

2023/24 Guía de Beneficios para Empleados

Desde 9/1/23 hasta 8/31/24



Sitios web y números de teléfono de los proveedores de beneficios:

BlueCross BlueShield of IL (Group #979570): [Bcbsil.com/member](https://bcbsil.com/member), 888-979-4516

Atención Primaria Virtual a Través de Teladoc: 800-TELADOC (835-2362)

OptumRx (Group #CT1LEYE19): Optumrx.com, 855-524-0381

HSA Bank: Hsabank.com, 855-731-5220

MetLife (Group #218979): Metlife.com, Dental: 800-942-0854, Visión: 855-638-3931

Accidente, Enfermedades Críticas and Hospitalaria: 800-438-6388

Equipo de beneficios de Lettuce: benefits@lettuce.com

Beneficios Médicos Administrados Por BlueCross BlueShield of Illinois

Beneficios De Medicamentos Recetados Administrados Por Optum Rx

Disponibles a todos los empleados trabajando un promedio de 25 horas por semana

Plan PPO Premium Red de Organizaciones de Proveedores Participantes		Plan PPO Base Red de Organizaciones de Proveedores Participantes		Deducible Alto /HSA Red de Organizaciones de Proveedores Participantes	
Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por año calendario		Deducible por año calendario		Deducible por año calendario	
Individual: \$1,000 Familia: \$2,000	Individual: \$2,000 Familia: \$4,000	Individual: \$3,000 Familia: \$6,000	Individual: \$7,000 Familia: \$14,000	Individual: \$5,250 Familia: \$10,500	Individual: \$11,000 Familia: \$22,000
Coseguro		Coseguro		Coseguro	
Usted Paga 10%, Plan Paga 90%	Usted Paga 50%, Plan Paga 50%	Usted Paga 20%, Plan Paga 80%	Usted Paga 50%, Plan Paga 50%	Usted Paga 0%, Plan Paga 100%	Usted Paga 50%, Plan Pays 50%
Desembolso máximo por año calendario		Desembolso máximo por año calendario		Desembolso máximo por año calendario	
Individual: \$4,500 Familia: \$9,000	Individual: \$9,000 Familia: \$18,000	Individual: \$7,000 Familia: \$14,000	Individual: \$14,000 Familia: \$28,000	Individual: \$5,250 Familia: \$10,500	Individual: \$22,000 Familia: \$44,000
Atención preventiva		Atención preventiva		Atención preventiva	
<i>Incluye exámenes anuales de bienestar, vacunas recomendadas y exámenes de detección</i>		<i>Incluye exámenes anuales de bienestar, vacunas recomendadas y exámenes de detección</i>		<i>Incluye exámenes anuales de bienestar, vacunas recomendadas y exámenes de detección</i>	
Cubierto al 100%	50% después del deducible	Cubierto al 100%	50% después del deducible	Cubierto al 100%	50% después del deducible
Copago por visita al consultorio		Copago por visita al consultorio		Copago por visita al consultorio	
<i>Sólo Aplica a consultas</i>		<i>Sólo Aplica a consultas</i>		<i>Sólo Aplica a consultas</i>	
Atención Primaria: \$25 Especialista: \$50	50% después del deducible	Atención Primaria: \$50 Especialista: \$75	50% después del deducible	100% después del deducible	50% después del deducible
Atención Primaria Virtual a Través de Teladoc		Atención Primaria Virtual a Través de Teladoc		Atención Primaria Virtual a Través de Teladoc	
<i>Solo beneficio dentro de la red</i>		<i>Solo beneficio dentro de la red</i>		<i>Solo beneficio dentro de la red</i>	
Exámenes anuales de bienestar: Cubierto al 100% Atención Primaria: \$15 Copago Dermatólogo: \$40 Copago		Exámenes anuales de bienestar: Cubierto al 100% Atención Primaria: \$40 Copago Dermatólogo: \$65 Copago		Exámenes anuales de bienestar: Cubierto al 100% Atención Primaria y Dermatólogo: Deducible, después cubierto al 100%	
Examen de Visión Rutina		Examen de Visión Rutina		Examen de Visión Rutina	
<i>Disponible cada 12 meses</i>		<i>Disponible cada 12 meses</i>		<i>Disponible cada 12 meses</i>	
Cubierto al 100%	20% después del deducible	Cubierto al 100%	20% después del deducible	Cubierto al 100%	20% después del deducible
Atención Urgente		Atención Urgente		Atención Urgente	
\$75 Copago	50% después del deducible	\$100 Copago	50% después del deducible	100% después del deducible	50% después del deducible
Sala de Emergencias		Sala de Emergencias		Sala de Emergencias	
Copago de \$300, luego 10% (Se elimina el copago si el miembro es admitido al hospital)		Copago de \$500, luego 20% (Se elimina el copago si el miembro es admitido al hospital)		100% después del deducible	
Internación del paciente en el Hospital		Internación del paciente en el Hospital		Internación del paciente en el Hospital	
Copago y Deducible de \$250, luego 10%	Copago y Deducible de \$500, luego 50%	\$250 Copago y 20% después del deducible	\$500 Copago y 50% después del deducible	100% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		Cirugía ambulatoria		Cirugía ambulatoria	
10% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	100% después del deducible	50% después del deducible
Plan de Medicamentos Recetados*		Plan de Medicamentos Recetados*		Plan de Medicamentos Recetados*	
Rx Beneficios en la Red		Rx Beneficios en la Red		Rx Beneficios en la Red	
Venta al por menor - Hasta 30 días de abastecimiento		Venta al por menor - Hasta 30 días de abastecimiento		Venta al por menor - Hasta 30 días de abastecimiento	
**Genérico: \$10 Copago **Marca Preferida: \$40 Copago **Marca No Preferida: \$70 Copago Especializado: \$150 Copago		**Genérico: \$20 Copago **Marca Preferida: \$50 Copago **Marca No Preferida: \$80 Copago Especializado: \$350 Copago		**Genérico: Deducible del plan, y luego cubierto al 100% **Marca Preferida, Marca No Preferida y Especializado: Deducible del plan, y luego cubierto al 100%	

