



**RESTAURANT
TECHNOLOGIES®**

**WE'RE ALL
IN FOR YOU**

YOUR 2026 BENEFIT GUIDE

2026

Para ver la versión en español, haga [clic aquí](#).



YOUR RESTAURANT TECHNOLOGIES BENEFITS

At Restaurant Technologies, you are an important part of what makes us great. We're proud to offer a comprehensive benefits package that's designed to support your overall wellbeing, so you can thrive both at work and in life.

This guide is here to help you explore the benefits available to you. It provides useful tips, tools and resources to help you think through your options and make the right decisions for you and your family.

As you prepare to enroll:

- **Consider your benefit coverage needs for the upcoming year;** do you anticipate a large medical procedure or pregnancy? Do you anticipate your care needs staying the same as the previous year?
- **Compare Restaurant Technologies coverage against other available coverage.**
- **Gather dependent verification documentation.** If you are covering dependents, you will need their dates of birth and Social Security numbers. In addition, you will need to provide legal documentation verifying their eligibility — such as a marriage license, tax documentation, or birth certificate.

Once you've made your selections, know that we're here to help if you have any questions or need support. Thank you for being part of the Restaurant Technologies team. At RTI, we are all in for you!

Table of Contents

Benefit Basics	03
Eligibility	04
Medical and Pharmacy Plan	05
Wellbeing Opportunities	09
HSA & FSA Options	11
Health Savings Account	12
Dental Plan	14
Vision Plan	15
Life Insurance and Disability	16
Voluntary Plans	17
Employee Assistance Program (EAP)	18
Additional Resources	19
401(k) Retirement Savings Plan	20
Glossary	21
Important Info and Notices	22
Contact Information	27

Enrolling in Your Benefits



Visit Workday through your desktop or Workday App



Begin the benefits enrollment process



Elect the benefits you want



Save and submit your elections with the required documentation



Save a copy of your elections for your records

Scan this QR Code to visit the Company Benefits Dashboard in Workday to learn more!





BENEFIT BASICS

Restaurant Technologies pays for some of your benefits and you share the cost for others, as shown here.

Benefit	Tax Treatment	Who Pays
Medical and Pharmacy	Pretax	RTI & You
Dental	Pretax	RTI & You
Vision	Pretax	You
Health Savings Account	Pretax	RTI & You
Flexible Spending Accounts	Pretax	You
Basic Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&wD) Insurance	After-tax	RTI
Voluntary Life and AD&D Insurance	After-tax	You
Short-Term Disability	After-tax	RTI
Long-Term Disability	After-tax	RTI
Accident Insurance	After-tax	You
Critical Illness Insurance	After-tax	You
Hospital Indemnity	After-tax	You
401(k) Retirement Savings Plan	Pretax or After-tax	RTI & You





ELIGIBILITY

Full-Time Employees:

Employees not subject to a collective bargaining agreement who work at least 30 hours per week are eligible for benefits immediately upon Date of Hire. The following dependents are also eligible:

- You legal spouse
- Your registered domestic partner
- Your children up to age 26 (regardless of student status)*

*Other dependents may include grandchildren who reside in your home in an ongoing parent/child relationship and are claimed as a dependent on your Federal income tax return; children for whom you have been appointed legal guardian; or unmarried handicapped dependent children over age 26. If you feel that any of these situations apply to you, please submit a Help ticket in Workday and a specialist will assist you.

Please note: You will be required to provide dependent documentation to ensure only eligible dependents are receiving coverage from our health plans and help us keep benefit costs as low as possible. This may include marriage license, tax documentation, or birth certificate. You can find documentation requirements in Workday Help.

There are three conditions in which you may enroll or change your pretax benefit elections.

1. Upon Date of Hire
2. During Open Enrollment
3. Upon a Qualifying Life Event

You have 30 days from your initial eligibility period (date of hire) in which to make your benefit elections. Failure to make your elections within this 30-day period will result in being unable to enroll in benefit coverage until the next Open Enrollment period at calendar year-end, unless you have a qualifying life event during the year.

Qualifying Life Event

Generally, you may only make or change your existing benefit elections as a new hire or during the annual open enrollment period. However, you may change your benefit elections during the year if you experience an event such as:

- Marriage, divorce or legal separation
- Birth or adoption of a child
- Loss or gain of other coverage by the employee or dependent
- Eligibility for Medicare or Medicaid

You have 30 days from the qualifying life event to make changes to your coverage. You will need to provide proof of the event, such as a marriage license. If you are unsure whether or not you have experienced or will be experiencing a qualifying life event, please submit a Help ticket in Workday and a specialist will assist you.

All benefits coverage ends at midnight, on your date of separation from the company.



MEDICAL AND PHARMACY COVERAGE

Medical Plan Premium Wellness Incentives

Restaurant Technologies supports your health and your family's health. See your doctor each year to earn the greatest incentives towards your Medical plan premium costs. Take action each year, for savings in the coming year. For example, your activity in 2025 will provide savings in 2026.

- **Employee** There are two ways to save. Seeing your doctor for an annual exam and being nicotine and tobacco free.
- **Spouse/Domestic Partner** Complete an annual visit with their provider and being tobacco and nicotine free.

Medical Plan Provisions	BCBS 1500 Plan (PPO)		BCBS 3500 Plan (HDHP w/ HSA Eligible)	
	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Company Match to HSA	Not eligible for HSA contributions		Employee: \$0 Employee+Spouse or Children: Up to \$750 Family: Up to \$1,000	
Annual Deductible (Individual/Family)	\$1,500/\$4,500	\$3,000/\$9,000	\$3,500/\$7,000	\$5,700/\$11,400
Out-of-Pocket Maximum (Includes Deductible)	\$5,000/\$10,000	\$6,000/\$12,000	\$5,000/\$10,000	\$8,000/\$16,000
Preventive Care	Covered at 100%	Not covered	Covered at 100%	Not covered
Primary Office Visit	\$25 copay	40%*	20%*	40%*
Specialist Office Visit	\$50 copay	40%*	20%*	40%*
Virtual Visits	\$0	Not covered	\$0	Not covered
Inpatient Hospital Services	20%*	40%*	20%*	40%*
Outpatient Hospital Services	20%*	40%*	20%*	40%*
Urgent Care	\$25 copay	40%*	20%*	40%*
Emergency Room	\$250 copay	\$250 copay	20%*	N/A
Retail Pharmacy (up to a 31-day supply)				
Preventive Rx	N/A	N/A	\$0	N/A
Generic	\$15 copay	N/A	20%*	N/A
Brand Preferred	\$50 copay	N/A	20%*	N/A
Brand Non-Preferred	\$75 copay	N/A	20%*	N/A
Specialty	30%**	N/A	20%*	N/A
Mail Order Pharmacy (90-day supply)				
Generic	\$30 copay	N/A	20%*	N/A
Brand Preferred	\$100 copay	N/A	20%*	N/A
Brand Non-Preferred	\$150 copay	N/A	20%*	N/A
Specialty	30%**	N/A	20%*	N/A

*After deductible **PrudentRx may offer additional discounts



MEDICAL AND PHARMACY COVERAGE

Your premiums per pay period (26 per year) for medical benefits are shown here. Please note that you have various opportunities to receive discounts on these premiums if you participate in our wellness programs. We have modeled out two scenarios below: rates with no wellness discounts received and rates with all wellness discounts received. It is possible you may only receive one or two of the discounts in which your medical premium will fall somewhere in between the two rates listed.

Highest Possible Medical Premiums with No Wellness Discounts Received	1500 Plan (PPO)	3500 Plan (HDHP w/ HSA Eligible)
Employee Only	\$180.00	\$70.00
Employee + Spouse or DP	\$418.00	\$277.00
Employee + Child(ren)	\$305.00	\$190.00
Family	\$512.00	\$310.00

Lowest Possible Medical Premiums with All Wellness Discounts Received	1500 Plan (PPO)	3500 Plan (HDHP w/ HSA Eligible)
Employee Only	\$110.00	\$0.00
Employee + Spouse or DP	\$278.00	\$137.00
Employee + Child(ren)	\$235.00	\$120.00
Family	\$372.00	\$170.00

**Your premium may fall in between the two examples above if all Wellness Incentives are not completed. Please note wellness incentives do not carry over year to year.





MEDICAL AND PHARMACY PLAN OVERVIEW

We offer the choice of two medical plans through BlueCross BlueShield of Minnesota (BCBS). Both of the medical options include coverage for prescription drugs through CVS. To select the plan that best suits your family, you should consider the key differences between the plans, the cost of coverage (including payroll deductions), and how the plan covers services throughout the year.

1. Your deductible.

You pay out-of-pocket for most medical and pharmacy expenses, except those with a copay, until you reach the deductible. You can pay for these expenses from your Health Savings Account (HSA) or with funds from a Flexible Spending Account (if you are on the PPO plan).

2. Your coverage.

Once your deductible is met, you and the plan share the cost of covered medical and pharmacy expenses, this is referred to as coinsurance. The plan will pay a percentage of each eligible expense and you will pay the rest, except for services requiring a copay.

3. Your out-of-pocket maximum.

When you reach your out-of-pocket maximum, the plan pays 100% of covered medical and pharmacy expenses for the rest of the plan year. Your deductible and coinsurance apply toward the out-of-pocket maximum.





MEDICAL AND PHARMACY PLAN OVERVIEW

Both Restaurant Technologies medical plans have an embedded deductible and out-of-pocket maximum.

Under an embedded approach, each person only needs to meet the individual deductible and out-of-pocket maximum before the plan begins paying its share for that individual. (And, once two or more family members meet the family limits, the plan begins paying its share for all covered family members.)

To get the most out of your plan, keep these important tips in mind:

- **In-network providers and pharmacies:** You will always pay less if you see a provider within the medical and pharmacy network.
- **Preventive care:** In-network preventive care is covered at 100% (no cost to you). Preventive care includes an annual physical exam and immunizations, certain lab tests, screenings and other services intended to prevent illness or detect problems before you notice any symptoms.
- **Preventive drugs:** Many preventive drugs and those used to treat chronic conditions like diabetes, high blood pressure, high cholesterol and asthma are on the Zero Cost Share Preventive Medications List. These prescriptions are covered at 100% (no cost to you when enrolled in theHDHP) when you use an in-network pharmacy.
- **Pharmacy coverage:** Medications are placed in categories based on drug cost, safety and effectiveness. These tiers also affect your coverage.
- **Mail Order Pharmacy:** If you take a maintenance medication on an ongoing basis for a condition like high cholesterol or high blood pressure, you can use the Mail Order Pharmacy to save on a 90-day supply.
- **PrudentRx:** If you are enrolled in the PPO plan and taking a specialty medication, you may be contacted by PrudentRx to enroll in a manufacturer savings program. You must enroll to receive the best pricing for your specialty medications.

Scripta

Scripta's savings program works with your pharmacy provider, CVS Caremark, to analyze claims to identify and present personalized cost-savings alternatives just for you. You'll be able to use Scripta's app and website to research drugs, check prices, and get coupons.

You will be enrolled in this benefits at no added cost. Scripta helps you navigate prescription savings through several ways:

- **Personalized savings reports:** Suggest lower-prices options and ways you can save on prescriptions.
- **Easy-to-use comparison tools:** Help you have informed discussions with your doctors and make smarter decisions about your health.
- **Concierge services:** Help you switch (if needed) through RN support and in-app features.
- **Prescription savings:** Reduces your out-of-pocket costs! You'll receive additional information when Scripta becomes available.

If you enroll in a medical plan through BCBS, you will be enrolled in prescription coverage through CVS. You do not need to go to a CVS pharmacy to fill your prescriptions.

For more information, contact:

- BCBS of MN by calling 866-543-5966 or at www.bluecrossmn.com
- CVS at 800-746-7287 or log on to www.cvs.com



WELLBEING OPPORTUNITIES

At Restaurant Technologies, we want employees to be engaged in their jobs and communities, be active and engaged in their health, and ultimately achieve their highest level of wellbeing.

Our wellness programs are designed to:

- Provide education, resources and support to employees
- Help you make good decisions about your health
- Increase employee engagement and productivity
- Manage health care costs

Employees and their spouses who are enrolled in our medical insurance coverage are eligible for the following programs.

Omada

Omada offers a personalized disease prevention & management program for those at risk for obesity-related chronic conditions such as Type 2 diabetes and high cholesterol. The program is also available to individuals with Type 1 diabetes and all eligible participants will receive a Blood Glucose Meter (BGM).

Hinge Health

With Hinge Health Digital MSK Clinic™ you get free access to programs for back, knee, hip, shoulder, neck and other joint pain. Only Hinge Health combines a clinical care team, advanced motion technology, and connected care with HingeConnect to drive better health outcomes.

Access to the tools you need to get moving again, from the comfort of your home. You'll get exercise therapy tailored to your condition and a personal care team of experts. For more information, call 855-902-2777.

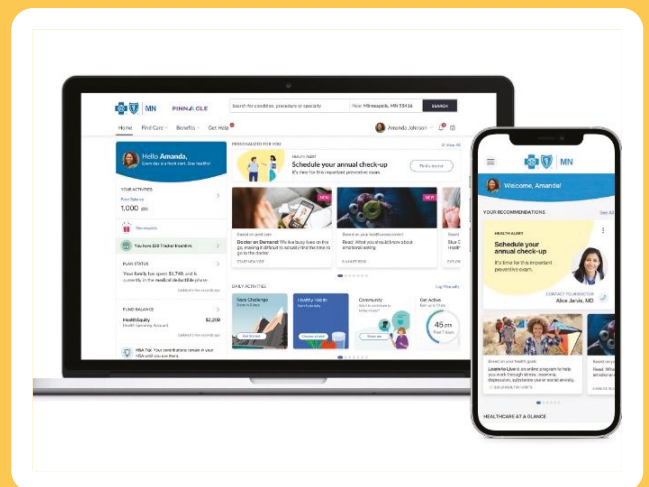
BlueCross BlueShield Blue Care Advisor App

Blue Care Advisor lets you connect online to all your benefits, claims, and personalized recommendations on steps to improve your health.

Find in-network providers, access cost estimates, claims, wellness tools and rewards.

When you complete activities in Blue Care Advisor, you can earn rewards for each step you take toward better health. There are multiple ways to participate, and you can earn points that translate into real dollars! Every 10 points you earn is worth \$1 – up to \$360 annually. Both you and your spouse are eligible if enrolled in the medical plan. Earn up to 25 points per day for tracking physical activity, sleep, eating healthy, and other ways! Start earning today by logging into the app or bluecrossmn.com/BCA and click on "Ways to Earn".

If you already have a BlueCross BlueShield of Minnesota member account, you can still use the same username and password for the Blue Care Advisor mobile app.





WELLBEING OPPORTUNITIES

As a participant of our medical plan, you will have access to a number of BlueCross BlueShield benefits and programs at no cost to you.

