con fines ilustrativos y no toma en cuenta factores variables como la tasa de interés compuesto ni los posibles rendimientos de las inversiones a lo largo del tiempo. Consulte a un profesional de las finanzas para obtener más información sobre cómo los ahorros libres de impuestos pueden afectar su saldo de la HSA dependiendo de sus ahorros personales y estrategias de inversión.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

FSA PARA CUIDADO DE LA SALUD	FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES
Una FSA para Cuidado de la Salud le permite separar dólares antes de impuestos para pagar costos de cuidado de la salud que no estén cubiertos por el seguro. La aportación máxima es \$3,400 para 2026.* Puede usar su FSA para Cuidado de la Salud para pagar gastos de cuidado de la salud que no estén cubiertos por sus planes médico, dental y de la vista, incluyendo copagos. La tienda FSAstore.com es el sitio que tiene todo para gastar libre de impuestos en más de 6,000 artículos elegibles garantizados. Compre artículos de uso diario desde bloqueador solar hasta cuidado del bebé, productos de higiene femenina, y medicamentos de venta libre desde alivio del dolor hasta gripe y resfriado. Si se inscribe en una de las opciones de HDHP, usted no es elegible para inscribirse en la FSA para Cuidado de la Salud, de acuerdo con las reglas del IRS.	Una FSA para Cuidado de Dependientes le permite separar dólares antes de impuestos para pagar ciertos costos de cuidado de dependientes. La aportación máxima fijada por el IRS es \$7,500. Para parejas casadas que declaren impuestos por separado, el límite es de \$3,750 por cónyuge. Puede usar su FSA para Cuidado de Dependientes para pagar servicios de cuidado de dependientes que le permitan a usted y su cónyuge trabajar o buscar trabajo. Los gastos deben ser para el cuidado de un dependiente que tenga menos de 13 años y tenga derecho a una deducción de impuestos de dependiente, o una persona de cualquier edad que mentalmente o físicamente sea incapaz de cuidar de sí misma. En el segundo caso, la persona debe vivir en su casa al menos ocho horas al día, ser completamente dependiente de usted y haber sido declarada como dependiente en su declaración de impuestos. Los gastos elegibles para cuidado de dependientes incluyen: • Escuela de infantes • Guarderías con licencia • Campamentos de verano de un día • Cuidado en casa para una persona dependiente que no pueda cuidar de sí misma

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE EL DINERO DE LA FSA?

Su **FSA para Cuidado de la Salud** se puede reembolsar hasta la cantidad total que eligió para depositar para el año.

Su **FSA para Cuidado de Dependientes** se puede reembolsar hasta la cantidad total que depositó cuando envió la reclamación.

TRANSFERENCIA DE APORTACIONES DE FSA

Es importante usar su saldo o presentar reclamaciones por gastos a más tardar el 31 de marzo del año siguiente. Sin embargo, al final de 2026, se transferirán automáticamente a 2027 hasta **\$680** de un saldo de FSA para Cuidado de la Salud que no se haya usado. Cualquier saldo por encima de **\$680** no se transfiere y está sujeto a la regla “úselo o piérdalo”, así que debe planear sus aportaciones con cuidado. (Esto no se aplica a la FSA para Cuidado de Dependientes, que no permite transferencias.)*



*Estas cantidades representan el límite de aportación y el máximo de transferencia en 2025. En la fecha de publicación no se habían publicado las cantidades de FSA del IRS para 2026; estas cantidades pueden cambiar para 2026.

Beneficios de protección financiera

Seguro de vida

El Seguro de vida a través de The Standard ofrece tranquilidad al proporcionar protección financiera para sus seres queridos en caso de su muerte. Si tiene miembros de su familia que dependan de usted para su manutención financiera, este beneficio puede protegerlos y ayudarlos en un tiempo de pérdida que de por sí es difícil. No olvide designar un beneficiario en DayforceHCM.com. Si tiene preguntas acerca de su cobertura, llame a The Standard al 1-800-628-8600 o escriba a lifebenefits@standard.com.

Seguro de vida suplementario y seguro por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D)

Proporcionamos cobertura de seguro básico de vida y AD&D de 1.5 veces su salario base, hasta un máximo de \$1,000,000, sin costo para usted. Con AD&D, un porcentaje de sus beneficios es pagadero a usted en caso de una lesión grave como resultado de un accidente cubierto. El porcentaje del beneficio depende de la gravedad de la lesión.

Estos beneficios se reducen en 25% a los 70 años y en 50% a los 75 años.

Seguro de vida opcional

Puede comprar más cobertura de Seguro de vida a través de deducciones de nómina. Si compra cobertura para usted, también puede comprar cobertura para sus dependientes (si corresponde).

COMPROBANTE DE ASEGURABILIDAD (EOI)

El EOI es un cuestionario médico para decidir si se aprobará la cobertura de un solicitante. Si se está inscribiendo en una cobertura de Seguro de vida suplementario, es posible que The Standard necesite el EOI antes de que se haga efectiva toda o parte de su cobertura.

Tendrá que contestar preguntas sobre la salud si:

1. No escoge la cobertura cuando la tiene a su disposición inicialmente y quiere escogerla en una fecha posterior;
2. Solicita una cantidad mayor que la cantidad de emisión garantizada; o
3. Quiere aumentar la cobertura en una fecha posterior.