*El plan de medicamentos recetados incluye PriceEdge. Esto permite que los miembros reciban potencialmente recetas a un costo más bajo, si hay disponible un costo de desembolso más bajo. **Los suministros de 90 días de medicamentos Genéricos, de Marca Preferida y de Marca No Preferida están disponibles al doble del costo de suministro de 30 días en farmacias minoristas en la red o por ordenes de correo.

Cuenta de ahorros de salud - HSA Bank

Contribucion de LEYE: \$250 empleado / \$500 familia

Los empleados que se inscriban en el plan de Deducible Alto pueden abrir una cuenta de ahorros para la salud con HSA Bank. Se puede financiar a través de contribuciones del empleador y contribuciones libres de impuestos de su cheque de pago. Se debe abrir una cuenta para recibir fondos del empleador. El dinero acumulado en su cuenta puede usarse para pagar gastos médicos calificados para usted y sus dependientes fiscales. Los límites de contribución del IRS 2023 / 2024 son \$3,850 / \$4,150 para cobertura solo para empleados; \$7,750 / \$8,300 para cobertura a nivel familiar. Estos máximos incluyen la financiación del empleador. Empleados de 55 años o mayores pueden contribuir \$1,000 adicionales por año. HSA Bank cobra una tarifa de mantenimiento mensual de \$2.00 para cuentas con saldos menores a \$3,000.

Beneficios Voluntarios Administrados Por MetLife

Disponibles a todos los empleados trabajando un promedio de 15 horas o mas por semana

Plan Dental Voluntario PPO

Red PDP Plus

Dentro la Red	Fuera de la Red
Deducible por año calendario	
Individual: \$75 Familia: \$150	Individual: \$75 Familia: \$150
Beneficio máximo anual	
\$1,500 per persona	\$1,000 per persona
Preventiva/Diagnostico	
<i>Evaluaciones Orales, rayos X, selladores, tratamiento fluoruro</i>	
Cubierto al 100%	Deducible, y 30% despues del reembolso R&C*
Básico	
<i>Empastes, extracciones simples, periodoncia, endodoncia</i>	
20% después del deducible	Deducible, y 40% despues del reembolso R&C*
Principales	
<i>Coronas, puentes, y dentaduras</i>	
50% después del deducible	Deducible, y 50% despues del reembolso R&C*
Ortodoncia	
<i>Para los hijos de hasta 19 años</i>	
50% después del deducible	Deducible, y 50% despues del reembolso R&C*
<i>Máximo de por Vida</i>	
\$1,200	
* R&C (razonable y consuetudinario): Se pagarán beneficios por los servicios de proveedores fuera de la red en el percentil 90 de la cantidad media por otros dentistas en la misma área geográfica para los mismos servicios proporcionados.	