Blue365 Deals

With Blue365, you will get great deals on products and services that complement your health. Save on personal care, fitness gear, hearing and vision, healthy eating options, gym memberships, and more. Blue365 will help you get access to over 10,000 gyms nationwide for only \$29/month, enjoy discounts at Anytime Fitness or Nutrisystem, or enroll in meditation with eMindful – just to name a few.

Visit blue365deals.com/bcbsmn or log in to your member website <https://www.bluecrossmn.com> to get started.

Health Management

If you're dealing with a health condition – new or ongoing – case managers can help. They can provide knowledgeable guidance to help you manage your condition, such as:

- Deciphering a diagnosis
- Staying on track with your treatment plan
- Answering questions between doctor visits
- Identifying lifestyle behaviors that affect your health
- Creating health goals
- Identifying resources to navigate obstacles

Receive confidential professional support for managing chronic or serious health conditions, including education, treatment plan support, and community resource information.

Case managers will often reach out to members directly to offer their services. If you wish to contact a case manager directly, you can also call them at 800-961-4758.

Maternity Management

Having a baby can be an exciting time – it can also be overwhelming. That's why BCBS offers members a Maternity Management program.

The Maternity Management program provides parents one-on-one support from a maternity case manager during and after pregnancy.

You'll get helpful personalized advice from a knowledgeable expert to answer all the questions that come with being pregnant. In addition, you'll get:

- Guidance for having a healthier pregnancy
- Online tools and resources about prenatal and infant care
- Help preparing for your baby's arrival
- Tips on staying happy and healthy after your baby is born

Considering Breastfeeding?

Breast pumps are covered by our health plan with a prescription from your doctor. Here are a few things to keep in mind when selecting a breast pump:

- Additional breast pump supplies, including bottles, tubes, shields, and freezer packs, are not covered by your health plan.
- If you need help finding one, contact the customer service number on the back of your member ID card or log in to your bluecrossmn.com account and search for "durable medical equipment."

Contact the Maternity Management program Monday through Friday, 8:00 a.m. - 4:30 p.m. CST at 866-489-6948.

Quitting Tobacco and Vaping

If you or a family member vape or use tobacco, help to quit is just around the corner. We know these products are unhealthy, but it can be very difficult so stop.

As a BCBS member, you have a wellness coach available at no cost to you, to help kick the habit. Together, you'll develop a quit plan to finally kick nicotine to the curb and start earning a wellness discount to your medical premiums.

Visit bluecrossmn.com or call 888-662-2583 to get started today.



HSA & FSA OVERVIEW

Restaurant Technologies offers several accounts that enable you to pay for eligible expenses tax-free. The IRS provides a list of eligible expenses for each account at www.irs.gov.

Health Savings Account (HSA)	Health Care Flexible Spending Accounts (FSAs)	Dependent Care Flexible Spending Account (FSAs)
<p>Available to those enrolled in the BCBS 3500 Plan as long as you are not enrolled in any other health coverage or Medicare, or claimed as a dependent on someone else's tax return.</p>	<p>Your options depend on your medical plan enrollment.</p> <ul style="list-style-type: none"> Health Care FSA – If you are not enrolled in an HSA Plan, you can use this account for medical, pharmacy, dental and vision expenses. Limited Purpose FSA – If you are enrolled in an HSA Plan, you can use this account to pay for dental and vision expenses only. 	<p>Use for eligible childcare expenses for dependents under age 13 or eldercare, so you and your spouse can attend work or school full time.</p>

Comparison of accounts		
	HSA	FSA
<p>Does the company contribute? The company will match your contributions up to the listed amounts for full-year 2026</p>	<p>YES Employee: \$0 Employee + Spouse or Child(ren): \$750 Family: \$1,000</p>	<p>NO</p>
<p>Can I contribute my own savings?</p>	<p>YES</p>	<p>YES Minimum contribution: \$120/year (\$10/month)</p>
<p>Is there an IRS maximum annual contribution?</p>	<p>YES Employee: \$4,400 Family: \$8,750 Those 55 and older can contribute an additional \$1,000 annually. (IRS maximums include any employer contributions you receive)</p>	<p>YES Health Care or Limited Purpose FSAs: \$3,400 Dependent Care FSA: \$7,500 (\$3,750 if you and your spouse file separately)</p>
<p>Will my savings roll over each year?</p>	<p>YES Unlimited</p>	<p>YES & NO Up to \$680 for Health Care and Limited Purpose FSAs; No rollover for Dependent Care FSA</p>
<p>Will I earn interest on my savings?</p>	<p>YES</p>	<p>NO</p>
<p>Are the savings tax-free?</p>	<p>YES (In most states)</p>	<p>YES (In most states)</p>
<p>Do I keep the money if I leave the company?</p>	<p>YES</p>	<p>NO</p>
<p>Can I also have a Flexible Spending Account (FSA)?</p>	<p>YES Limited Purpose and Dependent Care FSAs only</p>	<p>Not applicable</p>



HEALTH SAVINGS ACCOUNT

A Health Savings Account (HSA) is a savings account that belongs to you that is paired with the BCBS 3500 Plan. It allows you to make tax-free contributions to a savings account to pay for current and future medical expenses for you and your dependents.



Start It

- Contributions to the HSA are tax-free for you whether they come from you or the company. Restaurant Technologies will match your contributions up to \$750 for employee + spouse or child(ren), and \$1,000 for family.
- The BCBS 3500 Plan costs less out of your paycheck than the BCBS 1500 Plan, so the money you save on premiums can be put into your HSA. You save money on taxes and have more flexibility and control over your health care dollars.



Build It

- All of the money in your HSA is yours (including any contributions deposited by the company) even if you leave your job, change medical plans or retire.
- In 2026, the total of your contributions and the company's can be up to \$4,400 for individual coverage and \$8,750 for family coverage.
- If you are age 55 or older, you can contribute an additional \$1,000 per year.



Use It

- You can withdraw your money tax-free at any time, as long as you use it for qualified expenses (a list can be found on www.irs.gov).
- You can also save this money for future eligible health care expenses.



Grow It

- Unused money in your HSA will roll over, earn interest and grow tax-free over time.
- You decide how to use the HSA money, including whether to save it or spend it for eligible expenses. When your balance is large enough, you can invest it – tax-free.

Eligibility Details

- You cannot have an HSA if you are enrolled in any other health coverage or Medicare or claimed as a dependent on someone else's tax return.
- You cannot participate in the Health Care Flexible Spending Account (FSA) if you have an HSA. Your spouse also cannot have a Health Care FSA. However, you can participate in a limited purpose FSA that can be used in the current year for eligible dental and vision expenses if you are currently contributing to an HSA.
- Employees age 65 and older are not eligible to contribute to an HSA if you are enrolled in Medicare.



FLEXIBLE SPENDING ACCOUNTS

A Flexible Spending Account (FSA) helps you pay for health care or dependent care costs using tax-free dollars. Your contribution is deducted from your paycheck on a pretax basis and is put into the FSA. When you incur expenses, you can access the funds in your account to pay for eligible expenses. This chart shows the eligible expenses for each FSA and how much you can contribute each year. Each of these options reduces your taxable income.

Account type	Eligible expenses	Annual contribution limits
Health Care FSA	Most medical, dental and vision care expenses that are not covered by your health plan (such as copays, coinsurance, deductibles, eyeglasses and prescriptions).	Maximum contribution is \$3,400 per year. You cannot enroll if you are enrolled in the BCBS 3500 Plan with an HSA. Funds are deducted throughout the year, but all funds are available on January 1.
Limited Purpose FSA	Dental and vision expenses only that are not covered by your health plan (such as copays, coinsurance, deductibles, and eyeglasses). Once the deductible has been met on the HSA plan, the Limited Purpose FSA can be used to help satisfy the out-of-pocket maximum on eligible expenses.	Maximum contribution is \$3,400 per year. This is available to those enrolled in the BCBS 3500 Plan with an HSA. Funds are deducted throughout the year, but all funds are available on January 1.
Dependent Care FSA	Dependent care expenses (such as day care, after school programs or eldercare programs) for children under age 13 or eldercare so you and your spouse can work or attend school full-time.	Maximum contribution is \$7,500 (or \$3,750 if you and your spouse file separate tax returns).



Important information about FSAs

Your FSA elections are effective from January 1 through December 31. Claims for reimbursement must be submitted by March 31 of the following year. Our Health Care or Limited Purpose FSAs allow you to carry over \$680 in unused funds to the following plan year.

Please plan your contributions carefully. Any unused money remaining in your account(s) will be forfeited. This is known as the “use it or lose it” rule and it is governed by Internal Revenue Service regulations. Note that FSA elections do not automatically continue from year to year; you must actively enroll each year.



DENTAL PLAN

It's important to have regular dental exams and cleanings so problems are detected before they become painful - and expensive. Keeping your teeth and gums clean and healthy will help prevent most tooth decay and is an important part of maintaining your overall health. We offer two dental plans through Delta Dental of Minnesota.

Plan Provisions	Dental Basic	Dental Enhanced
Annual Deductible (Individual/Family)	\$50/\$150	\$50/\$150
Calendar Year Maximum	\$1,500 per individual	\$2,000 per individual
Diagnostic and Preventive Services (e.g., X-rays, cleanings, exams)	Covered at 100%	Covered at 100%
Basic and Restorative Services (e.g., fillings)	50%*	80%*
Major Services (e.g., dentures, crowns, bridges)	50%*	50%*
Orthodontia	N/A	50%* for children and adults
Orthodontia Lifetime Maximum	N/A	\$2,000 per individual

*After deductible

Your per pay period payroll contributions (26 per year) for dental benefits are shown here.

Coverage Level	Dental Basic	Dental Enhanced
Employee Only	\$3.00	\$8.00
Employee + Spouse	\$6.00	\$15.00
Employee + Child(ren)	\$6.00	\$18.00
Family	\$9.00	\$25.00



Using in-network dental providers

While you have the option of choosing any provider, you will save money when you use in-network dentists. When using an out-of-network dental provider, you will pay more because the provider has not agreed to charge you a negotiated rate.

For more information, contact Delta Dental of Minnesota at 800-448-3815 or log on to www.deltadentalmn.org; Group #50946.



VISION PLAN

The vision plan provides coverage for routine eye exams and pays for all or a portion of the cost of eyeglasses or contact lenses. You can choose any provider; however, you always save money if you see in-network providers. We offer two vision plans through EyeMed.

Plan Provisions	Vision Basic	Vision Enhanced	Out-of-Network
Exam	Covered at 100%	Covered at 100%	Up to \$30
Frames	\$0 copay; \$130 allowance plus 20% off balance over \$130	\$0 copay; \$200 allowance plus 20% off balance over \$200	\$65 (Basic) Up to \$100 (Enhanced)
Lenses <ul style="list-style-type: none"> • Single vision lenses • Bifocal lenses • Trifocal lenses • Standard progressive • Premium progressive 	\$25 copay \$25 copay \$25 copay \$25 copay \$25 copay; 80% of charges less \$120 allowance	\$25 copay \$25 copay \$25 copay \$25 copay \$25 copay; 80% of charges less \$120 allowance	Up to \$25 Up to \$40 Up to \$60 Up to \$55 Up to \$55
Contact Lenses <ul style="list-style-type: none"> • Elective • Medically necessary 	\$0 copay; \$130 allowance plus up to 15% off balance over \$130 \$0 copay	\$0 copay; \$200 allowance plus up to 15% off balance over \$200 \$0 copay	Up to \$104 (Basic) Up to \$160 (Enhanced)
Frequency* <ul style="list-style-type: none"> • Exam • Lenses • Frames • Contact lenses 	Once per calendar year Once per calendar year Once per 2 calendar years Once per calendar year	Once per calendar year Once per calendar year Once per calendar year Once per calendar year	

*Plan allows member to receive either contacts and frames, or frames and lens services

Your per pay period payroll contributions (26 per year) for vision benefits are shown here.

Coverage Level	Basic	Enhanced
Employee Only	\$4.00	\$6.00
Employee + Spouse	\$7.00	\$11.00
Employee + Child(ren)	\$9.00	\$14.00
Family	\$11.00	\$17.00

For more information, contact EyeMed at 866-299-1358 or log onto www.eyemedvisioncare.com;

Base Group#9831827

Enhanced Group #1056250



LIFE INSURANCE AND DISABILITY

Life and AD&D Insurance

Life insurance is an important part of your financial wellbeing, especially if others depend on you for support. Restaurant Technologies provides basic life and accidental death and dismemberment insurance at no cost equal to 1x salary up to \$200,000. Coverage is automatic; you do not need to enroll.

Voluntary Life and AD&D Insurance

You may choose to purchase additional life and AD&D coverage for yourself and your dependents at affordable group rates. Rates are based on age and the coverage level chosen—please view Workday for rates. *Any increase made during Open Enrollment to Voluntary Life and/or Voluntary Spouse Life will require EOI (evidence of insurability) to be submitted to Unum. You will be prompted if EOI is required.

Voluntary Life and AD&D Insurance for you	
Employee	
<ul style="list-style-type: none"> • Increments of \$10,000 up to 5x your base annual salary • Up to a \$500,000 maximum • Guaranteed Issue is \$150,000* 	

Voluntary Life and AD&D Insurance for your dependents	
Spouse	Child(ren)
<ul style="list-style-type: none"> • Increments of \$5,000 (not to exceed 100% of your voluntary life and AD&D coverage). • Up to a \$500,000 maximum. • Guaranteed Issue is \$25,000*. 	<ul style="list-style-type: none"> • A flat amount of \$1,000 from birth to age 6 months. • Increments of \$2,000 up to a maximum of \$10,000 for ages 6 months to age 26. • Dependent child monthly life rate premium is \$0.30 per \$1,000 of coverage.

*Amount of Voluntary Life and AD&D insurance will reduce to 65% at age 65, and 50% at age 70.

Disability Insurance

Disability insurance provides income replacement should you become disabled and unable to work due to a non-work-related illness or injury. Restaurant Technologies provides disability coverage at no cost as shown below. Coverage is automatic; you do not need to enroll.

	Benefit
Short-Term Disability	<ul style="list-style-type: none"> • 60% of your weekly salary, to a maximum of \$2,500 per week for the first 12 weeks of a disability after the one-week waiting period. • STD benefits will be offset with any benefits received from your state's disability or paid family leave programs.
Long-Term Disability	<ul style="list-style-type: none"> • 60% of your base salary, to a maximum of \$13,000 per month if you are disabled and are unable to work for more than 90 days. • Benefits are offset with other sources of income, such as Social Security and Workers' Compensation.

Paid Parental Leave

Our Paid Parental Leave benefit provides full time employees four weeks of paid time away to care for your baby, born or newly adopted on or after January 1, 2026. This benefit will run concurrent with FMLA and any state family leave benefits and be offset with any available state paid family leave benefits. More information will be available in Workday later this year.

Family Medical Leave Act (FMLA)

If you have been with the company for 12 months, you may be eligible for up to 12 work weeks of unpaid leave per year under the Family and Medical Leave Act (FMLA). FMLA can be used for an illness of your own, care needed for a family member, care for a newborn and certain other medical needs.