PARA USTED	PARA SU CÓNYUGE	PARA SUS HIJOS
Escoja 1 o 2 veces su salario base hasta un máximo de \$1,000,000. La cantidad de emisión garantizada es \$550,000. Al igual que con el Seguro de vida básico, su beneficio se reduce en 25% a los 70 años y en 50% a los 75 años.	Escoja una de estas opciones: • Fija \$50,000 • Si escoge 1 vez su salario base: 50% de su beneficio de Seguro de vida • Si escoge 2 veces su salario base – Opción 1: 25% de su beneficio de Seguro de vida – Opción 2: 50% de su beneficio de Seguro de vida que no supere \$250,000 La cantidad de emisión garantizada es \$50,000.	Escoja \$10,000 para los niños entre los 6 meses y los 19 años (26 para un estudiante de tiempo completo). Se pagará un beneficio reducido para niños de menos de seis meses.

Si su cobertura de vida y de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) termina debido a que su empleo termina o deja de ser miembro de una clase elegible, puede convertir a una póliza individual. Debe solicitar la conversión de la póliza y hacer el primer pago de la prima en un plazo de 31 días después de que termine su cobertura grupal.

Seguro de discapacidad

Los beneficios por discapacidad ofrecen una valiosa protección financiera en caso de que se lesione o se enferme durante un periodo de tiempo y no pueda trabajar. Los beneficios de discapacidad se proporcionan a través de The Standard. **Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, llame a The Standard al 1-866-756-8116 o escriba a absence@standard.com.**

Discapacidad a corto plazo (STD)

Usted puede ser elegible para Discapacidad a corto plazo (STD) si falta al trabajo más de tres días seguidos debido a una enfermedad o lesión que le impide trabajar. Si se aprueba su discapacidad, el beneficio que se paga es \$170 a la semana por hasta 26 semanas.

Continuación del salario

SMP continuará pagando su salario mientras no trabaje por una STD. El número de semanas en que recibe **100% de su sueldo** depende de sus años de servicio:

Después de que termine su periodo de sueldo al 100%, **todos los empleados reciben 60% del sueldo hasta la semana 26**, cuando comienzan los beneficios de Discapacidad a largo plazo (LTD) para los empleados que califiquen.

AÑOS DE SERVICIO	NÚMERO DE SEMANAS AL 100%	NÚMERO DE SEMANAS AL 60% Hasta la semana 26
Empleados por horas y asalariados		
6 meses de servicio	3 semanas	23 semanas
1 año de servicio	5 semanas	21 semanas
3 años de servicio o más	6 semanas	20 semanas

Para obtener información sobre su beneficio de continuación del salario, comuníquese con su representante local de Recursos Humanos.

Discapacidad a corto plazo voluntaria

Los beneficios en efectivo que recibe de estos planes se pueden usar de la manera que usted escoja. Si desea información del plan y tarifas, visite DayforceHCM.com.

RECURSOS ADICIONALES

The Standard ofrece preparación de testamentos en línea, planificación de patrimonios y más, sin costo para usted.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Si su discapacidad se prolonga más allá del periodo de beneficios de la STD, es posible que sea elegible para Discapacidad a largo plazo (LTD). Si se aprueba que siga recibiendo beneficios de discapacidad, su beneficio comenzará después de 180 días de discapacidad.

Usted es elegible para recibir hasta 60% del máximo de sus ganancias cubiertas. El beneficio mensual máximo es de \$15,000. (**Nota:** Es posible que su beneficio se reduzca debido a otros ingresos que esté recibiendo durante su periodo de discapacidad.)

SMP mantendrá su estado de empleado activo con beneficios por hasta seis (6) meses. Si no puede volver a trabajar después de este tiempo, esto puede ser causa de su despido.

Ausencia familiar y médica

Además de los beneficios por discapacidad, usted puede ser elegible para hasta 12 semanas de ausencia sin pago y con el trabajo protegido bajo la Ley de Ausencia Médica y Familiar (FMLA) por algunas razones familiares y médicas. **Para presentar una reclamación por discapacidad o FMLA, comuníquese con The Standard al 1-866-756-8116.**



Beneficios voluntarios

Si tiene un accidente, hospitalización o enfermedad crítica, es posible que algunos gastos como viaje, guardería y otros no estén cubiertos por un plan médico. Los beneficios voluntarios por medio de Anthem ofrecen una protección financiera adicional y se pagan por medio de prácticas deducciones de nómina. **Si está inscrito en un plan médico de Standard Motor Productos, Anthem revisará de manera proactiva sus reclamos médicos para identificar cuando pudiera aplicarse un beneficio voluntario. Recibirá una notificación para que pueda presentar una reclamación rápidamente y recibir el pago.** Si no está inscrito en un plan médico de SMP, sus reclamos no se vinculan a Anthem, así que necesitará enviar un formulario de reclamación directamente con el fin de recibir el pago.

- **Seguro para accidentes:** Paga tratamientos o lesiones a consecuencia de un accidente cubierto. Puede ayudarle a pagar rehabilitación, transporte, viaje u otros gastos de su bolsillo.
- **Seguro para enfermedad crítica:** Proporciona un beneficio de pago único para el diagnóstico de una enfermedad crítica cubierta o un evento como un ataque cardíaco o un derrame cerebral. Puede ayudar a cubrir los costos de viaje, hospedaje y alimentación, transporte y más.
- **Indemnización hospitalaria:** Paga beneficios después de una hospitalización calificada.

