

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE ILLINOIS 2025/26

Vigente del 1/9/25 al 31/8/26



BENEFICIOS PARA SUS EMPLEADOS

Brindar a los empleados y sus familiares acceso a una variedad de beneficios es una parte importante de la cultura de cuidado de Lettuce. Nuestro seguro médico grupal junto a los seguros dentales, de visión, de vida, cuentas de gastos flexibles y otros planes de beneficios voluntarios están diseñados para respaldar su salud, bienestar y seguridad financiera. Esta guía proporciona una descripción general completa de sus opciones de beneficios, así como información sobre elegibilidad, inscripción y costos. Para obtener más información, visite Noticias e información de UKG y los documentos de beneficios disponibles como parte del proceso de la inscripción a beneficios en UKG.

Su equipo de beneficios de Lettuce está disponible en benefits@lettuce.com.

ELEGIBILIDAD

Planes médicos de BlueCross BlueShield

Empleados en puestos de horas variables serán elegibles si trabajan un promedio de 25 horas por semana durante un período de medición de 6 meses. Esto se refleja en la página de elegibilidad de atención médica en UKG como al menos 30 horas, ya que incluye las +5 horas que Lettuce le añade. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente al período de medición de 6 meses para empleados nuevos (que comienza el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación) y un período administrativo posterior de 30 días; en otras palabras, el primer día del mes siguiente a 7 meses calendario completos de empleo. Posteriormente, las horas promedio de los empleados se miden dos veces al año (del 1 de enero al 30 de junio; del 1 de julio al 31 de diciembre) y la cobertura comienza el 1 de septiembre y el 1 de marzo, respectivamente, para aquellos empleados elegibles.

Los empleados deben inscribirse en la cobertura a través de UKG dentro de los 30 días luego del envío de la notificación sobre su elegibilidad para inscribirse al correo electrónico registrado. Tenga en cuenta que los empleados elegibles que rechacen la cobertura del 1 de septiembre durante la inscripción abierta no serán elegibles para la cobertura nuevamente hasta el 1 de septiembre siguiente, suponiendo que cumplan con los requisitos de horas promedio en ese momento o si tienen un evento de vida que califique (ver a continuación).

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

Planes de beneficios voluntarios de MetLife y cuentas de gastos flexibles

Los empleados con un promedio de 15 o más horas por semana son elegibles para inscribirse a través de UKG dentro de los primeros 60 días de empleo, y la cobertura comienza el primero del mes siguiente.

Dependientes

Los empleados pueden optar por cubrir a sus dependientes, incluyendo su cónyuge, pareja convivientes, hijos dependientes menores de 26 años e hijos discapacitados mayores de 26 años. Para los planes voluntarios de seguro dental, de la vista y de vida, los hijos dependientes deben estar solteros.

CAMBIANDO SUS BENEFICIOS: ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA

Los empleados elegibles pueden realizar cambios a sus elecciones de beneficios durante la inscripción abierta o si pasan por un evento de vida que califique, como matrimonio, nacimiento/adopción, divorcio y cambios a la situación de empleo del cónyuge. Tiene 30 días para conectarse a UKG, elegir Actualizar mis beneficios, enviar un cambio de elección de evento de vida y proveer los documentos necesarios.

INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS

Los empleados pueden inscribirse [en línea](#) o a través de la aplicación móvil de UKG:

- Desde el perfil del empleado, seleccione Beneficios > Administrar mis beneficios

Los beneficios están sujetos a cambios sin previo aviso. Este documento es sólo para fines informativos generales. Consulte el manual del empleado y los suplementos, las políticas y los documentos y certificados del plan de beneficios correspondiente para obtener más información. En caso de conflicto entre este resumen y cualquier documento del plan de beneficios, prevalecerá el documento del plan.

BENEFICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS POR BLUECROSS BLUESHIELD

BENEFICIOS DE RECETA ADMINISTRADOS POR OPTUM RX

Comuníquese con BlueCross BlueShield: 888-979-4516 o Bcsbil.com/member – Números de Grupo 979581 - PPO Premium, 979587- PPO base y 979589- Deducible alto

Comuníquese con Teladoc para atención médica virtual: 800-TELADOC (835-2362) o Teladoc.com