VOLUNTARY PLANS

In addition to your core benefit package, you also have the opportunity to enroll in other voluntary benefits through Unum. Unum allows an ongoing enrollment throughout the year.

Accident Insurance

Accident Insurance provides benefits to help cover the costs associated with unexpected bills due to covered accidents, regardless of any other insurance you have. If you purchase coverage and are hurt in a covered accident, you will receive a cash benefit for covered injuries that you may spend as you like.

Examples of covered injuries:

- Broken bones
- Burns
- Torn ligaments
- Cuts repaired by stitches
- Eye injuries
- Ruptured discs
- Concussion

Per Pay Period Premiums	
Employee only	\$3.10
Employee + Spouse	\$5.35
Employee + Child(ren)	\$7.33
Family	\$9.57

Hospital Indemnity

Hospital Indemnity Insurance provides a fixed lump-sum payment that can help cover hospital expenses not covered by insurance, or to pay for expenses while you, your spouse/ domestic partner and/or dependents are in the hospital.

Per Pay Period Premiums		
	Low Plan	High Plan
Employee only	\$4.20	\$8.11
Employee + Spouse	\$9.80	\$18.76
Employee + Child(ren)	\$6.28	\$12.11
Family	\$11.88	\$22.75

Critical Illness Insurance

Critical Illness Insurance provides cash to help pay for both medical expenses not covered by your medical plan as well as day-to-day expenses that may start to add up —like rent, mortgage, car payments, etc. —while you are ill. With Critical Illness Insurance, if you are diagnosed with a covered illness, you get a lump-sum cash benefit, even if you receive other insurance benefits. Please view Workday for the Age-banded rates.

Examples of covered illnesses:

- Cancer
- Heart attack
- Major organ failure
- End-stage renal (kidney) failure
- Coronary artery bypass graft surgery
- Stroke



EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM (EAP)

Restaurant Technologies is pleased to continue offering our Employee Assistance Program (EAP) for all employees through LifeMatters!

LifeMatters offers helpful resources and reliable professional care for a variety of personal issues. You can call 1-800-634-6433, 24 hours a day, every day of the year to receive LifeMatters EAP services. Professional counselors are available at all times to provide assistance to you and your eligible dependents for a wide variety of issues.

Direct Assistance from a Professional Counselor

- Stress, depression and personal problems
- Balancing work and personal needs
- Family and relationship concerns
- Alcohol or drug dependency
- Job stress
- Workplace conflicts
- Any other issue of concern in your life

Accessing LifeMatters Services

- **Telephone Access:** Call 1-800-634-6433 anytime, day or night, to speak with a professional counselor about any issue of concern in your life. TDD and language translation services are also available.
- **Mylifematters.com:** Access LifeMatters resources on the Internet at mylifematters.com. Look for articles, view webinars, conduct searches for child and eldercare in your area, and explore thousands of other useful resources. Sign in using the company password: **RT1**
- **Email:** Visit mylifematters.com and select "email" to request secure email contact with a counselor.
- **Text:** Texting services are available anytime, day or night. In the U.S., simply text "Hello" to 61295 to chat with a counselor (from Canada, text "Hello" to 204-817-1149). Standard text messaging rates apply.
- **The LifeMatters App:** Download the app for quick, convenient access to LifeMatters services via mylifematters.com and text notifications about service features. Log in to the app with your company password.

WorkLife Services

- **Financial Consultation** and resources to set up a budget, obtain and review credit report information, or assist with debt management and consolidation.
- **Legal Consultation** with an attorney either over the phone or face-to-face for consumer law, traffic citations and fender benders, family law, or estate planning.

Online and Assisted Searches

- Child and elder care resources and guidance
- Adoption assistance
- Educational resources
- Personal security
- Home improvement
- Veterinarians, pet sitting, and obedience training





ADDITIONAL RESOURCES

Restaurant Technologies has several additional programs and resources created for all employees.

Employee Referral

All employees can receive a \$3,000 (gross) bonus for each employee referral who is hired and remains employed with Restaurant Technologies for 12 months. For questions regarding employee referral bonus opportunities, you will find a helpful article in Workday. You can also discuss with your supervisor or manager.

Tuition Reimbursement

Restaurant Technologies recognizes that the skills and knowledge of our employees are critical to the company's success. The company will provide up to \$5,250 per year for educational assistance to all eligible regular full-time employees who have completed one year of service in an eligible employment classification. For questions regarding tuition opportunities, you will find a helpful article in Workday. You can also discuss with your supervisor or manager.

Educational Foundation

College is expensive. The Educational Foundation was established to recognize children of employees for their achievements at school and in their community.

Restaurant Technologies wants to help invest in and develop the next generation. Merit-based college scholarships will be awarded to children of Restaurant Technologies employees. Selection will be based on academic promise, leadership, extracurricular activities, and exemplary citizenship.

Employees can make a tax-deductible contribution to the RTI Education Foundation. During annual enrollment, you can elect to make a contribution to the Education Foundation as a payroll deduction beginning January 1.

Restaurant Technologies Report It

If you are aware of any potentially harmful situation that could affect our employees and/or company, Report It! This third-party anonymous hotline service is available to assist you in communicating fraud, waste, and abuse concerns. It is confidential unless you elect to waive your right to anonymity. For both online and telephone reporting, the Username is RTI and the Password is **reportit**. To report ONLINE, go to www.reportit.net. Click "Report it Online" then "report now". To report by phone, dial the hotline number 877-778-5463.

Employee Perks and Discounts

We realize work-life balance and general wellbeing can be just as important to you as health and financial wellness. So, the time you spend outside of the workplace is just as important to us as the work you contribute.

We've partnered with TicketsatWork, providing exclusive savings on travel, movies, hotels, shows, concerts, theme parks, sporting events, shopping and more!

It's free and simple to enroll! Visit www.ticketsatwork.com and use company code RT2018 or your work email address to create an account.



401(K) RETIREMENT SAVINGS PLAN

Whether retirement is way down the road or just around the corner, it's important to have savings goals and specific investment objectives. To help you meet your goals and objectives, we offer a 401(k) Retirement Savings Plan, administered by T. Rowe Price, with multiple investment options and a company match. Key details and features of our plan are listed below.

You can manage your 401(k) account at any time. To register your account, go to <http://rps.troweprice.com> and click on the "Register" button. Enter your social security number, your zip code and your date of birth to register. You can then change your contribution rate, investment options, and more. Please note, you do not make changes to your 401(k) in Workday.

All full-time and part-time employees are eligible to contribute to the 401(k) plan beginning 1 month following their date of hire. Employees may opt in or out of contributions in advance of eligibility, but if no action is taken, they will be auto-enrolled at 4% pre-tax.

Employee contributions	Employer contributions
<p>You can contribute up to \$24,500 in 2026. If you are age 50 or older, you may contribute up to an additional \$8,000 as a "catch-up" contribution, and \$11,250 at age 60-63. These amounts are indexed for inflation annually.</p> <p>Contributions may be made on a pretax basis, Roth (after-tax) basis, or a combination of both. To make it easier for you to save, the plan offers annual savings adjustments to help you set aside extra money automatically.</p>	<p>Restaurant Technologies matches 100% of the first 3% of employee contributions and matches 50% of each of the next 3% of employee contributions.</p>



More Retirement Plan Information

- You can enroll in the plan and make changes to your contributions at any time.
- T. Rowe Price has many different investment options for you to choose from, along with tools and resources you can use to determine which options best meet your investment objectives.

For additional details about the 401(k) Retirement Savings Plan or to enroll or change your contribution rates or investment elections, visit <http://rps.troweprice.com> or call 800-992-9945.



GLOSSARY

- **Brand preferred drugs** – A drug with a patent and trademark name that is considered “preferred” because it is appropriate to use for medical purposes and is usually less expensive than other brand-name options.
- **Brand non-preferred drugs** – A drug with a patent and trademark name. This type of drug is “not preferred” and is usually more expensive than alternative generic and brand preferred drugs.
- **Calendar Year Maximum** – The maximum benefit amount paid each year for each family member enrolled in the dental plan.
- **Coinsurance** – The sharing of cost between you and the plan. For example, 80% coinsurance means the plan covers 80% of the cost of service after a deductible is met. You will be responsible for the remaining 20% of the cost.
- **Copay** – A fixed amount (for example \$15) you pay for a covered health care service, usually when you receive the service. The amount can vary by the type of covered health care service.
- **Deductible** – The amount you have to pay for covered services each year before your health plan begins to pay.
- **Elimination Period** – The time period between the beginning of an injury or illness and receiving benefit payments from the insurer.
- **Flexible Spending Accounts (FSA)** – FSAs allow you to pay for eligible health care and dependent care expenses using tax-free dollars. The money in the account is subject to the “use it or lose it” rule which means you must spend the money in the account before the end of the plan year.
- **Generic drugs** – A drug that offers equivalent uses, doses, strength, quality and performance as a brand-name drug, but is not trademarked.
- **Health Savings Account (HSA)** – An HSA is a personal savings account for those enrolled in a High Deductible Health Plan (HDHP). You may use your HSA to pay for qualified medical expenses such as doctor’s office visits, hospital care, prescription drugs, dental care and vision care. You can use the money in your HSA to pay for qualified medical expenses now, or in the future, for your expenses and those of your spouse and dependents, even if they are not covered by the HDHP.
- **High Deductible Health Plan (HDHP)** – A qualified High Deductible Health Plan (HDHP) is defined by the Internal Revenue Service (IRS) as a plan with a minimum annual deductible and a maximum out-of-pocket limit. These minimums and maximums are determined annually and are subject to change.
- **In-network** – A designated list of health care providers (doctors, dentists, etc.) with whom the insurance provider has negotiated special rates. Using in-network providers lowers the cost of services for you and the company.
- **Inpatient** – Services provided to an individual during an overnight hospital stay.
- **Mail Order Pharmacy** – Mail order pharmacies generally provide a 90-day supply of a prescription medication for the same cost as a 60-day supply at a retail pharmacy. Plus, mail order pharmacies offer the convenience of shipping directly to your mailing address.
- **Out-of-network** – Providers that are not in the plan’s network and who have not negotiated discounted rates. The cost of services provided by out-of-network providers is much higher for you and the company. Higher deductibles and coinsurance will apply.
- **Out-of-pocket maximum** – The maximum amount you and your family must pay for eligible expenses each plan year. Once your expenses reach the out-of-pocket maximum, the plan pays benefits at 100% of eligible expenses for the remainder of the year. Your annual deductible is included in your out-of-pocket maximum.
- **Outpatient** – Services provided to an individual at a hospital facility without an overnight hospital stay.
- **Primary Care Provider (PCP)** – A doctor (generally a family practitioner, internist or pediatrician) who provides ongoing medical care. A primary care physician treats a wide variety of health-related conditions.
- **Reasonable & Customary Charges (R&C)** – Prevailing market rates for services provided by health care professionals within a certain area for certain procedures. Reasonable and Customary rates may apply to out-of-network charges.
- **Specialist** – A provider who has specialized training in a particular branch of medicine (e.g., a surgeon, cardiologist or neurologist).



IMPORTANT INFORMATION AND PLAN NOTICES

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed on the notice provide and posted on Workday, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial 1-877-KIDS NOW or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call 1-866-444-EBSA (3272).

New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn't meet certain standards. The savings on your premium that you're eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer's health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.5% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution - as well as your employee contribution to employer-offered coverage - is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or submit a Help ticket in Workday and a specialist will assist you.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.



IMPORTANT INFORMATION AND PLAN NOTICES

The Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996

The Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996 prohibits group and individual health insurance policies from restricting benefits for any hospital length of stay for the mother or newborn child in connection with childbirth; (1) following a normal vaginal delivery, to less than 48 hours, and (2) following a cesarean section, to less than 96 hours. Health insurance policies may not require that a provider obtain authorization from the health insurance plan or the issuer for prescribing any such length of stay. Regardless of these standards an attending health care provider may, in consultation with the mother, discharge the mother or newborn child prior to the expiration of such minimum length of stay.

Further, a health insurer or health maintenance organization may not:

1. Deny to the mother or newborn child eligibility, or continued eligibility, to enroll or to renew coverage under the terms of the plan, solely to avoid providing such length of stay coverage;
2. Provide monetary payments or rebates to mothers to encourage such mothers to accept less than the minimum coverage;
3. Provide monetary incentives to an attending medical provider to induce such provider to provide care inconsistent with such length of stay coverage;
4. Require a mother to give birth in a hospital; or
5. Restrict benefits for any portion of a period within a hospital length of stay described in this notice.

These benefits are subject to the plan's regular deductible and co-pay. For further details, refer to your SPD. Keep this notice for your records and submit a Help ticket in Workday for more information.

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 requires Restaurant Technologies to notify you, as a participant or beneficiary of the Health Care Plan, of your rights related to benefits provided through the plan in connection with a mastectomy. You, as a participant or beneficiary, have rights to coverage to be provided in a manner determined in consultation with your attending physician for:

1. All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
2. Surgery and [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; and
3. Prostheses and treatment of physical complications of the mastectomy, including lymph edema.

These benefits are subject to the plan's regular deductible and co-pay. For further details, refer to your SPD. Keep this notice for your records and submit a Help ticket in Workday for more information.

HIPAA Special Enrollment Rights

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse or domestic partner) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself or your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing towards your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 31 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

In addition, if you have a new dependent as result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 31 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Special enrollment rights may also exist in the following circumstances:

If you or your dependents experience a loss of eligibility for Medicaid or a state Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage and you request enrollment within 60 days after that coverage ends; or

If you or your dependents become eligible for a state premium assistance subsidy through Medicaid or a state CHIP with respect to coverage under this plan and you request enrollment within 60 days after the determination of eligibility for such assistance.

Note: The 60-day period for requesting enrollment applies only in these last two listed circumstances relating to Medicaid and state CHIP. As described above, a 31-day period applies to most special enrollments.

To request a special enrollment or obtain more information, submit a Help ticket in Workday for more information.



IMPORTANT INFORMATION AND PLAN NOTICES

HIPAA Availability of Notice of Privacy Practices

The Restaurant Technologies Health Care Plan (the “Plan”) provides health benefits to eligible employees of Restaurant Technologies (the “Company”) and their eligible dependents as described in the summary plan description(s) for the Plan. The Plan creates, receives, uses, maintains and discloses health information about participating employees and dependents in the course of providing these health benefits.

The Plan is required by law to take reasonable steps to protect your Protected Health Information from inappropriate use or disclosure. The Plan is required by law to provide notice to participants of the Plan’s duties and privacy practices with respect to covered individuals’ protected health information, and has done so by providing to Plan participants a Notice of Privacy Practices, which describes the ways that the Plan uses and discloses protected health information. To receive a copy of the Plan’s Notice of Privacy Practices you should contact HIPAA Privacy Officer, who has been designated as the Plan’s contact person for all issues regarding the Plan’s privacy practices and covered individuals’ privacy rights. You can reach this contact person by submitting a Help ticket in Workday.