Los beneficios en efectivo que reciba de estos planes pueden usarse de cualquier manera como lo desee.

Si desea información del plan y tarifas, visite DayforceHCM.com. Para presentar una reclamación, visite supplemental-health.anthem.com, descargue un formulario para el correo en SMPbenefits.com o pregunte a su representante de Recursos Humanos. Llame a la línea de Salud Suplementaria de Anthem al 888-828-2432.

Seguro de vida permanente + atención a largo plazo

El Seguro de vida le ayuda a proteger a sus seres querido en caso de que le pase algo inesperado. Sin embargo, la preparación no termina aquí. Una lesión o enfermedad puede conllevar gastos importantes de cuidado a largo plazo, lo que podrían afectar sus ahorros. SMP ofrece un beneficio voluntario pagado por el empleado que le da dos beneficios en una sola póliza. El Seguro de vida permanente + atención a largo plazo incluye:

Seguro de vida permanente

- Cobertura permanente
- Se puede usar para pagar los gastos finales
- Ayuda a proteger su legado financiero

Atención a largo plazo (LTC)

- Qúitele a su familia el trabajo de ser cuidadores de tiempo completo
- Beneficios en efectivo para atención en casa o centro de atención médica residencial
- Mantenga el control y decida dónde y de quién recibirá atención

Sus tarifas se basan en su edad en el momento en que comienza su cobertura y nunca aumentan mientras usted tenga la póliza. Si solicita cobertura, ¡su cónyuge es elegible para solicitar y tiene acceso a las mismas primas grupales con descuento!

Nota sobre la inscripción: La cobertura para este beneficio se ofrece durante un plazo de inscripción por separado en primavera. Recibirá más información con anticipación a esa oportunidad.



El seguro de indemnización por hospitalización no es cobertura médica. Vea en la página 23 una importante divulgación sobre el Seguro de indemnización por hospitalización.

Beneficios personales y de bienestar

Apoyo emocional de Spring Health

Cuidar su salud mental es más importante que nunca. Spring Health le ofrece apoyo de alta calidad cuando usted lo necesita; sin costo para empleados de tiempo no sindicalizados y sus dependientes.

Nuestro beneficio de Spring Health incluye acceso a cuatro sesiones de terapia gratis (para usted y los miembros de su familia de 6 años o más) y cuatro sesiones de coaching gratis (para usted y los miembros de su familia de 18 años o más) cada año. También tiene acceso a atención personalizada, diversos proveedores, ejercicios de bienestar mental autodirigidos, servicios de vida y trabajo, manejo de medicamentos, apoyo con consumo de sustancias, y más.

Active su beneficio y comience llamando al 1-855-629-0554, visitando smppcorp.springhealth.com, o enviando un correo a careteam@springhealth.com.

Terapia física virtual de Hinge Health

Vuelva a sentirse de lo mejor con el apoyo de Hinge Health, el socio de SMP en terapia física virtual. El programa está diseñado para atender dolor crónico de espalda, rodilla, cadera, cuello u hombro, así como la salud pélvica y el apoyo para la menopausia de las mujeres. El programa está disponible sin costo para usted y sus dependientes, de 18 años y más, que estén inscritos en un plan médico de Standard Motor Products.

Hinge Health le proporciona herramientas para recuperarse de lesiones y mantenerse sano y sin dolor. Se le asignará un equipo de atención personal, que incluye un terapeuta físico y un asesor de salud, que le guiará a través de un programa personalizado de ejercicios y estiramientos para atender su dolor crónico.

Puesto que Hinge es totalmente virtual, puede completar su terapia de ejercicios en cualquier momento y en cualquier lugar. La aplicación Hinge Health es fácil de usar y la mayoría de las sesiones duran 15 minutos o menos.

Puede inscribirse en Hinge Health después del 1 de enero de 2026 visitando la página de los Programas en anthem.com, en la aplicación Sydney Health o llamando a Apoyo a Miembros de Hinge Health al 1-855-902-2777.

Lantern para cuidados complejos

Entendemos que pasar por cuidados complejos, ya sea una cirugía planificada o un diagnóstico grave, puede sentirse abrumador. Lantern, el nuevo socio de SMP, está aquí para facilitar todo. Este beneficio lo conecta con cirujanos y especialistas de máximo nivel, examinados detenidamente para cirugías planificadas y necesidades de cuidados complejos, tales como procedimientos en articulaciones y la columna vertebral. Usted trabajará de manera individual con un defensor de cuidados dedicado, quien le ayudará a entender sus opciones, asegurar un acceso más rápido a las citas y sentirse con apoyo en cada paso del camino.

Para cirugías planificadas que no sean de emergencia, su beneficio de Lantern podría ayudarle a ahorrar dinero.* Su defensor de cuidado lo pondrá en contacto con el mejor cirujano de la red de Lantern para sus necesidades, responderá sus preguntas y le guiará a lo largo de todo el proceso. Lantern cubre más de 1,500 procedimientos planificados y muchos miembros pueden recibir la atención cerca de casa.