Plan de Visión Voluntaria

Red de Proveedores de MetLife Vision

Dentro la Red	Reembolso fuera de la Red
Frecuencia	
Examen: Cada 12 meses Lentes o Contactos: Cada 12 meses Marcos: Cada 24 meses	
Examinación	
\$10 Copago	Hasta \$45
Marcos*	
\$130 asignados, despues 20% de descuento	Hasta \$70
Lentes	
Vision Singular	
\$25 Copago	Hasta \$30
Bifocales	
\$25 Copago	Hasta \$50
Trifocales	
\$25 Copago	Hasta \$65
Contactos	
Adaptación y Evaluación	
Hasta \$60	No Aplica
Lentes	
Contactos Convencionales	
Hasta \$130	Hasta \$105
Contactos Desechables	
Hasta \$130	Hasta \$105
*La asignación de fotogramas es de \$150 en ubicaciones seleccionadas. Asignación de \$70 en Costco, Wal-Mart y Sam's Club; 20% de descuento en el saldo restante no se aplica.	

Cobertura Voluntaria de Accidente

Cobertura de Accidente ayuda a pagar por gastos asociados con un accidente cubierto o lesiones.

Lesiones cubiertas incluyen:

Fracturas, quemaduras, lesiones de ojo, lesión de ligamentos, concusiones, ruptura de discos, cortes que requieren puntos de sutura y mucho más.

\$50 Beneficio de detección de salud cada año para los miembros cubiertos*

Cobertura Hospitalaria Voluntaria

El seguro de indemnización del hospital le paga beneficios directamente por ingresos hospitalarios y estancias.

Beneficios más comúnmente pagados:

Ingresos hospitalarios y confinamientos debido al nacimiento del niño, accidentes y enfermedades.

Cobertura Voluntaria de Enfermedades Críticas

Cobertura de enfermedad crítica rinde un beneficio de pago unico sobre la diagnosis de una condición cubierta. Los empleados pueden elegir \$5,000, \$10,000, \$15,000 o \$20,000 de cobertura. Cónyuges e hijos pueden ser cubiertos al 50% de elección del empleado.

Condiciones cubiertas incluyen:

Cáncer invasor, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis, falta Renal (riñón), insuficiencia de órganos principales, pérdida de visión y más.

\$100 Beneficio de detección de salud cada año para los miembros cubier

cantidad de la cobertura que se está eligiendo y quién está siendo cubierto. Las tarifas aplicables se pueden encontrar en UKG Benefits Administration.

Cobertura Voluntaria de Seguro de Vida

Beneficio para el Empleado

Elección de \$10,000 incrementa hasta 5 veces el salario (hasta un máximo de \$500,000)

Emisión de garantía (sólo para nuevas contrataciones): \$250,000

Cónyuge o beneficio de pareja doméstica

Elección de incrementos de \$5,000 hasta \$50,000, no exceder la cantidad elegida del empleado para sí mismos

Emisión de garantía (sólo para nuevas contrataciones): \$50,000

Beneficio para el hijo(a)

\$5,000 o \$10,000 para hijo(a)s hasta los 26 años

Las tarifas del empleado y esposa(o) o compañero domestico se basan en edad lograda del empleado. Las tarifas aplicables pueden encontrarse en UKG Benefits Administration.

Esta guía de beneficios sólo destaca las principales disposiciones de beneficios. Visite la Administración de beneficios de UKG para obtener SBC médicos, resúmenes de beneficios, certificados de planes y avisos anuales obligatorios. Para obtener descripciones completas de los beneficios, consulte los certificados del plan. Si surgiera alguna discrepancia entre esta guía y los documentos del plan, los documentos del plan prevalecerán en todos los casos.