Important Notice from Restaurant Technologies About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Restaurant Technologies and about your options under Medicare’s prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.

2. Restaurant Technologies has determined that the prescription drug coverage offered by BCBS of MN is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join A Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th. However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens To Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Restaurant Technologies coverage will not be affected. If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Restaurant Technologies coverage, be aware that you and your dependents will not be able to get this coverage back.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join A Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Restaurant Technologies and don’t join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later. If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.



IMPORTANT INFORMATION AND PLAN NOTICES

Important Notice from Restaurant Technologies About Your Prescription Drug Coverage and Medicare (cont'd)

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information or submit a Help ticket in Workday. NOTE: You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Restaurant Technologies changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans. For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

CMS Form 10182-CC Updated April 1, 2011

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0990. The time required to complete this information collection is estimated to average 8 hours per response initially, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No Surprises Act - Transparency Resources Under Federal Law

In 2021, Congress passed "The No Surprises Act" as part of the Consolidated Appropriations Act (CAA). Along with other federal laws, the goal of the No Surprises Act is to protect you from being overcharged for services rendered either when you are seen in an emergency facility or when you are treated by certain out-of-network medical providers during a care received by or at an in-network medical provider. A detailed summary of these protections appears in Workday, on the Company Benefits Dashboard within the Benefits Booklets.

You can also review a copy of this notice on the BlueCross BlueShield of Minnesota (BCBSMN) website:

<https://www.bluecrossmn.com/members/claims/no-surprises-act>.

As the third-party administrator for the RTI's Health and Welfare medical plans, BCBSMN will comply with all applicable laws and regulations related to the No Surprises Act. Additional sections of the No Surprises Act on our behalf. Here is a summary of the steps:

No Surprises and Balance Billing for Out-of-Network Care

For covered emergency services at a hospital or freestanding emergency department, or free-standing emergency department, the Plan must pay for services: (1) without requiring prior authorization; (2) without regard to the providers' network status; and (3) applying in-network cost-sharing. BCBSMN will make all necessary determinations of the payment amounts in these cases, apply in-network benefits and direct such payments to the non-participating provider along with a detailed certifying statement in accordance with the rules.

BCBSMN will also pursue an independent dispute resolution (IDR) process with providers with whom they are unable to reach agreement on negotiating reimbursements in accordance with the rules.

Online Provider Directories

Health plans must establish and maintain an online directory listing including the following provider information:

- Names of contracted provider
- Addresses
- Specialties
- Telephone numbers and digital contact information

The information in the directories is verified and updated at least every 90 days and updated in the directory within two business days of receiving new information from a provider.



IMPORTANT INFORMATION AND PLAN NOTICES

Members can access the online provider directories on the provider search portal at Bluecrossmn.com/find-doctor.

Prohibition on Gag Clauses

The law prohibits gag clauses in provider agreements related to certain price and quality information. BCBSMN does not have any gag clauses in their provider contracts.

Summary of Benefits and Coverage and Uniform Glossary of Terms

Under the Affordable Care Act, RTI must provide employees who are eligible for our group insurance plan with clear, consistent and comparable information about their health plan benefits and coverage. Specifically, the company is required to provide access to two forms that will help employees understand and evaluate the health insurance choices:

- An easy-to-understand Summary of Benefits and Coverage (SBC)
- A Uniform Glossary of Terms commonly used in communicating health insurance coverage, such as "deductible" and "copayment" found earlier in this document.

These documents are available to eligible employees on: Workday
Location: Company Benefits Dashboard – Benefit Documents

Employees may also request a copy of the SBC and/or Uniform Glossary of Terms by contacting:
RT / Benefits Team
2250 Pilot Knob Road
Mendota Heights, MN 55120
1-888-796-4997

As a participant in the Restaurant Technologies, Inc. (RTI) Health and Welfare Benefits, you are entitled to be furnished with certain documents as required by federal law. RTI intends to provide the following documents to you by electronic delivery, as described below. If you do not regularly have access to a work computer as part of your job, you will continue to receive documents in paper format - unless you contact us and request to receive these items in electronic format only.

Date: 01/01/2026 - 12/31/2026
Name of Entity/Sender: Restaurant Technologies, Inc.
Address: 2250 Pilot Knob Road, Mendota Heights, MN 55120
Phone Number: 1-800-796-4997
Contact-Position/Office: Shelley Wagner - Director of Total Rewards

Summary Plan Description (SPD) and Plan Booklets: These documents provide an important summary of your health care benefits, eligibility for those benefits, and other matters related to health care insurance coverage under the Plan.

Summary Benefits and Coverage (SBC): This document will help you choose from our health plans by showing you how you and the plan share the cost for covered health care services. The SBC is provided electronically to any employee who enrolls in coverage and can be found in Workday – Company Benefits Dashboard.

Any Summary Material Modification: This document is a written summary that informs you of any changes to the Plan that affects your rights and obligations under the Plan or make changes in the provisions of the SPD.

Summary Annual Report: Each year the Plan must file a financial report with the IRS. This document provides a summary of that information.

Periodic Regulatory Notices (included in this packet): These are notices included in the enclosed brochure and include the Medicare Part D Notice, Women’s Health Act, Newborn and Mother Health Protection Act, Paperwork Reduction Act Statement, Medicaid and CHIP Notice, ACA Marketplace Notice, No Surprises Act Notice and HIPAA Special Enrollment.

RTI will post these documents in Workday on the Company Benefits Dashboard in the Benefit Documents tab. This is accessible at work on your RTI cell phone and through any computer with internet service at your home or Depot / Office.

Annually, a new Benefit Guide is created. RTI will notify you through a message to your current company email address, that will include a brief description of the document, where the document will be posted and how to access it. Additional benefits related documents may be added to the Company Benefits Dashboard at any time, and are available to you at the time of posting.

You have a right to request and obtain a paper version of any of these documents at no charge. If you currently receive benefits documents in hard-copy format, you may also request that they be sent electronically.

Contact:

RT/Benefits Team
2250 Pilot Knob Road
Mendota Heights, MN 55120
1-888-796-4997



CONTACT INFORMATION

Restaurant Technologies is careful to choose benefits vendors that are trustworthy, responsive, and provide convenient services to our employees. Feel free to contact them with your specific questions. Contact information is listed below.

Coverage	Carrier	Phone	Website	Group #
Medical	BCBS of MN	866-543-5966	www.bluecrossmn.com	Located on your Medical ID card
Pharmacy	CVS	800-746-7287	www.cvs.com	Located on your Pharmacy ID card
Dental	Delta Dental of Minnesota	800-448-3815	www.deltadentalmn.org	50946
Vision	EyeMed	866-299-1358	www.eyemed.com/en-us	Base: 9831827 Enhanced: 1056250
Health Savings Account	HealthEquity	866-346-5800	www.healthequity.com	--
Flexible Spending Accounts	HealthEquity	877-924-3967	www.healthequity.com	--
Life and AD&D Insurance	Unum	800-445-0402	www.unum.com	71658
Disability Insurance and Leave of Absence	Unum	877-721-3196	www.unum.com/claims	71657
Accident Insurance	Unum	800-635-5597	www.unum.com	--
Critical Illness Insurance	Unum	800-635-5597	www.unum.com	--
Hospital Indemnity	Unum	800-635-5597	www.unum.com	--
Employee Assistance Plan	Empathia	800-634-6433	www.mylifematters.com Password: RT1	--
401(k) Retirement Savings Plan	T. Rowe Price	800-922-9945	rps.troweprice.com	106560
Human Resources	RTI	N/A	Submit a Help ticket in Workday and a specialist will assist you.	--



Check out Workday Company Benefits Dashboard for more information, benefit contacts, plan summaries and much more by scanning this QR Code!





About this Guide

This benefit summary provides selected highlights of the Restaurant Technologies benefits program. It is not a legal document and shall not be construed as a guarantee of benefits nor of continued employment at the company. All benefit plans are governed by master policies, contracts and plan documents. Any discrepancies between any information provided through this summary and the actual terms of such policies, contracts and plan documents shall be governed by the terms of such policies, contracts and plan documents. Restaurant Technologies reserves the right to amend, suspend or terminate any benefit plan, in whole or in part, at any time. The authority to make such changes rests with the Plan Administrator.



**RESTAURANT
TECHNOLOGIES®**

**ESTAMOS
TODOS A SU
DISPOSICIÓN**

SU GUÍA DE BENEFICIOS

PARA 2026



SUS BENEFICIOS DE RESTAURANT TECHNOLOGIES

En Restaurant Technologies, usted es una parte importante de lo que nos hace grandes. Estamos orgullosos de ofrecer un paquete integral de beneficios diseñado para respaldar su bienestar general, para que pueda prosperar tanto en el trabajo como en la vida.






Esta guía le ayudará a explorar los beneficios disponibles para usted. Proporciona consejos, herramientas y recursos útiles para ayudarle a pensar en sus opciones y tomar las decisiones correctas para usted y su familia.

Mientras se prepara para inscribirse:

- **Considere sus necesidades de cobertura de beneficios para el próximo año;** ¿prevé someterse a un procedimiento médico importante o un embarazo? ¿Prevé que sus necesidades de atención se mantendrán igual que el año anterior?
- **Compare la cobertura de Restaurant Technologies con otras coberturas disponibles.**
- **Recopile documentación de verificación de dependientes.** Si cubre a dependientes, necesitará sus fechas de nacimiento y números del Seguro Social. Además, tendrá que proporcionar documentación legal que verifique su elegibilidad, como una licencia de matrimonio, documentación fiscal o certificado de nacimiento.

Una vez que haya hecho sus selecciones, sepa que estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta o necesita ayuda. Gracias por ser parte del equipo de Restaurant Technologies. ¡En RTI estamos todos a su disposición!

Inscripción en sus beneficios

-  Visite Workday a través de su computadora de escritorio o la aplicación Workday
-  Comience el proceso de inscripción a los beneficios
-  Elija los beneficios que desee
-  Guarde y envíe sus elecciones con la documentación requerida
-  Guarde una copia de sus elecciones para sus registros

Índice

Conceptos básicos de los beneficios	03
Elegibilidad	04
Plan médico y de farmacia	05
Oportunidades de bienestar	09
Opciones de HSA y FSA	11
Cuenta de ahorros para gastos médicos	12
Plan odontológico	14
Plan oftalmológico	15
Seguro de vida y discapacidad	16
Planes voluntarios	17
Programa de asistencia al empleado (EAP)	18
Recursos adicionales	19
Plan de ahorros para la jubilación 401(k)	20
Glosario	21
Información y avisos importantes	22
Información de contacto	27

¡Escanee este código QR para visitar el Panel de beneficios de la empresa en Workday y obtener más información!





CONCEPTOS BÁSICOS DE LOS BENEFICIOS

Restaurant Technologies paga algunos de sus beneficios y usted comparte el costo de otros, como se muestra aquí.

Beneficio	Tratamiento fiscal	Quién paga
Plan médico y de farmacia	Antes de impuestos	RTI y usted
Plan odontológico	Antes de impuestos	RTI y usted
Plan oftalmológico	Antes de impuestos	Usted
Cuenta de ahorros para gastos médicos	Antes de impuestos	RTI y usted
Cuentas de gastos flexibles	Antes de impuestos	Usted
Seguro básico de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Después de impuestos	RTI
Seguro voluntario de vida y AD&D	Después de impuestos	Usted
Seguro por discapacidad a corto plazo	Después de impuestos	RTI
Seguro por discapacidad a largo plazo	Después de impuestos	RTI
Seguro contra accidentes	Después de impuestos	Usted
Seguro de enfermedad grave	Después de impuestos	Usted
Seguro de indemnización hospitalaria	Después de impuestos	Usted
Plan de ahorros para la jubilación 401(k)	Antes o después de impuestos	RTI y usted





ELEGIBILIDAD

Empleados a tiempo completo:

Los empleados que no estén sujetos a un convenio colectivo y trabajan al menos 30 horas por semana son elegibles para recibir beneficios inmediatamente después de la Fecha de contratación. Los siguientes dependientes también son elegibles:

- Su cónyuge legal
- Su pareja de hecho registrada
- Sus hijos hasta los 26 años (independientemente de la condición de estudiante)*

*Otros dependientes pueden ser los nietos que residen en su hogar en una relación continua de padre/hijo y que sea declarados como dependientes en su declaración federal de impuestos sobre la renta; niños de los que ha sido designado tutor legal; o hijos dependientes discapacitados solteros mayores de 26 años. Si cree que alguna de estas situaciones se aplica a su caso, envíe un boleto a Ayuda en Workday y un especialista le ayudará.

A tener en cuenta: se le pedirá que proporcione documentación de los dependientes para garantizar que solo los dependientes elegibles reciban cobertura de nuestros planes médicos y para ayudarnos a mantener los costos de los beneficios lo más bajos posible. Esto puede incluir una licencia de matrimonio, documentación fiscal o certificado de nacimiento. Puede encontrar los requisitos de documentación en Workday Help.

Existen tres condiciones en las que puede inscribirse o modificar sus elecciones de beneficios antes de impuestos.

1. En la fecha de contratación
2. Durante la inscripción abierta
3. En caso de un evento de vida habilitante

Dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para elegir sus beneficios. Si no realiza sus elecciones dentro de este período de 30 días, no podrá inscribirse en la cobertura de beneficios hasta el próximo período de Inscripción abierta al final del año calendario, a menos que tenga un evento de vida habilitante durante el año.

Evento de vida habilitante

Por lo general, solo puede realizar o modificar sus elecciones de beneficios existentes como nuevo empleado o durante el período anual de inscripción abierta. No obstante, puede modificar su elección de beneficios durante el año si se produce algún evento como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Pérdida o ganancia de otra cobertura por parte del empleado o dependiente
- Requisitos para acceder a Medicare o Medicaid

Dispone de 30 días a partir del evento de vida habilitante para realizar cambios en su cobertura. Necesitará proporcionar evidencia del evento, como una licencia de matrimonio. Si no está Seguro de si ha experimentado o experimentará un evento de vida habilitante, envíe una solicitud de ayuda en Workday y un especialista le ayudará.

La cobertura de todos los beneficios termina a la medianoche, en la fecha de separación de la empresa.



COBERTURA MÉDICA Y DE FARMACIA

Incentivos de bienestar en las primas del plan médico

Restaurant Technologies apoya su salud y la salud de su familia. Visite a su médico cada año para obtener los mayores incentivos en costos de primas de su plan médico. Tome medidas cada año para ahorrar en el año siguiente. Por ejemplo, su actividad en 2025 proporcionará ahorros en 2026.

- **Empleado** Hay dos formas de ahorrar. Visitar a su médico para un examen anual y no consumir nicotina y tabaco.
- **Su cónyuge/pareja de hecho** completa una visita anual con su proveedor, y no consume tabaco ni nicotina.