Si está inscrito en un plan médico de Standard Motor Products, usted y los miembros de su familia cubiertos, de 18 años y más, son elegibles para el apoyo de Lantern.

Puede ponerse en contacto con Lantern después del 1 de enero de 2026 visitando la página de los Programas en anthem.com, en la aplicación Sydney Health o llamando a Lantern al 1-855-317-4883.

* Los ahorros reales varían, dependiendo de su plan médico y del procedimiento. Lantern revisará los detalles con usted.

Cuidado en menopausia y edad mediana de Progyny

Progyny se centra en usted y su salud, y proporciona atención virtual para todas las etapas de la menopausia y todos los síntomas únicos que la acompañan. Su red de expertos combina soluciones basadas en evidencia con un plan de atención personalizado para que se pueda sentir óptimamente, usando una combinación de tratamientos hormonales y no hormonales, nutrición y control del peso, apoyo para dormir, cuidado de salud mental, y más. Comuníquese con Progyny al 1-833-212-8719 para comprobar su elegibilidad para estos programas de apoyo, inscribirse, y conectarse con los expertos de su área.

Apoyo para planificación familiar de Progyny

Comprendemos que no hay una sola ruta para volverse padres. Progyny es un beneficio de fertilidad de primera diseñado para proporcionar cobertura amplia con todo incluido para tratamientos de fertilidad de vanguardia para ayudar a cualquier participante en un plan médico de Standard Motor Products que quiera tener un hijo.

El programa de Progyny incluye una red de proveedores certificados y un equipo de apoyo a miembros tipo consejero (Defensores de atención del paciente) que ofrecen educación, apoyo y atención coordinada.

Nota: El programa de Progyny no requiere un diagnóstico médico de infertilidad para poder acceder a servicios de tratamiento de fertilidad.

A través del beneficio de Progyny, los miembros pueden tener acceso a un conjunto completo de opciones de tratamiento de fertilidad que incluye:

- Inseminación artificial (IUI)
- Criopreservación de ovocitos y esperma
- Ciclo de fertilización in vitro nuevo
- Transferencia de embrión congelado (FET)
- Transferencia de ovocitos congelados (incluye fertilización de ovocitos previamente congelados y transferencia)
- Congelación de fertilización in vitro
- Compra de tejido de donante (óvulos y esperma)

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a su dedicado Defensor de Cuidado del Paciente de Progyny o a la línea de Empresa General de Progyny al 1-844-470-1752.

PROGRAMA DE EMBARAZO Y POSPARTO DE PROGYNY

Con el programa de embarazo y posparto de Progyny, tiene apoyo en cada paso del proceso. Reciba apoyo personalizado constante de una dedicada Asesora de Embarazo y Posparto (PPC) y obtenga acceso a recursos exclusivos que le darán conocimientos y confianza para los numerosos hitos que vendrán, sin costo para usted.

Beneficios de tiempo libre

Deje tiempo para lo que es importante en la vida. Ofrecemos varios tipos de permiso de ausencia para darle tiempo libre para formar vínculos con un nuevo hijo. Este beneficio está a disposición de todos los empleados de tiempo completo con horario para trabajar al menos 30 horas a la semana (excluyendo trabajadores temporales, internos y empleados de temporada).

TIPO DE AUSENCIA	TIEMPO LIBRE PAGADO
Ausencia de maternidad (persona que da a luz a un bebé)	16 semanas
Ausencia de paternidad (persona que no da a luz a un bebé)	8 semanas
Ausencia por adopción	12 semanas
Ausencia para acogida	1 semana

También ofrecemos 10 días de permiso de ausencia por aborto espontáneo a cualquier empleada que sufra una pérdida.

La ausencia por maternidad se otorga en la fecha de nacimiento del niño durante 16 semanas y pasa en forma concurrente con discapacidad y FMLA. SMP reducirá su pago por la cantidad de cualquier beneficio aprobado por The Standard por discapacidad. La ausencia por maternidad pagada no reducirá ningún beneficio de continuación del salario que está a su disposición por discapacidad fuera del marco de tiempo del beneficio de maternidad cubierto de 16 semanas.

Para la ausencia parental, no tiene que tomar el permiso en forma concurrente; sin embargo, tiene hasta un año a partir del nacimiento para usar el permiso completamente.

Se necesitará la documentación adecuada para confirmar una ausencia familiar, incluyendo un certificado de nacimiento, o prueba de adopción o acogida. No proporcionar la documentación adecuada puede ser causa de una acción disciplinaria o despido.

Consulte con su representante de Recursos Humanos para obtener una copia de nuestra política y solicite un permiso de ausencia con su gerente.

Beneficios de retiro de Fidelity

Conocer sus metas para el retiro, y lo que se necesita para alcanzarlas, es crucial para crear una estrategia que funcione para usted. SMP ofrece un plan de retiro muy competitivo a través de Fidelity Investments, que incluye un plan 401(k) y un Plan de Propiedad de Acciones para Empleados (ESOP).