ELEGIBILIDAD

Para Planes Médicos:

Los empleados en puestos gerenciales o de horario no variable son elegibles para la cobertura el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo.

Los empleados que no estén en puestos gerenciales o de horas no variables serán elegibles si tienen un promedio de 25 o más horas por semana durante su nuevo período de medición de contratación. Las horas de las nuevas contrataciones se controlarán durante 6 meses a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Si un empleado tiene un promedio de 25 o más horas por semana, UKG enviará una notificación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico del empleado registrada. Tendrán 30 días para inscribirse en la cobertura. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a los 7 meses de empleo. Después de su período de medición inicial, las horas se miden de enero a junio y de julio a diciembre de cada año. Si un empleado tiene un promedio de 25 o más horas, es elegible para la cobertura el primer día del mes siguiente a un período administrativo de 2 meses. Si no se inscribe, su próxima oportunidad será durante la próxima Inscripción abierta o un evento de vida permitido a mitad de año.

Para Planes de Beneficios Voluntarios:

Los empleados con un promedio de 15 o más horas por semana son elegibles para la cobertura el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo.

Dependientes elegibles para beneficios médicos y voluntarios:

Los empleados pueden optar por cubrir a los dependientes, incluidos su cónyuge, pareja de hecho, hijos dependientes menores de 26 años e hijos discapacitados mayores de 26 años.

COSTO QUINCENAL

Cobertura	Médica - PPO Premium	Médica - PPO Base	Médica - Deducible Alto	Dental	Visión	Accidente	Hospitalaria
Empleado	\$145.50	\$99.00	\$71.50	\$14.86	\$2.85	\$4.83	\$4.10
Empleado & Esposa(o)	\$399.00	\$315.50	\$261.00	\$29.71	\$5.70	\$8.91	\$9.97
Empleado & Hijo(s)	\$347.00	\$256.50	\$206.00	\$27.51	\$4.75	\$9.70	\$6.87
Familia	\$499.00	\$369.50	\$287.00	\$50.62	\$8.08	\$11.86	\$12.74

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

En momentos de nuestras vidas, cada uno de nosotros enfrenta problemas que son difíciles de resolver. Cuando surgen estos casos, SupportLinc está ahí para ayudarlo. El Programa de asistencia para empleados de SupportLinc (EAP) es un recurso patrocinado por la empresa que lo ayuda a usted y a los miembros de su familia a enfrentar los desafíos de la vida. SupportLinc brinda referencias profesionales confidenciales y hasta cinco (5) sesiones de asesoramiento cara a cara para una amplia variedad de inquietudes, que incluyen: ansiedad, depresión, problemas de relación, duelo y pérdida, abuso de sustancias, manejo de la ira y estrés. Además, ofrece consultas y planificación con un asesor financiero, consultas legales con un abogado local, consultas con profesionales de recuperación de robo de identidad, referencias para el cuidado de niños y ancianos, reparaciones en el hogar, necesidades de vivienda, educación, cuidado de mascotas y mucho más.

Phone: 888-881-LINC (5462) **Web:** <https://leye.mysupportportal.com/>

DÓNDE INSCRIBIRSE Y A QUIÉN HACER PREGUNTAS

Los empleados se inscriben en línea en <https://n12.ultipro.com>:

- Desde el perfil del empleado, desplácese hacia abajo hasta Beneficios > Administrar Mis Beneficios Preguntas? Contacta a nuestro Equipo de Beneficios de Lettuce: benefits@lettuce.com

CAMBIOS PERMITIDOS EN LAS ELECCIONES DE MITAD DE AÑO

Las decisiones de beneficios que toma en la inscripción abierta o como nuevo empleado son efectivas hasta la próxima inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida que se permite a mitad de año. Los eventos de vida permitidos a mitad de año incluyen matrimonio, nacimiento/adopción, divorcio/separación legal, un cambio en la elegibilidad de dependientes, ganancia o pérdida de empleo del cónyuge. Si experimenta un evento de vida, tiene 30 días para iniciar sesión en UKG, elegir Actualizar mis beneficios y enviar un cambio de elección de evento de vida y proporcionar la documentación de respaldo requerida.