Disposiciones del plan médico	Plan 1500 (PPO) de BCBS		Plan 3500 de BCBS (HDHP con HSA elegible)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Aporte paralelo de la empresa a la HSA	No elegible para aportes a HSA		Empleado: \$0 Empleado + cónyuge o hijos: hasta \$750 Familiar: hasta \$1000	
Deducible anual (individual/familiar)	\$1500/\$4500	\$3000/\$9000	\$3500/\$7000	\$5700/\$11400
Máximo de gastos de bolsillo (incluye deducible)	\$5000/\$10000	\$6000/\$12000	\$5000/\$10000	\$8000/\$16000
Atención Preventiva	Cubierto al 100%	No se cubre	Se cubre al 100%	No está cubierto
Visita al consultorio primario	\$25 de copago	40%*	20%*	40%*
Visita al especialista	\$50 de copago	40%*	20%*	40%*
Visitas virtuales	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	20%*	40%*	20%*	40%*
Servicios hospitalarios ambulatorios	20%*	40%*	20%*	40%*
Atención de urgencias	\$25 de copago	40%*	20%*	40%*
Sala de emergencias	\$250 de copago	\$250 de copago	20%*	N/A
Farmacia minorista (suministro hasta 31 días)				
Medicamentos con receta preventivos	N/A	N/A	\$0	N/A
Genérico	\$15 de copago	N/A	20%*	N/A
Marca preferida	\$50 de copago	N/A	20%*	N/A
Marca no preferida	\$75 copago	N/A	20%*	N/A
De especialidad	\$120 de copago**	N/A	20%*	N/A
Farmacia de pedido por correo (suministro para 90 días)				
Genérico	\$30 de copago	N/A	20%*	N/A
Marca preferida	\$100 de copago	N/A	20%*	N/A
Marca no preferida	\$150 de copago	N/A	20%*	N/A
De especialidad	\$120 de copago**	N/A	20%*	N/A

*Después del deducible

**PrudentRx puede ofrecer descuentos adicionales



COBERTURA MÉDICA Y DE FARMACIA

Aquí se indican las primas por periodo de pago (26 por año) para los beneficios médicos. Por favor, tenga en cuenta que tiene varias oportunidades de recibir descuentos en estas primas si participa en nuestros programas de bienestar. A continuación, hemos modelizado dos escenarios: tarifas sin descuentos por bienestar recibidos y tarifas con todos los descuentos por bienestar recibidos. Es posible que solo reciba uno o dos de los descuentos, en cuyo caso su prima médica se situará en un punto intermedio entre las dos tarifas indicadas.

Las primas médicas más altas posibles sin recibir descuentos por bienestar	Plan 1500 (PPO)	Plan 3500 (HDHP con HSA elegible)
Solo Empleado	\$180.00	\$70.00
Empleado + Cónyuge o Pareja de Hecho	\$418.00	\$277.00
Empleado + Hijo(s)	\$305.00	\$190.00
Familiar	\$512.00	\$310.00

Las primas médicas más bajas posibles con todos los descuentos por bienestar recibidos	Plan 1500 (PPO)	Plan 3500 (HDHP con HSA elegible)
Solo Empleado	\$110.00	\$0.00
Empleado + Cónyuge o Pareja de Hecho	\$278.00	\$137.00
Empleado + Hijo(s)	\$235.00	\$120.00
Familiar	\$372.00	\$170.00

**Su prima puede estar entre los dos ejemplos anteriores si no se completan todos los incentivos de bienestar. Tenga en cuenta que los incentivos de bienestar no se transfieren de un año a otro.





DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN MÉDICO Y DE FARMACIA

Ofrecemos la opción de dos planes médicos a través de BlueCross BlueShield of Minnesota (BCBS). Ambas opciones médicas incluyen cobertura para medicamentos con receta a través de CVS. Para seleccionar el plan que mejor se adapte a su familia, debe tener en cuenta las principales diferencias entre los planes, el costo de la cobertura (incluidas las deducciones de la nómina) y cómo el plan cubre los servicios a lo largo del año.

1. Su deducible.

Usted paga de su bolsillo la mayoría de los gastos médicos y de farmacia, excepto los que tienen un copago, hasta que alcance el deducible. Puede pagar estos gastos con su Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) o con fondos de una Cuenta de Gastos Flexibles (si está en el plan PPO).

2. Su cobertura.

Una vez que alcanza su deducible, usted y el plan comparten el costo de los gastos médicos y de farmacia cubiertos; esto se conoce como coseguro. El plan pagará un porcentaje de cada gasto elegible y usted pagará el resto, excepto por los servicios que requieran un copago.

3. Su máximo de gastos de bolsillo.

Cuando alcance su máximo de gastos de bolsillo, el plan pagará el 100% de los gastos médicos y de farmacia cubiertos durante el resto del año del plan. Su deducible y coseguro se aplican al máximo de gastos de bolsillo.





DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN MÉDICO Y DE FARMACIA

Los dos planes médicos de Restaurant Technologies tienen un deducible y un desembolso máximo.

Con un enfoque integrado, cada persona solo necesita alcanzar el deducible individual y el máximo de gastos de bolsillo antes de que el plan comience a pagar su parte para esa persona. (Y, una vez que dos o más familiares alcanzan los límites familiares, el plan comienza a pagar su parte por todos los familiares cubiertos).

Para aprovechar al máximo su plan, tenga en cuenta estos importantes consejos:

- **Proveedores y farmacias dentro de la red:** Siempre pagará menos si consulta a un proveedor dentro de la red médica y de farmacia.
- **Atención preventiva:** la atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100% (sin costo para usted). La atención preventiva incluye un examen físico anual y vacunas, ciertos análisis de laboratorio, exámenes de detección y otros servicios destinados a prevenir enfermedades o detectar problemas antes de que note cualquier síntoma.
- **Medicamentos preventivos:** Muchos medicamentos preventivos y los que se utilizan para tratar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, colesterol alto y asma están en la Lista de medicamentos preventivos de costo cero. Estos medicamentos con receta están cubiertos al 100% (sin costo para usted si está inscrito en el HDHP) cuando recurre a una farmacia dentro de la red.
- **Cobertura de farmacia:** los medicamentos se clasifican en categorías en función de su costo, seguridad y eficacia. Estos niveles también afectan a su cobertura.
- **Farmacia de pedido por correo:** si toma un medicamento de mantenimiento de forma continuada para una enfermedad como el colesterol alto o la hipertensión, puede utilizar la Farmacia de Venta por Correo para ahorrar en un suministro para 90 días.
- **PrudentRx:** si está inscrito en el plan PPO y toma un medicamento de especialidad, es posible que PrudentRx se comunique con usted para inscribirle en un programa de ahorros del fabricante. Debe inscribirse para recibir el mejor precio para sus medicamentos de especialidad.

Scripta

El programa de ahorro de Scripta trabaja con su proveedor farmacéutico, CVS Caremark, para analizar las reclamaciones e identificar y presentar alternativas personalizadas de ahorro de costos solo para usted. Podrá usar la aplicación y el sitio web de Scripta para buscar información sobre medicamentos, consultar precios y obtener cupones.

Estará inscrito en estos beneficios sin costo adicional. Scripta le ayuda a encontrar ahorros en recetas de varias maneras:

- **Informes de ahorro personalizados:** sugiere opciones de precios más bajos y formas en las que puede ahorrar en recetas.
- **Herramientas de comparación fáciles de usar:** le ayuda a tener conversaciones informadas con sus médicos y a tomar decisiones más inteligentes sobre su salud.
- **Servicios de asistencia personalizada:** le ayuda a cambiar (si es necesario) a través del soporte de un enfermero registrado (RN) y las funciones dentro de la aplicación.
- **Ahorros en recetas:** ¡reduce sus gastos de bolsillo! Recibirá información adicional cuando Scripta esté disponible.

Si se inscribe en un plan médico a través de BCBS, quedará inscrito en la cobertura de medicamentos con receta a través de CVS. No necesita ir a una farmacia CVS para surtir sus recetas.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

- BCBS of MN llamando al 866-543-5966 o visite www.bluecrossmn.com
- CVS al 800-746-7287 o inicie sesión en www.cvs.com



OPORTUNIDADES DE BIENESTAR

En Restaurant Technologies, queremos que los empleados se involucren en sus trabajos y comunidades, sean activos y se comprometan con su salud y, en definitiva, alcancen su máximo nivel de bienestar.

Nuestros programas de bienestar están diseñados para:

- Proporcionar educación, recursos y apoyo a los empleados
- Ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su salud
- Aumentar el compromiso y la productividad de los empleados
- Gestionar los costos de la atención médica

Los empleados y sus cónyuges que se encuentren inscritos en nuestra cobertura de seguro médico son elegibles para los siguientes programas.

Omada

Omada ofrece un programa personalizado de prevención y manejo de enfermedades para aquellos en riesgo de padecer enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, como diabetes tipo 2 y colesterol alto. El programa también está disponible para personas con diabetes tipo 1 y todos los participantes elegibles recibirán un Medidor de glucosa en sangre (BGM).

Hinge Health

Con Digital MSK Clinic™ de Hinge Health obtendrá acceso gratuito a programas para dolores de espalda, rodilla, cadera, hombro, cuello y otras articulaciones. Solo Hinge Health combina un equipo de atención clínica, tecnología de movimiento avanzada y atención conectada con HingeConnect para impulsar mejores resultados de salud.

Acceda a las herramientas que necesita para volver a moverse, desde la comodidad de su hogar. Recibirá una terapia de ejercicios adaptada a su dolencia y un equipo personal de expertos. Para obtener más información, llame al 855-902-2777.

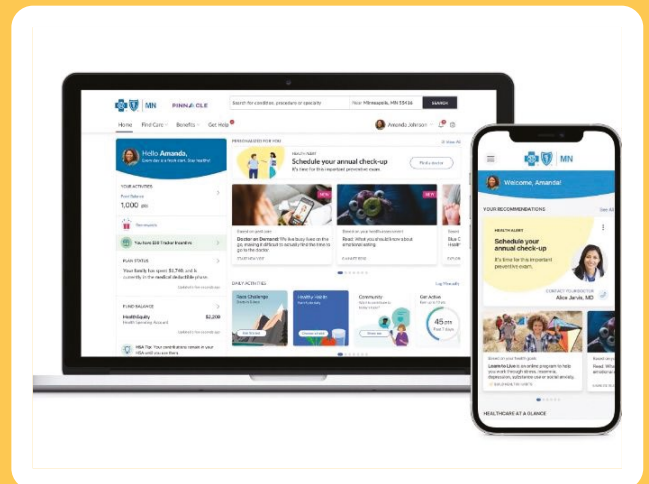
Aplicación Blue Care Advisor de BlueCross BlueShield

Blue Care Advisor le permite conectarse en línea con todos sus beneficios, reclamaciones y recomendaciones personalizadas sobre los pasos a seguir para mejorar su salud.

Encuentre proveedores dentro de la red, acceda a estimaciones de costos, reclamaciones, herramientas de bienestar y recompensas.

Cuando complete actividades en Blue Care Advisor, podrá obtener recompensas por cada paso que dé hacia una mejor salud. Hay múltiples formas de participar, ¡y puede ganar puntos que se traducen en dinero real! Cada 10 puntos que gane valen \$1, hasta \$360 anuales. Tanto usted como su cónyuge son elegibles si están inscritos en el plan médico. ¡Gane hasta 25 puntos por día por realizar un seguimiento de la actividad física, el sueño, la alimentación saludable y otras actividades! Empiece a ganar hoy iniciando sesión en la app o en bluecrossmn.com/BCA y haga clic en "Formas de ganar".

Si ya tiene una cuenta de miembro de BlueCross BlueShield of Minnesota, puede seguir utilizando el mismo nombre de usuario y contraseña para la aplicación móvil Blue Care Advisor.





OPORTUNIDADES DE BIENESTAR

Como participante de nuestro plan médico, tendrá acceso a una serie de beneficios y programas de BlueCross BlueShield sin costo alguno para usted.

Ofertas de Blue365

Con Blue365, obtendrá grandes ofertas en productos y servicios que complementan su salud. Ahorre en cuidado personal, equipos de fitness, audición y visión, opciones de alimentación saludable, membresías en gimnasios y mucho más. Blue365 le ayudará a acceder a más de 10 000 gimnasios de todo el país por solo \$29/mes, disfrutar de descuentos en Anytime Fitness o Nutrisystem, o inscribirse en meditación con eMindful, por nombrar solo algunos.

Visite blue365deals.com/bcbsmn o inicie sesión en su sitio web para miembros <https://www.bluecrossmn.com> para empezar.

Gestión de la salud

Si tiene que hacer frente a una afección médica, ya sea nueva o actual, los gestores de casos pueden ayudar. Pueden proporcionarle una orientación informada para ayudarlo a controlar su enfermedad, como por ejemplo:

- Descifrar un diagnóstico
- Mantener el rumbo de su plan de tratamiento
- Responder preguntas entre las visitas al médico
- Identificar los comportamientos del estilo de vida que afectan a la salud
- Crear objetivos de salud
- Identificar los recursos para sortear los obstáculos

Recibir apoyo profesional confidencial para gestionar enfermedades crónicas o graves, incluida la educación, el apoyo al plan de tratamiento y la información sobre recursos comunitarios.

Los gestores de casos a menudo se comunicarán directamente con los miembros para ofrecerles sus servicios. Si desea comunicarse directamente con un administrador de casos, también puede llamar al 800-961-4758.

Gestión de la maternidad

Tener un bebé puede ser un momento emocionante, pero también abrumador. Por eso, BCBS ofrece a sus miembros un programa de Gestión de la Maternidad.

El programa de Gestión de la Maternidad proporciona a los padres apoyo individualizado de un gestor de casos de maternidad durante y después del embarazo.

Recibirá consejos personalizados de un experto que responderá a todas las preguntas que surjan durante el embarazo. Además, obtendrá:

- Orientación para tener un embarazo más saludable
- Herramientas y recursos en línea sobre cuidados prenatales y del lactante
- Ayuda para preparar la llegada de su bebé
- Consejos para mantenerse feliz y saludable tras el nacimiento del bebé

¿Está pensando en dar de lactar?

Los extractores de leche están cubiertos por nuestro plan médico con una receta de su médico. A continuación se indican algunos aspectos que debe tener en cuenta al seleccionar un extractor de leche:

- Los suministros adicionales para extractores de leche, incluidos biberones, tubos, protectores y bolsas de congelación, no están cubiertos por su plan médico.
- Si necesita ayuda para encontrar uno, comuníquese con el número de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o inicie sesión en su cuenta bluecrossmn.com y busque "equipo médico duradero".

Póngase en contacto con el programa de Gestión de la Maternidad de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. CST al 866-489-6948.

Dejar el tabaco y el vapeo

Si usted o un familiar vapea o consume tabaco, la ayuda para dejar de hacerlo está a la vuelta de la esquina. Sabemos que estos productos no son saludables, pero puede ser muy difícil dejar de consumirlos.

Como miembro de BCBS, tiene un entrenador de bienestar disponible sin costo alguno para usted, para ayudarlo a dejar el hábito. Juntos, desarrollarán un plan para dejar de fumar y empezar a obtener un descuento por bienestar en sus primas médicas.