Plan 401(k)

El plan 401(k) le ayuda a separar su propio dinero para la jubilación a través de cómodas deducciones de nómina, y también beneficiarse de aportaciones de SMP a su cuenta. Estos son los puntos sobresalientes:

Elegibilidad	Los empleados de tiempo completo que cumplan 30 días de servicio con SMP son elegibles para entrar en el plan el primer día del siguiente trimestre calendario. Los empleados de tiempo parcial que hayan terminado 1,000 horas de servicio son elegibles para entrar en el plan el primer día del siguiente trimestre calendario. Cuando se vuelve elegible, se le inscribe automáticamente.
Sus aportaciones	Se le inscribe automáticamente a una tasa antes de impuestos de 6% de su pago elegible. Sus aportaciones aumentarán automáticamente en 2% por cada año que esté aportando menos de 12%. Sin embargo, puede escoger contribuir a una tasa diferente.
Aportaciones de SMP	Standard Motor Products hace una aportación de la compañía 401(k) de 3% dependiendo de su compensación, sin importar las aportaciones de usted. La compañía también hace una aportación adicional de reparto de utilidades basada en su desempeño cada año. La contribución de SMP se deposita el 15 de marzo del año siguiente.

ESOP

El ESOP le da la oportunidad de tener propiedad en SMP a través de aportaciones de acciones de la compañía a cuentas individuales preparadas para cada empleado. Estos son los puntos sobresalientes:

Elegibilidad	Los empleados de tiempo completo que cumplan 30 días de servicio con SMP son elegibles para entrar en el plan el primer día del siguiente trimestre calendario. Los empleados de tiempo parcial que hayan terminado 1,000 horas de servicio son elegibles para entrar en el plan el primer día del siguiente trimestre calendario. Cuando se vuelve elegible, se le inscribe automáticamente.												
Aportaciones de SMP	Cada año, SMP hace una aportación discrecional al ESOP. La cantidad se divide luego entre los participantes elegibles para ese año del plan. La "parte de usted" de la aportación se basa en sus años de servicio más la compensación que recibió durante el año (en comparación con la compensación recibida por otros participantes elegibles). Las aportaciones de la compañía se reflejan en su cuenta el 15 de marzo del año siguiente, o alrededor de esa fecha.												
Adquisición de derechos	Los derechos a las aportaciones de SMP a ESOP se adquieren de la manera siguiente: <table><tr><td>Menos de 2 años de servicio</td><td>0%</td></tr><tr><td>2 años de servicio</td><td>20%</td></tr><tr><td>3 años de servicio</td><td>40%</td></tr><tr><td>4 años de servicio</td><td>60%</td></tr><tr><td>5 años de servicio</td><td>80%</td></tr><tr><td>6 años de servicio</td><td>100%</td></tr></table>	Menos de 2 años de servicio	0%	2 años de servicio	20%	3 años de servicio	40%	4 años de servicio	60%	5 años de servicio	80%	6 años de servicio	100%
Menos de 2 años de servicio	0%												
2 años de servicio	20%												
3 años de servicio	40%												
4 años de servicio	60%												
5 años de servicio	80%												
6 años de servicio	100%												

AHORRAR PARA EL FUTURO

Si en 2026 cumplirá 50 años o más y su sueldo en 2025 (casilla 3 de su Formulario W-2) es \$145,000 o más, su aportación para ponerse al día debe hacerla como aportación Roth después de impuestos. Conozca más en [SMPbenefits.com](https://www.smpbenefits.com).



- Además, tendrá los derechos al 100% en caso de que ocurra cualquiera de las condiciones siguientes:
- Muerte o discapacidad (tal como se define en el Plan) mientras esté empleado en SMP
 - Finaliza el ESOP
 - Alcanza la edad de jubilación normal de 65

Encontrar lo que se adapte mejor

Con una gama de planes y opciones de beneficios entre los cuales escoger, puede encontrar los beneficios que se adapten a su vida. ¿Necesita un poco de inspiración? Explore la forma en que la gente como usted aprovecha mejor los beneficios de SMP.



Conozca a Erin

Erin se acerca a los 30 años, es soltera y en general es sana. Fuera de su examen físico anual y su vacuna para la influenza, rara vez necesita atención médica, aunque en ocasiones llega a un centro

de atención urgente para platicar con un médico de **LiveHealth Online** por problemas leves.

Erin decide inscribirse en el **Plan de Valor HDHP** y en una **Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos**, para poder acumular un pequeño “fondo para emergencias de atención médica” para las pocas ocasiones en que necesita atención. Comienza con poco, pero tiene planes de aumentar sus aportaciones cada año a medida que aumente su sueldo.

Erin también escoge la cobertura dental, para obtener sus limpiezas y chequeos anuales. Pero con una vista de 20/20, decide no gastar dinero en **cobertura de la vista**. Le parece que el **Seguro de vida básico y de AD&D** es suficiente, porque no tiene a nadie que dependa financieramente de ella.

La salud mental es importante para Erin, en especial al equilibrar trabajo, amigos y finanzas. Se hace una nota mental de comunicarse con **Spring Health** para tener hasta cuatro sesiones de terapia gratis, en caso de que alguna vez necesite apoyo adicional. Saber que tiene acceso sencillo y confidencial a la ayuda profesional le da tranquilidad y una sensación de seguridad en sus beneficios.



Conozca a Michelle

Michelle está casada y tiene dos hijos en la universidad con becas de atletismo. Cubre a toda su familia y también cuida a su anciano padre, que vive con ellos. Viendo próxima su jubilación, desea proteger sus metas

financieras y prepararse para necesidades futuras de atención médica.