Visite bluecrossmn.com o llame al 888-662-2583 para comenzar hoy mismo.



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA HSA Y FSA

Restaurant Technologies ofrece varias cuentas que le permiten pagar los gastos elegibles libres de impuestos. El IRS proporciona una lista de gastos elegibles para cada cuenta en www.irs.gov.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	Cuentas de gastos flexibles (FSA) para atención médica	Cuentas de gastos flexibles (FSA) para atención de dependientes
<p>Disponible para las personas inscritas en el Plan 3500 de BCBS siempre y cuando no estén inscritas en ninguna otra cobertura de salud o Medicare, o declaradas como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.</p>	<p>Sus opciones dependen de su inscripción en el plan médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> FSA para atención médica: si no está inscrito en un Plan HSA, puede utilizar esta cuenta para gastos médicos, de farmacia, odontológicos y oftalmológicos. FSA de propósito limitado: si está inscrito en un Plan HSA, puede utilizar esta cuenta para pagar únicamente gastos odontológicos y oftalmológicos. 	<p>Úsela para gastos de cuidado infantil elegibles para dependientes menores de 13 años o cuidado de ancianos, para que usted y su cónyuge puedan asistir al trabajo o la escuela a tiempo completo.</p>

Comparación de cuentas		
	HSA	FSA
<p>¿La empresa realiza algún aporte? La empresa igualará sus aportes hasta los montos indicados para todo el año 2026</p>	<p>SÍ Empleado: \$0 Empleado + cónyuge o hijo(s): \$750 Familiar: \$1000</p>	<p>NO</p>
<p>¿Puedo aportar mis propios ahorros?</p>	<p>SÍ</p>	<p>SÍ Aporte mínimo: \$120/año (\$10/mes)</p>
<p>¿Existe un aporte máximo anual del IRS?</p>	<p>SÍ Empleado: \$4400 Familiar: \$8750 Los mayores de 55 años pueden aportar con \$1000 más al año. (Los máximos del IRS incluyen cualquier aporte que usted reciba del empleador)</p>	<p>SÍ FSA para atención médica o de propósito limitado: \$3400 FSA para atención de dependientes: \$7500 (\$3750 si usted y su cónyuge presentan la declaración por separado)</p>
<p>¿Se transferirán mis ahorros cada año?</p>	<p>SÍ Sin límites</p>	<p>SÍ Y NO Hasta \$680 para cuentas FSA para atención médica y de propósito limitado; No hay transferencia para la FSA para atención de dependientes</p>
<p>¿Ganaré intereses sobre mis ahorros?</p>	<p>SÍ</p>	<p>NO</p>
<p>¿Están exentos de impuestos los ahorros?</p>	<p>SÍ (en la mayoría de los estados)</p>	<p>SÍ (en la mayoría de los estados)</p>
<p>¿Me quedo con el dinero si dejo la empresa?</p>	<p>SÍ</p>	<p>NO</p>
<p>¿También puedo tener una Cuenta de gastos flexibles (FSA)?</p>	<p>SÍ Solo FSA de propósito limitado y para atención de dependientes</p>	<p>No se aplica</p>



CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

Una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una cuenta de ahorros que le pertenece y que está vinculada al Plan 3500 de BCBS. Le permite realizar aportes libres de impuestos a una cuenta de ahorro para pagar los gastos médicos actuales y futuros suyos y de los dependientes.



Comiencelo

- Los aportes a la HSA están libres de impuestos para usted, tanto si proceden de usted como de la empresa. Restaurant Technologies igualará sus aportes hasta \$750 por empleado + cónyuge o hijo(s) y \$1000 por familia.
- El Plan BCBS 3500 cuesta menos de su salario que el Plan BCBS 1500, por lo que el dinero que ahorra en primas lo puede depositar en su HSA. Ahorrará dinero en impuestos y tendrá más flexibilidad y control sobre sus gastos médicos.



Constrúyalo

- Todo el dinero de su HSA es suyo (incluidos los aportes depositados por la empresa) incluso si deja su trabajo, cambia de plan médico o se jubila.
- En 2026, el total de sus aportes y los de la empresa puede ser de hasta \$4400 para la cobertura individual y \$8750 para la cobertura familiar.
- Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1000 más al año.



Úselo

- Puede retirar su dinero libre de impuestos en cualquier momento, siempre y cuando lo utilice para gastos calificados (se puede encontrar una lista en www.irs.gov).
- También puede ahorrar este dinero para futuros gastos de atención médica elegibles.



Hágalo crecer

- El dinero no usado en su HSA se transfiere, gana intereses y crece libre de impuestos con el tiempo.
- Usted decide cómo usar el dinero de la HSA, incluyendo si lo ahorra o lo gasta en gastos elegibles. Cuando su saldo sea lo suficientemente grande, podrá invertirlo, libre de impuestos.

Detalles de elegibilidad

- No puede tener una HSA si está inscrito en cualquier otra cobertura médica o Medicare o aparece como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No puede participar en la Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA) si tiene una HSA. Su cónyuge tampoco puede tener una FSA para atención médica. Sin embargo, usted puede participar en una FSA de propósito limitado que se puede utilizar en el año actual para gastos odontológicos y oftalmológicos elegibles si actualmente está aportando a una HSA.
- Los empleados mayores de 65 años no pueden aportar a una HSA si están inscritos en Medicare.



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

Una Cuenta de gastos flexibles (FSA) le ayuda a pagar los gastos de atención médica o de atención de dependientes usando dinero libre de impuestos. Su aporte se deduce de su nómina antes de impuestos y se deposita en la FSA. Cuando incurra en gastos, puede acceder a los fondos de su cuenta para pagar los gastos elegibles. Este cuadro muestra los gastos elegibles para cada FSA y cuánto puede aportar cada año. Cada una de estas opciones reduce su ingreso imponible.

Tipo de cuenta	Gastos elegibles	Límites de aporte anual
FSA para atención médica	La mayoría de los gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos que no están cubiertos por su plan de salud (como copagos, coseguros, deducibles, anteojos y recetas).	El aporte máximo es de \$3400 por año. No puede inscribirse si está inscrito en el Plan 3500 de BCBS con una HSA. Los fondos se deducen a lo largo del año, pero todos los fondos están disponibles el 1 de enero.
FSA de propósito limitado	Solo gastos odontológicos y oftalmológicos no cubiertos por su plan médico (como copagos, coseguros, deducibles y anteojos). Una vez alcanzado el deducible en el plan de HSA, la FSA de propósito limitado puede usarse para ayudar a satisfacer el máximo de gastos de bolsillo en gastos elegibles.	El aporte máximo es de \$3400 por año. Está disponible para los inscritos en el Plan 3500 de BCBS con una HSA. Los fondos se deducen a lo largo del año, pero todos los fondos están disponibles el 1 de enero.
FSA para atención de dependientes	Gastos de atención de dependientes (como guardería, programas extraescolares o programas de cuidado de adultos mayores) para hijos menores de 13 años o cuidado de adultos mayores para que usted y su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo.	El aporte máximo es de \$7500 (o \$3750 si usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado).



Información importante sobre las FSA

Sus elecciones de FSA son válidas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. Las reclamaciones de reembolso deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente. Nuestras cuentas FSA para atención médica o de propósito limitado le permiten transferir \$680 en fondos no utilizados al siguiente año del plan.

Por favor, planifique cuidadosamente sus aportes. Todo el dinero no utilizado que quede en su(s) cuenta(s) se perderá. Esto se conoce como la regla de "úselo o piérdalo" y se rige por la normativa del Servicio de Impuestos Internos. Tenga en cuenta que las elecciones de la FSA no se mantienen automáticamente de un año a otro; debe inscribirse activamente cada año.



PLAN ODONTOLÓGICO

Es importante realizarse exámenes odontológicos y limpiezas regulares para detectar los problemas antes de que se vuelvan dolorosos y costosos. Mantener los dientes y las encías limpios y sanos ayudará a prevenir la mayoría de las caries y es una parte importante del mantenimiento de su salud general. Ofrecemos dos planes odontológicos a través de Delta Dental of Minnesota.

Disposiciones del plan	Plan odontológico básico	Plan odontológico mejorado
Deducible anual (individual/familiar)	\$50/\$150	\$50/\$150
Máximo por año calendario	\$1500 por persona	\$2000 por persona
Servicios de diagnóstico y prevención (por ejemplo, radiografías, limpiezas, exámenes)	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%
Servicios básicos y de restauración (por ejemplo, empastes)	50%*	80%*
Servicios mayores (por ejemplo, prótesis dentales, coronas, puentes)	50%*	50%*
Ortodoncia	N/A	50%* para niños y adultos
Máximo de por vida para ortodoncia	N/A	\$2000 por persona

*Después del deducible

A continuación, se indican sus aportes en nómina por período de pago (26 al año) para los beneficios odontológicos.

Nivel de cobertura	Plan odontológico básico	Plan odontológico mejorado
Solo Empleado	\$3.00	\$8.00
Empleado + Cónyuge	\$6.00	\$15.00
Empleado + Hijo(s)	\$6.00	\$18.00
Familiar	\$9.00	\$25.00



Recorra a proveedores odontológicos dentro de la red

Aunque tiene la opción de elegir cualquier proveedor, ahorrará dinero si recurre a dentistas dentro de la red. Si recurre a un proveedor odontológico fuera de la red, pagará más porque el proveedor no ha acordado cobrarle una tarifa negociada.

Para obtener más información, póngase en contacto con Delta Dental of Minnesota llamando al 800-448-3815 o inicie sesión en www.deltadentalmn.org; N.º de Grupo: 50946.

PLAN OFTALMOLÓGICO

El plan oftalmológico brinda cobertura para exámenes oculares de rutina y paga todo o parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Puede elegir cualquier proveedor; sin embargo, siempre ahorrará dinero si consulta a proveedores de la red. Ofrecemos dos planes oftalmológicos a través de EyeMed.

Disposiciones del plan	Plan oftalmológico básico	Plan oftalmológico mejorado	Fuera de la red
Examen	Cubierto al 100%	Se cubre al 100%	Hasta \$30
Monturas	\$0 de copago; \$130 de asignación más 20% de descuento en el saldo por encima de los \$130	\$0 de copago; \$200 de asignación más 20% de descuento en el saldo por encima de los \$200	\$65 (Básico) Hasta \$100 (Mejorado)
Lentes			
<ul style="list-style-type: none"> Lentes monofocales Lentes bifocales Lentes trifocales Progresivo estándar Progresivo premium 	<ul style="list-style-type: none"> \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago; 80% de los cargos menos \$120 de asignación 	<ul style="list-style-type: none"> \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago; 80% de los cargos menos \$120 de asignación 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$25 Hasta \$40 Hasta \$60 Hasta \$55 Hasta \$55
Lentes de contacto			
<ul style="list-style-type: none"> Electivo Médicamente necesario 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago; \$130 de asignación más hasta 15% de descuento en el saldo por encima de los \$130 \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago; \$200 de asignación más hasta 15% de descuento en el saldo por encima de los \$200 \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$104 (Basic) Hasta \$160 (Enhanced)
Frecuencia*			
<ul style="list-style-type: none"> Examen Lentes Monturas Lentes de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> Una vez por año calendario Una vez por año calendario Una vez cada dos años calendario Una vez por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> Una vez por año calendario Una vez por año calendario Una vez por año calendario Una vez por año calendario 	

*El plan permite al miembro recibir lentes de contacto y monturas, o monturas y servicios de lentes.

Aquí se muestran sus aportes de nómina por período de pago (26 por año) para los beneficios oftalmológicos.

Nivel de cobertura	Básico	Mejorado
Solo Empleado	\$4.00	\$6.00
Empleado + Cónyuge	\$7.00	\$11.00
Empleado + Hijo(s)	\$9.00	\$14.00
Familiar	\$11.00	\$17.00

Para obtener más información, póngase en contacto con EyeMed llamando al 866-299-1358 o inicie sesión en www.eyemedvisioncare.com;

N.º de Grupo de Base: 9831827 | N.º de Grupo de Enhanced: 1056250

SEGURO DE VIDA Y DISCAPACIDAD

Seguro de vida y AD&D

El seguro de vida es una parte importante de su bienestar financiero, especialmente si otros dependen de usted para su apoyo. Restaurant Technologies ofrece un seguro básico de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento sin costo alguno equivalente a una vez el salario hasta \$500 000. La cobertura es automática; no necesita inscribirse.

Seguro voluntario de vida y AD&D

Puede optar por comprar cobertura adicional de vida y AD&D para usted y sus dependientes a tarifas grupales asequibles. Las tarifas se basan en la edad y el nivel de cobertura elegido; por favor, consulte Workday para conocer las tarifas. *Cualquier aumento realizado durante la Inscripción abierta al Seguro voluntario de vida y/o al seguro voluntario de vida para cónyuges requerirá que se presente una EOI (constancia de asegurabilidad) a Unum. Se le preguntará si se requiere una EOI.

Seguro voluntario de vida y AD&D para usted	
Empleado	
<ul style="list-style-type: none"> Incrementos de \$10 000 hasta 5 veces su salario base anual Hasta un máximo de \$500 000 La emisión garantizada es de \$150 000* 	

Seguro voluntario de vida y AD&D para sus dependientes	
Cónyuge	Hijo(s)
<ul style="list-style-type: none"> Incrementos de \$5000 (sin superar el 100% de su cobertura voluntaria de vida y AD&D). Hasta un máximo de \$500 000. La emisión garantizada es de \$25 000*. 	<ul style="list-style-type: none"> Un monto fijo de \$1000 desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Incrementos de \$2000 hasta un máximo de \$10 000 para edades comprendidas entre los 6 meses y los 26 años. La prima mensual del seguro de vida para hijos dependientes es de \$0.30 por cada \$1000 de cobertura.

*El monto del Seguro voluntario de vida y AD&D se reducirá al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años.

Seguro de discapacidad

El seguro de discapacidad proporciona una sustitución de ingresos en caso de que quede discapacitado y no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Restaurant Technologies ofrece cobertura por discapacidad sin costo alguno, tal y como se muestra a continuación. La cobertura es automática; no necesita inscribirse.

	Beneficio
Seguro por discapacidad a corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> 60% de su salario semanal hasta un máximo de \$2500 semanales durante las primeras 12 semanas de discapacidad después del período de espera de una semana. Los beneficios por discapacidad a corto plazo se reducirán con cualquier beneficio recibido de los programas de discapacidad o licencia familiar remunerada de su estado.
Seguro por discapacidad a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> 60% de su salario base hasta un máximo de \$13 000 al mes si está discapacitado y no puede trabajar durante más de 90 días. Los beneficios se compensan con otras fuentes de ingresos, como el Seguro Social y la Compensación para Trabajadores.

Licencia por paternidad remunerada

Nuestro beneficio de Licencia por paternidad remunerada ofrece a los empleados a tiempo completo cuatro semanas de tiempo libre remunerado para cuidar a su bebé, nacido o recién adoptado, a partir del 1 de enero de 2026. Este beneficio se ejecutará simultáneamente con la FMLA y cualquier beneficio de licencia familiar estatal y se compensará con cualquier beneficio de licencia familiar remunerada estatal disponible. Habrá más información disponible en Workday más adelante este año.

Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

Si lleva 12 meses en la empresa, puede ser elegible a una licencia no remunerado de hasta 12 semanas laborales al año en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA). La FMLA puede utilizarse para una enfermedad propia, el cuidado de un familiar, el cuidado de un recién nacido y otras necesidades médicas.

PLANES VOLUNTARIOS

Además de su paquete de beneficios básicos, también tiene la oportunidad de inscribirse en otros beneficios voluntarios a través de Unum. Unum permite una inscripción continua durante todo el año.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes ofrece beneficios para ayudar a cubrir los costos asociados a las facturas inesperadas debidas a accidentes cubiertos, independientemente de cualquier otro seguro que tenga. Si contrata la cobertura y resulta herido en un accidente cubierto, recibirá un beneficio en efectivo por las lesiones cubiertas que podrá gastar como desee.

Ejemplos de lesiones cubiertas:

- Huesos fracturados
- Quemaduras
- Rotura de ligamentos
- Cortes reparados con puntos de sutura
- Lesiones oculares
- Fractura de discos
- Conmoción cerebral

Primas por período de pago	
Solo empleado	\$3.10
Empleado + Cónyuge	\$5.35
Empleado + Hijo(s)	\$7.33
Familiar	\$9.57

Seguro de indemnización hospitalaria

El Seguro de indemnización hospitalaria proporciona un pago de suma global fijo que puede ayudar a cubrir los gastos hospitalarios no cubiertos por el seguro, o a pagar los gastos mientras usted, su cónyuge/pareja de hecho y/o dependientes se encuentran en el hospital.

Primas por período de pago		
	Plan bajo	Plan alto
Solo empleado	\$4.20	\$8.11
Empleado + Cónyuge	\$9.80	\$18.76
Empleado + Hijo(s)	\$6.28	\$12.11
Familiar	\$11.88	\$22.75

Seguro de enfermedad grave

El seguro de enfermedad grave proporciona dinero en efectivo para ayudar a pagar tanto los gastos médicos no cubiertos por su plan médico como los gastos cotidianos que pueden empezar a acumularse, como el alquiler, la hipoteca, los pagos del auto, etc., mientras está enfermo. Con el seguro de enfermedad grave, si se le diagnostica una enfermedad cubierta, obtiene un beneficio único en efectivo, incluso si recibe otros beneficios del seguro. Consulte Workday para conocer las tarifas por rango de edad.

Ejemplos de enfermedades cubiertas:

- Cáncer
- Ataque al corazón
- Insuficiencia de órganos importantes
- Insuficiencia renal terminal
- Cirugía de revascularización coronaria
- Accidente cerebrovascular



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

¡Restaurant Technologies se complace en seguir ofreciendo nuestro Programa de Asistencia al Empleado (EAP) para todos los empleados a través de LifeMatters!

LifeMatters ofrece recursos útiles y atención profesional confiable para diversos problemas personales. Puede llamar al 1-800-634-6433, las 24 horas del día, todos los días del año para recibir los servicios del EAP de LifeMatters. Los consejeros profesionales están disponibles en todo momento para brindarle asistencia a usted y a sus dependientes elegibles para una amplia variedad de asuntos.

Asistencia directa de un consejero profesional

- Estrés, depresión y problemas personales
- Equilibrio entre el trabajo y las necesidades personales
- Preocupaciones familiares y sobre relaciones
- Dependencia al alcohol o a las drogas
- Estrés laboral
- Conflictos laborales
- Cualquier otro asunto que le preocupe en su vida

Acceso a los servicios de LifeMatters

- **Acceso telefónico:** llame al 1-800-634-6433 en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con un consejero profesional sobre cualquier asunto que le preocupe en su vida. También se ofrecen servicios de TDD y traducción de idiomas.
- **Mylifematters.com:** acceda a los recursos de LifeMatters en Internet en mylifematters.com. Busque artículos, vea seminarios web, realice búsquedas sobre cuidado de niños y adultos mayores en su zona y explore miles de otros recursos útiles. Inicie sesión con la contraseña de la empresa: **RT1**
- **Correo electrónico:** visite mylifematters.com y seleccione "correo electrónico" para solicitar un contacto seguro por correo electrónico con un consejero.

- **Mensajes de texto:** los servicios de mensajería por texto están disponibles a cualquier hora, de día o de noche. En EE. UU., simplemente envíe un mensaje de texto con la palabra "Hello" al 61295 para chatear con un consejero (desde Canadá, envíe un mensaje de texto con la palabra "Hello" al 204-817- 1149). Se aplican las tarifas estándar de mensajería de texto.
- **La aplicación LifeMatters:** Descargue la aplicación para un acceso rápido y conveniente a los servicios de LifeMatters a través de mylifematters.com y notificaciones de texto sobre las características del servicio. Inicie sesión en la aplicación con la contraseña de su compañía.

Servicios de WorkLife

- **Consulta financiera** y recursos para elaborar un presupuesto, obtener y revisar información sobre informes crediticios o ayudar en la gestión y consolidación de deudas.
- **Consultoría legal** con un abogado, ya sea por teléfono o presencial para asuntos de derecho del consumidor, citaciones de tránsito y accidentes de tráfico, derecho de familia o planificación patrimonial.

Búsquedas en línea y asistidas

- Recursos y orientación para el cuidado de niños y adultos mayores
- Ayuda a la adopción
- Recursos educativos
- Seguridad personal
- Mejoras en el hogar
- Veterinarios, cuidado de mascotas y adiestramiento en obediencia



RECURSOS ADICIONALES

Restaurant Technologies tiene varios programas y recursos adicionales creados para todos los empleados.

Recomendación de empleados

Todos los empleados pueden recibir una bonificación de \$3000 (brutos) por cada recomendación de empleado que sea contratado y permanezca trabajando para Restaurant Technologies durante 12 meses. Si tiene preguntas sobre oportunidades de bonificación por recomendación de empleados, encontrará un artículo útil en Workday. También puede discutirlo con su supervisor o gerente.

Reembolso de matrícula

Restaurant Technologies reconoce que las habilidades y el conocimiento de nuestros empleados son fundamentales para el éxito de la empresa. La empresa proporcionará hasta \$5250 por año de asistencia educativa a todos los empleados regulares de tiempo completo elegibles que hayan cumplido un año de servicio en una clasificación de empleo elegible. Si tiene preguntas sobre oportunidades de matrícula, encontrará un artículo útil en Workday. También puede discutirlo con su supervisor o gerente.

Fundación educativa

La universidad es costosa. La Fundación Educativa fue establecida para dar reconocimiento a los hijos de los empleados por sus logros en la escuela y en su comunidad.

Restaurant Technologies quiere ayudar a invertir y a desarrollar a la próxima generación. Se otorgarán becas universitarias basadas en el mérito a los hijos de los empleados de Restaurant Technologies. La selección se basará en la promesa académica, el liderazgo, las actividades extracurriculares y la ciudadanía ejemplar.

Los empleados pueden realizar un aporte deducible de impuestos a la Fundación Educativa de RT. Durante la inscripción anual, usted puede elegir realizar un aporte a la Fundación Educativa como una deducción de la nómina a partir del 1 de enero.

Report It de Restaurant Technologies

Si está al tanto de cualquier situación potencialmente dañina que pudiera afectar a nuestros empleados y/o a la empresa, ¡Repórtelo! Este servicio independiente de línea directa anónima está disponible para ayudarle a comunicar sus inquietudes sobre fraude, derroche y abuso. Es confidencial a menos que usted opte por renunciar a su derecho al anonimato. Tanto para los reportes en línea como por teléfono, el Nombre de usuario es RTI y la Contraseña es **reportit**. Haga clic en "Report it Online" (Repórtelo en línea) y luego en "report now" (Reportar ahora). Para informar por teléfono, marque el número de la línea directa 877-778-5463.

Beneficios y descuentos para empleados

Sabemos que el equilibrio entre la vida laboral y personal y el bienestar general pueden ser tan importantes para usted como la salud y el bienestar financiero. Por eso, el tiempo que pasa fuera del lugar de trabajo es tan importante para nosotros como el trabajo que aporta.

¡Nos hemos asociado con TicketsatWork, ofreciendo ahorros exclusivos en viajes, películas, hoteles, espectáculos, conciertos, parques temáticos, eventos deportivos, compras y más!

¡Inscribirse es gratis y sencillo!

Visite www.ticketsatwork.com y utilice el código de empresa RT2018 o su dirección de correo electrónico laboral para crear una cuenta.



PLAN DE AHORROS PARA LA JUBILACIÓN 401(K)

Ya sea que la jubilación esté muy lejos o a la vuelta de la esquina, es importante tener metas de ahorro y objetivos de inversión específicos. Para ayudarle a alcanzar sus metas y objetivos, ofrecemos un Plan de ahorros para la jubilación 401(k), administrado por T. Rowe Price, con múltiples opciones de inversión y un aporte de la empresa. A continuación, se indican los principales detalles y características de nuestro plan.

Todos los empleados a tiempo completo y parcial son elegibles para aportar al plan 401(k) después de 1 mes siguiente a su fecha de contratación. Los trabajadores pueden optar por aportar o no antes de ser elegibles,

pero si no toman ninguna medida, se les inscribirá automáticamente al 4% antes de impuestos.

Puede gestionar su cuenta 401(k) en cualquier momento. Para registrar su cuenta, vaya a <http://rps.troweprice.com> y haga clic en el botón "Registrarse". Ingrese su número de seguro social, su código postal y su fecha de nacimiento para registrarse. Luego, podrá cambiar su porcentaje de aporte, sus opciones de inversión y mucho más. Tenga en cuenta que no debe realizar cambios en su 401(k) en Workday.

Aportes de los empleados	Aportes de los empleadores
<p>Podrá aportar hasta \$24,500 en 2026. Si tiene 50 años o más, puede aportar hasta \$8,000 adicionales como aporte de "nivelación" y \$11,250 si tiene entre 60 y 63 años. Estas cantidades se indexan anualmente según la inflación.</p> <p>Los aportes pueden realizarse antes de impuestos, en formato Roth (después de impuestos) o una combinación de ambos. Para que le resulte más fácil ahorrar, el plan ofrece ajustes anuales del ahorro para ayudarle a reservar dinero extra automáticamente.</p>	<p>Restaurant Technologies iguala el 100% del primer 3% de los aportes del empleado y el 50% de cada uno de los siguientes 3% de los aportes del empleado.</p>



Más información sobre el plan de jubilación



- Puede inscribirse en el plan y realizar cambios en sus aportes en cualquier momento.
- T. Rowe Price tiene muchas opciones de inversión diferentes para que usted elija, junto con herramientas y recursos que puede utilizar para determinar qué opciones se ajustan mejor a sus objetivos de inversión.

Si desea más información sobre el Plan de ahorros para la jubilación 401(k) o para inscribirse o modificar sus porcentajes de aporte o elecciones de inversión, visite <http://rps.troweprice.com> o llame al 800-922-9945.



GLOSARIO

- **Medicamentos de marca preferidos:** medicamento con una patente y un nombre de marca que se considera "preferido" porque es apropiado para su uso con fines médicos y suele ser menos costoso que otras opciones de marca.
- **Medicamentos de marca no preferidos:** medicamento con una patente y un nombre de marca. Este tipo de medicamento es "no preferido" y suele ser más costoso que los medicamentos genéricos alternativos y de marca preferidos.
- **Máximo por año calendario:** monto máximo del beneficio que se paga cada año por cada familiar inscrito en el plan odontológico.
- **Coseguro:** el reparto del costo entre usted y el plan. Por ejemplo, un coseguro del 80% significa que el plan cubre el 80% del costo del servicio después de alcanzar el deducible. Usted será responsable del 20% restante del costo.
- **Copago:** monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
- **Deducible:** monto que usted tiene que pagar cada año por los servicios cubiertos antes de que su plan médico comience a pagar.
- **Período de eliminación:** período de tiempo que transcurre entre el inicio de una lesión o enfermedad y la recepción del pago de los beneficios por parte de la aseguradora.
- **Cuentas de gastos flexibles (FSA):** las FSA le permiten pagar los gastos elegibles de atención médica y de atención de dependientes usando dinero libre de impuestos. El dinero de la cuenta está sujeto a la regla "úselo o piérdalo", lo que significa que debe gastar el dinero de la cuenta antes de que finalice el año del plan.
- **Medicamentos genéricos:** un medicamento que ofrece usos, dosis, potencia, calidad y rendimiento equivalentes a los de un medicamento de marca, pero que no tiene marca registrada.
- **Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** una HSA es una cuenta de ahorros personal para los inscritos en un Plan médico con un deducible alto (HDHP). Puede usar su HSA para pagar gastos médicos calificados, como visitas al consultorio del médico, atención hospitalaria, medicamentos con receta, atención odontológica y atención oftalmológica. Puede usar el dinero de su HSA para pagar gastos médicos calificados ahora, o en el futuro, para sus gastos y los de su cónyuge y dependientes, aunque no estén cubiertos por el HDHP.
- **Plan médico con un deducible alto (HDHP):** el Servicio de Impuestos Internos (IRS) define un Plan médico con deducible alto (HDHP) calificado como un plan con un deducible anual mínimo y un límite máximo de gastos de bolsillo. Estos mínimos y máximos se determinan anualmente y están sujetos a cambios.
- **Dentro de la red:** una lista designada de proveedores de atención médica (médicos, dentistas, etc.) con quien el proveedor de seguros ha negociado tarifas especiales. Recurrir a proveedores dentro de la red reduce el costo de los servicios para usted y para la empresa.
- **Servicios hospitalarios:** servicios proporcionados a una persona durante una noche de estancia en el hospital.
- **Farmacia de pedido por correo:** las farmacias de pedido por correo generalmente proporcionan un suministro de 90 días de un medicamento con receta por el mismo costo que un suministro de 60 días en una farmacia minorista. Además, las farmacias de pedido por correo ofrecen la comodidad de realizar envíos directamente a su dirección postal.
- **Fuera de la red:** proveedores que no están en la red del plan y que no han negociado tarifas con descuento. El costo de los servicios prestados por proveedores fuera de la red es mucho más elevado para usted y para la empresa. Se aplicarán deducibles y coseguros más elevados.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** monto máximo que usted y su familia deben pagar por los gastos elegibles cada año del plan. Una vez que sus gastos alcanzan el máximo de gastos de bolsillo, el plan pagará el 100% de los gastos elegibles durante el resto del año. Su deducible anual está incluido en su máximo de gastos de bolsillo.
- **Servicios ambulatorios:** servicios proporcionados a una persona en un centro hospitalario sin necesidad de pasar la noche en el hospital.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** médico (generalmente un médico de familia, internista o pediatra) que brinda atención médica continua. Un médico de atención primaria trata una amplia variedad de afecciones relacionadas con la salud.
- **Cargos razonables y habituales (R&C):** tarifas vigentes en el mercado para los servicios proporcionados por profesionales de la salud dentro de un área determinada para ciertos procedimientos. Pueden aplicarse tarifas razonables y habituales a los cargos fuera de la red.
- **Especialista:** proveedor con formación especializada en una rama concreta de la medicina (por ejemplo, cirujano, cardiólogo o neurólogo).