Michelle escoge el **Plan Básico HDHP**, porque quiere la posibilidad de aportar a una HSA y ahorrar dinero para gastos médicos durante la jubilación. Como ya tiene varios años con el plan, paga la mayor parte de la atención de su bolsillo y ya ha acumulado un saldo considerable en su cuenta HSA.

Michelle ya está aportando el máximo permitido por el IRS en el **plan 401(k)**, pero quiere explorar la opción de **Seguro de vida permanente + atención a largo plazo** de SMP. Sabe que la atención a largo plazo puede ser un costo enorme cuando ella y su esposo tengan más edad.

Con hijos que participan en deportes universitarios competitivos, compra un **seguro para accidentes**. Con un beneficio para cada lesión cubierta, le da tranquilidad saber que las cosas como visitas a la sala de emergencia, fracturas y dislocaciones no interferirán con su presupuesto mensual. Mientras se recupera de su propia lesión en la rodilla, Michelle se comunica con **Hinge Health** para su terapia física virtual. Su equipo de atención la guía por un programa de ejercicios y estiramientos personalizados para mitigar el dolor y ayudarle a mantenerse activa.



Conozca a Harrison

Harrison y su esposa están esperando su segundo hijo. Planea agregar al bebé a su cobertura médica, pero también sabe que tiene que considerar otros beneficios que pueden ayudar a su familia que está creciendo.

Harrison agradeció el apoyo que recibió de **Progyny** para los tratamientos de fertilidad, y está contento de que pueda aprovechar las ocho semanas de **permiso de paternidad** para estar en casa con su esposa, su hijo pequeño y su hijo recién nacido. Pensando en el futuro, elige el **Plan PPO** por sus copagos predecibles, aunque cuesta más al inicio.

Para reforzar la seguridad financiera de su familia, Harrison se inscribe en el **Seguro de vida suplementario** por primera vez. También separa dinero antes de impuestos en una **FSA para Cuidado de Dependientes** para que le ayude a cubrir los gastos de cuidado de los hijos una vez que él y su esposa regresen al trabajo con dos niños pequeños en casa.

Ahora que recientemente diagnosticaron a su hija mayor con trastorno del espectro autista, Harrison está agradecido en especial por el **Programa del trastorno del espectro autista de Anthem**. El programa conecta a su familia con un equipo dedicado de clínicos que brindan administración de casos especializada, orientación para tratamientos y apoyo continuo, lo cual le da tranquilidad de que su hija tiene acceso a la atención y a los recursos correctos.

Información de contacto y recursos

BENEFICIO	PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB O CORREO ELECTRÓNICO	APLICACIÓN MÓVIL
Seguro médico	Anthem BlueCross BlueShield	1-866-802-0510 (apoyo a los miembros) 1-800-700-9184 (NurseLine 24/7)	anthem.com	Sydney Health
Medicamentos recetados	CarelonRx	1-833-280-4172 (servicios a los miembros) 1-833-236-6196 (pedidos por correo) 1-833-255-0645 (farmacia de especialidad)	anthem.com carelonrx.com	Sydney Health
Telemedicina	LiveHealth Online	1-888-548-3432	livehealthonline.com	LiveHealth
Beneficios dentales	Delta Dental	1-800-932-0783	deltadental.com	Delta Dental
Beneficios de la vista	Anthem Blue View Vision	1-866-723-0515	anthem.com	Sydney Health
Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)	Fidelity	1-800-544-3716	netbenefits.com	NetBenefits
Cuenta de Gastos Flexibles (Cuidado de la Salud y Cuidado de Dependientes)	Fidelity	1-833-299-5089	netbenefits.com	NetBenefits
Servicios para el retiro 401(k)	Fidelity Investments	1-800-835-5095	netbenefits.com	NetBenefits
Seguro de vida y AD&D opcional	The Standard	1-800-628-8600	standard.com	The Standard - My Account
Discapacidad/FMLA	The Standard	1-866-756-8116	standard.com	The Standard - My Account
Seguro de enfermedad crítica, accidente e indemnización hospitalaria	Anthem	1-888-828-2432	anthem.com	Sydney Health
Discapacidad a corto plazo voluntaria	The Standard	1-866-756-8116	standard.com	The Standard - My Account
Atención a largo plazo	AGIS	1-877-485-2318	SMPitc.com	N/A
Planificación familiar y menopausia	Progyny	1-833-212-8719	progyny.com	Progyny
Programa de bienestar	Anthem	1-866-802-0510	anthem.com	Sydney Health
Beneficios de salud mental	Spring Health	1-855-629-0554 Llame o envíe un texto al 988 en caso de una emergencia	SMPcorp.springhealth.com	Spring Health
Orientación sobre Medicare	Defensores de Medicare Brown & Brown	1-833-830-2386	medicareeligibility@bbabsence.com	N/A
Terapia física virtual	Hinge Health	1-855-902-2777	hingehealth.com	Hinge Health
Atención compleja y especializada	Lantern	1-855-317-4883	my.lanternicare.com	Lantern Care
Beneficios para viajero interurbano (solo empleados de NY)	Beneficios de Edenred	1-800-531-2828	myccsupport@commuterbenefits.com	Edenred Benefits

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en sus beneficios, comuníquese con su representante local de Recursos Humanos o escriba a benefits@SMPcorp.com.

Avisos legales importantes

Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Si tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal de 2006 le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. La compañía determinó que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se ofrece a sus asociados, en promedio para todos los participantes en el plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y se considera cobertura acreditable. Se incluye una copia completa del aviso de Medicare Parte D con sus materiales de inscripción. Para obtener copias adicionales, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Según las leyes federales, los planes médicos grupales y los emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud grupal en general no pueden restringir los beneficios para cualquier duración de estancia en un hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor puede pagar una estancia más corta si el proveedor tratante (por ejemplo su médico, partera o asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes. Los planes y emisores no pueden seleccionar el nivel de beneficios o gastos de bolsillo de manera que cualquier parte subsiguiente de la estancia de 48 horas (o 96 horas) se trate de manera menos favorable a la madre o al recién nacido que cualquier parte previa de la estancia.

Además, un plan o un emisor no pueden requerir que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud obtenga autorización para ordenar una duración de estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, es posible que para usar algunos proveedores o instalaciones, o para reducir sus gastos de bolsillo se le pida que obtenga una precertificación.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996

La HIPAA exige que se le informe de sus derechos de Inscripción especial cuando usted o sus dependientes elegibles declinan la cobertura del cuidado de la salud durante el periodo de inscripción inicial. Si declina la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, más adelante puede inscribirse usted o a sus dependientes en el plan médico, siempre y cuando solicite cobertura después de que termine su otra cobertura dentro del marco de tiempo especificado. Además, si usted tiene un nuevo dependiente a consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o una orden de un tribunal, puede inscribirse usted y/o a otros dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o la orden del tribunal.

Si declina la cobertura de salud para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) y actualmente no está cubierto por un plan médico, se le considerará un solicitante extemporáneo. La HIPAA permite que un solicitante extemporáneo ingrese a un plan médico solo durante un periodo de inscripción abierta.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

La ley exige que los planes de salud grupales que proporcionen cobertura para mastectomías también cubran cirugía reconstructiva y prótesis tras las mastectomías. La ley ordena que una participante del plan que reciba beneficios para una mastectomía médicamente necesaria que escoja la reconstrucción del seno después de la mastectomía, recibirá también cobertura para la reconstrucción del seno en que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, prótesis, tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidas las linfedemas. Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico tratante y la paciente, y estará sujeta a las mismas disposiciones de deducibles y coaseguro anuales que se aplican a la mastectomía.

Aviso de la HIPAA: Alternativas razonables al recargo por fumar

La recompensa (tarifa para no fumadores) debe estar a disposición de las personas que califican al satisfacer un estándar alternativo razonable. Los planes tienen flexibilidad para determinar cómo proporcionar la parte de la recompensa correspondiente al periodo antes de que se cumpla una alternativa (por ejemplo, pago para el periodo retroactivo o parte proporcional por el resto del año) siempre y cuando el método sea razonable y la persona reciba la cantidad completa de la recompensa. En algunas circunstancias, es posible que una persona no cumpla el estándar alternativo razonable hasta el final del año. En esas circunstancias, el plan o el emisor pueden proporcionar un pago retroactivo de la recompensa para ese año dentro de un tiempo razonable después del fin de año, pero no pueden ofrecer pagos proporcionales el siguiente año (un año después del año al que corresponde la recompensa).

Ley de Paridad de Salud Mental (MHPA)

La Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 indicó que un plan o política de atención médica no puede proporcionar máximos en dólares anuales o para toda la vida más bajos separados (considerados máximos financieros) en los beneficios de salud mental en comparación con los beneficios médicos. Con la aprobación de la Ley de Estabilización Económica de Emergencia y su inclusión de la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (Ley de Paridad de Salud Mental o MHPA), la ley original se amplió para incluir las mismas disposiciones para trastornos de abuso de sustancias, no solo trastornos de salud mental. Además, la MHPA también prohíbe las limitaciones de tratamiento restrictivas (número de visitas al consultorio cubiertas, días de cobertura de hospitalización, etc.) para ambos padecimientos.

Esto, junto con otras revisiones y aclaraciones son efectivas para los años del plan que comienza después del 31 de diciembre de 2009. Para la compañía, el cumplimiento del plan de MHPA estará en vigor para nuestro año del plan que comienza el 1 de enero de 2011.

Ausencia para estudiantes (“Ley de Michelle”)

La Ley de Michelle protege a un dependiente de tiempo completo de edad estudiantil para que no pierda la cobertura médica bajo el plan de beneficios si (1) es un hijo dependiente de un participante o beneficiario según los términos del plan; y (2) está inscrito en un plan por ser estudiante en una institución de educación postsecundaria antes del primer día de un permiso médicamente necesario para ausentarse de la escuela. Un dependiente cubierto por la ley tiene derecho a los mismos beneficios que tendría si el dependiente hubiera seguido inscrito como estudiante de tiempo completo. La ley también reconoce que los cambios en la cobertura (ya sea debido al diseño del plan o a una elección subsecuente de Inscripción Abierta) pasan al dependiente por el resto del permiso para ausentarse médicamente necesario. La Ley de Michelle exige que el plan trate a ese dependiente como un estudiante a tiempo completo durante un año después del permiso de ausencia médicamente necesario o hasta la fecha en la que terminaría esa cobertura en los términos del plan, lo que ocurra primero.