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS DEL PLAN

Asistencia de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia de primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se indican en el aviso provisto y publicado en Workday, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP actualmente, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, marque 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si cumple los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si no está ya inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que es elegible para la asistencia de la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Nuevas opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de atención médica

Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de atención médica basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para

encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de desgravación fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?

Es posible que tenga derecho a ahorrar dinero y a reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no cumple con determinados estándares. El ahorro en la prima al que puede ser elegible depende de sus ingresos familiares.

¿La cobertura de atención médica del empleador afecta a la elegibilidad para el ahorro en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura atención médica de su empleador que cumple con determinados estándares, no será elegible a un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una que cumpla con determinados estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro familiar) es superior al 9.5% de los ingresos de su hogar durante el año, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: si adquiere un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de atención médica ofrecida por su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si lo hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, suele estar excluida de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o envíe una solicitud de ayuda en Workday y un especialista le ayudará.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su zona.



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS DEL PLAN

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996

La Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996 prohíbe que las pólizas de seguros médicos grupales e individuales restrinjan los beneficios por cualquier duración de estancia hospitalaria de la madre o el recién nacido en relación con el parto; (1) tras un parto vaginal normal, a menos de 48 horas, y (2) tras una cesárea, a menos de 96 horas. Las pólizas de seguro médico no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan de seguro médico o del emisor para prescribir cualquier duración de estancia de este tipo. Independientemente de estos estándares, el proveedor de atención médica que atienda a la madre podrá, previa consulta con ella, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de que expire dicha duración mínima de estancia.

Además, una aseguradora de salud o una organización de mantenimiento de la salud no puede:

1. Denegar a la madre o al recién nacido la elegibilidad, o la continuidad de la elegibilidad, para inscribirse o para renovar la cobertura en los términos del plan, únicamente para evitar proporcionar dicha cobertura de duración de estancia;
2. Proporcionar pagos monetarios o descuentos a las madres para animarlas a aceptar una cobertura inferior a la mínima;
3. Ofrecer incentivos monetarios a un proveedor médico para inducirle a prestar una atención incompatible con la cobertura de duración de estancia;
4. Exigir a la madre que dé a luz en un hospital; o
5. Restringir los beneficios para cualquier parte de un período dentro de la duración de estancia hospitalaria descrita en este aviso.

Estos beneficios están sujetos al deducible y copago habituales del plan. Para obtener más detalles, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) Conserve este aviso y envíe una solicitud de ayuda en Workday para obtener más información.

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998

La Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998 exige que Restaurant Technologies le notifique, como afiliado o beneficiario del Plan de atención médica, sus derechos relacionados con los beneficios proporcionados a través del plan en relación con una mastectomía. Usted, como afiliado o beneficiario, tiene derecho a que se le proporcione cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico que le atiende para:

1. Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
3. Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el edema linfático.

Estos beneficios están sujetos al deducible y copago habituales del plan. Para obtener más detalles, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) Conserve este aviso y envíe una solicitud de ayuda en Workday para obtener más información.

Derechos de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o dependientes (incluido su cónyuge o pareja de hecho) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse a este plan si usted o los dependientes dejan de ser elegibles para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción en los 31 días siguientes a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en los 31 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

También pueden existir derechos de inscripción especial en las siguientes circunstancias:

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o la cobertura de un Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) estatal y solicita la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de dicha cobertura; o

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la elegibilidad a dicha asistencia.

Nota: el plazo de 60 días para solicitar la inscripción solo se aplica en estas dos últimas circunstancias indicadas relativas a Medicaid y CHIP estatal. Como se ha descrito anteriormente, se aplica un plazo de 31 días a la mayoría de las inscripciones especiales.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, envíe una solicitud de ayuda en Workday.



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS DEL PLAN

Disponibilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

El Plan de atención médica de Restaurant Technologies (el "Plan") proporciona beneficios de salud a los empleados elegibles de Restaurant Technologies (la "Empresa") y a sus dependientes elegibles, según se describe en la(s) descripción(es) resumida(s) del Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, conserva y divulga información médica sobre los empleados afiliados y los dependientes en el transcurso de la prestación de estos beneficios de salud.

El Plan está obligado por ley a tomar medidas razonables para proteger su Información Médica Protegida del uso o divulgación inapropiados. El Plan está obligado por ley a notificar a los afiliados las obligaciones y prácticas de privacidad del Plan con respecto a la información médica protegida de las personas cubiertas, y lo ha hecho proporcionando un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el Plan utiliza y divulga la información médica protegida. Para recibir una copia de la Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan debe ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de HIPAA, quien ha sido designado como la persona de contacto del Plan para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y los derechos de privacidad de las personas cubiertas. Puede ponerse en contacto con esta persona de contacto enviando una solicitud de ayuda en Workday.

Aviso importante de Restaurant Technologies sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Restaurant Technologies y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta

2. Restaurant Technologies ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por BCBS of MN se espera que, en promedio para todos los afiliados del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un Plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para recibir Medicare por primera vez y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide inscribirse en un Plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Restaurant Technologies no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Restaurant Technologies, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un Plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con Restaurant Technologies y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS DEL PLAN

Aviso Importante de Restaurant Technologies Sobre Su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare (continuación)

Para Más Información Sobre Este Aviso o Su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados...

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información o envíe un ticket de ayuda en Workday. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Restaurant Technologies cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & You". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que Medicare o los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada Llame al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, está disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Formulario CMS 10182-CC Actualizado el 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0990. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Ley de No Sorpresas - Recursos de Transparencia Bajo la Ley Federal

En 2021, el Congreso aprobó "La Ley de No Sorpresas" como parte de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA). Junto con otras leyes federales, el objetivo de la Ley de No Sorpresas es protegerlo de ser sobrecargado por los servicios prestados, ya sea cuando recibe atención en un centro de emergencias o cuando es tratado por ciertos proveedores médicos fuera de la red durante la atención recibida por o en un proveedor médico dentro de la red. Un resumen detallado de estas protecciones aparece en Workday, en el Panel de Beneficios de la Compañía dentro de los Folletos de Beneficios.

También puede revisar una copia de este aviso en el sitio web de BlueCross BlueShield de Minnesota (BCBSMN): <https://www.bluecrossmn.com/members/claims/no-surprises-act>.

Como administrador externo de los planes médicos de Salud y Bienestar de RTI, BCBSMN cumplirá con todas las leyes y regulaciones aplicables relacionadas con la Ley de No Sorpresas. Secciones adicionales de la Ley de No Sorpresas en nuestro nombre. Aquí hay un resumen de los pasos:

No hay sorpresas y facturación balanceada por atención fuera de la red

Para los servicios de emergencia cubiertos en un hospital o departamento de urgencias independiente, el Plan deberá pagar por los servicios: (1) sin requerir autorización previa; (2) sin consideración al estado de red de los proveedores; y (3) aplicando el copago de la red. BCBSMN realizará todas las determinaciones necesarias sobre los montos de pago en estos casos, aplicará los beneficios de la red y dirigirá dichos pagos al proveedor no participante junto con una declaración certificadora detallada de acuerdo con las normas.

BCBSMN también llevará a cabo un proceso de resolución de disputas independiente (IDR) con los proveedores con los que no puedan llegar a un acuerdo sobre la negociación de reembolsos de acuerdo con las normas.

Directorios de proveedores en línea

Los planes de salud deben establecer y mantener un directorio en línea que incluya la siguiente información de los proveedores:

- Nombres de los proveedores contratados
- Direcciones
- Especialidades
- Números de teléfono e información de contacto digital

La información en los directorios se verifica y actualiza al menos cada 90 días y se actualiza en el directorio dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de nueva información de un proveedor.



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS DEL PLAN

Los miembros pueden acceder a los directorios de proveedores en línea en el portal de búsqueda de proveedores en [Bluecrossmn.com/find-doctor](https://www.bluecrossmn.com/find-doctor).

Prohibición de cláusulas de silencio

La ley prohíbe las cláusulas de silencio en los acuerdos con proveedores relacionados con cierta información de precios y calidad. BCBSMN no tiene ninguna cláusula de silencio en sus contratos con proveedores.

Resumen de Beneficios y Cobertura y Glosario Uniforme de Términos

Bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible, RTI debe proporcionar a los empleados que son elegibles para nuestro plan de seguro grupal información clara, consistente y comparable sobre los beneficios y la cobertura de su plan de salud. Específicamente, la empresa está obligada a proporcionar acceso a dos documentos que ayudarán a los empleados a comprender y evaluar las opciones de seguro de salud:

- Un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) fácil de entender
- Un Glosario Uniforme de Términos comúnmente utilizados al comunicar la cobertura del seguro de salud, como "deducible" y "copago" que se encuentran más arriba en este documento.

Estos documentos están disponibles para los empleados elegibles en: Workday
Ubicación: Panel de Beneficios de la Compañía – Documentos de Beneficios

Los empleados también pueden solicitar una copia del SBC y/o del Glosario Uniforme de Términos contactando a:
Equipo de Beneficios de RTI
2250 Pilot Knob Road
Mendota Heights, MN 55120
1-888-796-4997

Como participante en los Beneficios de Salud y Bienestar de Restaurant Technologies, Inc. (RTI), usted tiene derecho a que se le proporcionen ciertos documentos según lo exige la ley federal. RTI tiene la intención de proporcionarle los siguientes documentos mediante entrega electrónica, como se describe a continuación. Si usted no tiene acceso regularmente a una computadora de trabajo como parte de su empleo, seguirá recibiendo los documentos en formato papel, a menos que se comunique con nosotros y solicite recibir estos artículos únicamente en formato electrónico.

Descripción del Plan Resumida (SPD) y Folletos del Plan: Estos documentos proporcionan un resumen importante de sus beneficios de atención médica, la elegibilidad para esos beneficios y otros asuntos relacionados con la cobertura de seguro de salud bajo el Plan.

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC): Este documento le ayudará a elegir entre nuestros planes de salud mostrando cómo usted y el plan comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. El SBC se proporciona electrónicamente a cualquier empleado que se inscriba en la cobertura y se puede encontrar en Workday – Panel de Beneficios de la Empresa.

Cualquier Modificación Material Resumida: Este documento es un resumen por escrito que le informa sobre cualquier cambio en el Plan que afecte sus derechos y obligaciones bajo el Plan o que realice cambios en las disposiciones del SPD.

Informe Anual Resumido: Cada año, el Plan debe presentar un informe financiero ante el IRS. Este documento proporciona un resumen de esa información.

Avisos Reglamentarios Periódicos (incluidos en este paquete): Estos son avisos incluidos en el folleto adjunto e incluyen el Aviso de la Parte D de Medicare, la Ley de Salud de la Mujer, la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres, la Declaración de la Ley de Reducción de Trámites, el Aviso de Medicaid y CHIP, el Aviso del Mercado de la ACA, el Aviso de la Ley de No Sorpresas y la Inscripción Especial de HIPAA.

RTI publicará estos documentos en Workday en el Panel de Beneficios de la Empresa en la pestaña Documentos de Beneficios. Esto es accesible en el trabajo en su teléfono celular de RTI y a través de cualquier computadora con servicio de internet en su hogar o Depósito / Oficina.

Anualmente, se crea una nueva Guía de Beneficios. RTI le notificará mediante un mensaje a su dirección de correo electrónico actual de la empresa, que incluirá una breve descripción del documento, dónde se publicará el documento y cómo acceder a él. Documentos adicionales relacionados con los beneficios pueden agregarse al Panel de Beneficios de la Empresa en cualquier momento y están disponibles para usted en el momento de su publicación.

Usted tiene derecho a solicitar y obtener una versión impresa de cualquiera de estos documentos sin cargo. Si actualmente recibe los documentos de beneficios en formato impreso, también puede solicitar que se envíen electrónicamente.

Contacto:
Equipo de RT/Beneficios
2250 Pilot Knob Road
Mendota Heights, MN 55120
1-888-796-4997

Fecha: 01/01/2026 - 31/12/2026
Nombre de la Entidad/Remitente: Restaurant Technologies, Inc.
Dirección: 2250 Pilot Knob Road, Mendota Heights, MN 55120
Número de Teléfono: 1-800-796-4997
Contacto-Cargo/Oficina: Shelley Wagner - Directora de Recompensas Totales



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Restaurant Technologies elige cuidadosamente a prestadores de beneficios que sean confiables, receptivos y que proporcionen servicios convenientes a nuestros empleados. No dude en ponerse en contacto con ellos para cualquier pregunta específica. A continuación, se indica la información de contacto.

Cobertura	Aseguradora	Teléfono	Sitio web	N.º de Grupo
Plan médico	BCBS of MN	866-543-5966	www.bluecrossmn.com	Ubicado en su tarjeta de identificación médica
Plan de farmacia	CVS	800-746-7287	www.cvs.com	Ubicado en su tarjeta de identificación de farmacia
Plan odontológico	Delta Dental of Minnesota	800-448-3815	www.deltadentalmn.org	50946
Plan oftalmológico	EyeMed	866-299-1358	www.eyemed.com/en-us	Básico: 9831827 Mejorado: 1056250
Cuenta de ahorros para gastos médicos	HealthEquity	866-346-5800	www.healthequity.com	–
Cuentas de gastos flexibles	HealthEquity	877-924-3967	www.healthequity.com	–
Seguro de vida y AD&D	Unum	800-445-0402	www.unum.com	71658
Seguro por discapacidad y licencia	Unum	877-721-3196	www.unum.com/claims	71657
Seguro contra accidentes	Unum	800-635-5597	www.unum.com	–
Seguro de enfermedad grave	Unum	800-635-5597	www.unum.com	–
Seguro de indemnización hospitalaria	Unum	800-635-5597	www.unum.com	–
Plan de asistencia al empleado	Empathia	800-634-6433	www.mylifematters.com Contraseña: RT1	–
Plan de ahorros para la jubilación 401(k)	T. Rowe Price	800-922-9945	rps.troweprice.com	106560
Recursos Humanos	RTI	N/A	Envíe una solicitud de ayuda en Workday y un especialista le ayudará.	–



Consulte el Panel de Beneficios de la Empresa en Workday para obtener más información, contactos de beneficios, resúmenes de planes y mucho más ¡escaneando este código QR!





Acerca de esta guía

Esta descripción de beneficios proporciona aspectos destacados seleccionados del programa de beneficios de Restaurant Technologies. No es un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de continuidad de empleo en la empresa. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas maestras, contratos y documentos de los planes. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada a través de esta descripción y los términos reales de dichas pólizas, contratos y documentos del plan se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos del plan. Restaurant Technologies se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, total o parcialmente, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.