Aviso sobre el Programa de Seguro Médico Infantil

El Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) brinda cobertura médica a niños que califiquen, tanto en virtud de Medicaid como de los programas CHIP por separado. Los estados administran el programa CHIP y se financia en conjunto por los estados y el gobierno federal para ofrecer asistencia para las primas. Este aviso suministra información sobre estos programas estatales.

Ley de Ausencia Médica y Familiar

La Ley de Ausencia Médica y Familiar (FMLA) permite hasta 12 semanas de ausencia sin pago y con protección del puesto de trabajo para emergencias familiares específicas como enfermedades graves o el nacimiento o la adopción de un niño. Los asociados elegibles para FMLA tienen derecho a hasta 26 semanas de ausencia de FMLA en un periodo de 12 meses para la atención de un miembro de las fuerzas armadas que haya sido herido en el cumplimiento de su deber. Esta ausencia solo está disponible para el cónyuge, hijo, hija, madre o pariente más cercano del miembro de las fuerzas armadas. “Pariente más cercano” se define como el pariente por consanguinidad más cercano del miembro de las fuerzas armadas. Usted es elegible para ausencia por FMLA cuando trabaja en una ubicación con 50 asociados o más dentro de un radio de 75 millas, ha estado empleado con la compañía al menos 12 meses y ha trabajado un mínimo de 1,250 horas en el periodo de 12 meses anterior. Los asociados son elegibles para FMLA si cumplen los criterios indicados arriba.

Ley de Ausencia Pagada por Seguridad y por Enfermedad de la Ciudad de Nueva York

Según la Ley de Ausencia Pagada por Seguridad y por Enfermedad de la Ciudad de Nueva York, los empleados que trabajen en la Ciudad de Nueva York más de 80 horas al año pueden ganar hasta 40 horas de ausencia por seguridad y enfermedad al año. Los empleados elegibles tienen el derecho de una ausencia por seguridad, que se puede usar para buscar asistencia o tomar otras medidas de seguridad si un empleado o miembro de la familia ha sido la víctima de cualquier acto o amenaza de violencia doméstica o contacto sexual no deseado, acecho o tráfico de seres humanos. Los empleados elegibles tienen el derecho a una ausencia por enfermedad, que se puede usar para la atención y tratamiento de sí mismos o de un miembro de la familia. Los empleados elegibles tienen el derecho de estar libres de represalias de su empleador por usar los permisos de ausencia por seguridad y enfermedad. Los empleados elegibles tienen el derecho de presentar una queja de ausencia por seguridad y enfermedad por correo electrónico, correo, teléfono o en persona. Para obtener más información, incluidas las Preguntas frecuentes, visite nyc.gov/PaidSickLeave o llame al 311 y pida información sobre la Ausencia Pagada por Seguridad y por Enfermedad.

Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA)

La USERRA protege los derechos al trabajo de las personas que voluntaria o involuntariamente dejan los puestos de empleo para cumplir el servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Médico Nacional de Desastres. La USERRA también prohíbe a los empleadores discriminar contra los miembros anteriores y actuales de los servicios uniformados, y los solicitantes a los servicios uniformados. Si deja su trabajo para hacer el servicio militar, tiene el derecho de continuar con su cobertura del plan de salud del empleador para usted y sus dependientes durante hasta 24 meses mientras esté en las fuerzas armadas. Incluso si no decide continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene el derecho a que se le reintegre en el plan de salud de su empleador cuando le vuelvan a emplear, en general sin periodos de espera ni exclusiones (por ejemplo, exclusiones por enfermedades preexistentes) excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio. Si necesita ayuda para presentar una queja, o para cualquier otra información sobre USERRA, comuníquese con VETS al 1-866-4-USA-DOL o visite dol.gov/vets.

Aviso de indemnización por hospitalización

Este es un plan de indemnización fija, no un seguro de salud. Puesto que esta póliza no tiene seguro de salud, no tiene que incluir la mayor parte de las protecciones federales para el consumidor que se aplican al seguro de salud. Si está buscando un seguro de salud completo, visite HealthCare.gov, llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325), o comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

Este documento está diseñado para proporcionar información básica con respecto a los planes y programas de beneficios disponibles para los empleados que califiquen. Este documento tan solo resume los planes y programas de beneficios para el empleado y no detalla todos los términos, condiciones, restricciones y exclusiones que se incluyen en los documentos del plan, contratos de las aseguradoras y/o Descripciones Resumidas del Plan (SPD) (los “documentos del plan”) para los diversos planes y programas de beneficios. Se ha hecho todo esfuerzo razonable para asegurar la precisión de la información contenida en este documento; sin embargo, en caso de alguna discrepancia entre la información en este documento y los documentos del plan, regirán las disposiciones descritas en los documentos del plan. Este documento no genera derecho contractual alguno para ningún empleado o ex empleado ni para cualquier otro individuo. Las disposiciones de los documentos del plan correspondientes regirán la determinación de cualesquiera derechos del individuo al amparo de cualquier plan o programa de beneficios del empleado. Su empleador se reserva el derecho de modificar o terminar cualquiera de sus planes y programas de beneficios para el empleado en cualquier momento y sin aviso o causa.



**Beneficiamos
juntos.**