Comuníquese con Optum: 855-524-0381 o Optumrx.com – Número de Grupo CT1LEYE19

Plan PPO Premium			Plan PPO básico			Plan con deducible alto/HSA		
Opciones de elección azul (BCO)	Organización de proveedores participantes (PPO)	Fuera de Red	Opciones de elección azul (BCO)	Organización de proveedores participantes (PPO)	Fuera de Red	Opciones de elección azul (BCO)	Organización de proveedores participantes (PPO)	Fuera de Red
Deducible del año calendario			Deducible del año calendario			Deducible del 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: \$4,000 Familia: \$8,000		Individual: \$11,000 Familia: \$22,000
Coaseguro			Coaseguro			Coaseguro		
Usted paga el 10%, El plan paga el 90%	Usted paga el 20%, El plan paga el 80%	Usted paga el 50%, El plan paga el 50%	Usted paga el 20%, El plan paga el 80%	Usted paga el 30%, El plan paga el 70%	Usted paga el 50%, El plan paga el 50%	Usted paga el 20%, El plan paga el 80%	Usted paga el 30%, El plan paga el 70%	Usted paga el 50%, El plan paga el 50%
Máximo de desembolso personal por año calendario			Máximo de desembolso personal por año calendario			Máximo de desembolso personal 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 de bienestar anuales, vacunas y exámenes de detección recomendados</i>			<i>Incluye exámenes de bienestar anuales, vacunas y exámenes de detección recomendados</i>			<i>Incluye exámenes de bienestar anuales, vacunas y exámenes de detección recomendados</i>		
Cubierto al 100%		Deducible, entonces 50%	Cubierto al 100%		Deducible, entonces 50%	Cubierto al 100%		Deducible, entonces 50%
Copagos por visitas al consultorio médico			Copagos por visitas al consultorio médico			Copagos por visitas al consultorio médico		
<i>Aplica solo para consulta</i>			<i>Aplica solo para consulta</i>			<i>Aplica solo para consulta</i>		
Atención primaria: \$25 Especialista: \$50	Atención primaria: \$40 Especialista: \$60	Deducible, entonces 50%	Atención primaria: \$50 Especialista: \$75	Atención primaria: \$60 Especialista: \$85	Deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%
Atención primaria virtual a través de Teladoc			Atención primaria virtual a través de Teladoc			Atención primaria virtual a través de Teladoc		
<i>Beneficio solo dentro de la red</i>			<i>Beneficio solo dentro de la red</i>			<i>Beneficio solo dentro de la red</i>		
Examen físico anual: cubierto al 100%			Examen físico anual: cubierto al 100%			Examen físico anual: cubierto al 100%		
Atención primaria: copago de \$15			Atención primaria: copago de \$40			Atención primaria y dermatólogo: Deducible, luego 20%		
Dermatólogo: Copago de \$40			Dermatólogo: Copago de \$65					
Acupuntura y atención quiropráctica			Acupuntura y atención quiropráctica			Acupuntura y atención quiropráctica		
Copago de \$50	Copago de \$60	Deducible, entonces 50%	Copago de \$75	Copago de \$85	Deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%
Hasta \$3,000 de beneficios por año calendario			Hasta \$3,000 de beneficios por año calendario			Hasta \$3,000 de beneficios por año calendario		
Examen de la vista de rutina			Examen de la vista de rutina			Examen de la vista de rutina		
<i>Disponible cada 12 meses</i>			<i>Disponible cada 12 meses</i>			<i>Disponible cada 12 meses</i>		
Cubierto al 100%		Deducible, luego 20%	Cubierto al 100%		Deducible, luego 20%	Cubierto al 100%		Deducible, luego 20%
Atención de urgencias			Atención de urgencias			Atención de urgencias		
Copago de \$75		Deducible, entonces 50%	Copago de \$100		Deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%
Servicios de sala de emergencias			Servicios de sala de emergencias			Servicios de sala de emergencias		
Copago de \$300, luego 10%			Copago de \$500, luego 20%			Deducible, luego 20%		
(El copago no se aplica si es ingresado en el hospital)			(El copago no se aplica si es ingresado en el hospital)					
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados			Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados			Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados		
Copago de \$250, deducible, luego 10%	Copago de \$250, deducible, luego 20%	Copago de \$500, deducible, entonces 50%	Copago de \$250, deducible, luego 20%	Copago de \$250, deducible, luego 30%	Copago de \$500, deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios			Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios			Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		
Deducible, luego 10%	Deducible, luego 20%	Deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 30%	Deducible, entonces 50%
Plan de medicamentos recetados*			Plan de medicamentos recetados*			Plan de medicamentos recetados*		
Beneficios de medicamentos recetados dentro de la red			Beneficios de medicamentos recetados dentro de la red			Beneficios de medicamentos recetados dentro de la red		
Venta al por menor: suministro de hasta 30 días			Venta al por menor: suministro para hasta 30 días			Venta al por menor: suministro para hasta 30 días		
**Genérico: Copago de \$10 **Marca preferida: Copago de \$40 **Marca no preferida: Copago de \$70 Especialidad: Copago de \$150			**Genérico: Copago de \$20 **Marca preferida: Copago de \$50 **Marca no preferida: Copago de \$80 Especialidad: Copago de \$350			**Genérico: Deducible, luego 20% **Marca preferida: Deducible, luego 20% **Marca no preferida: deducible, luego 20% Especialidad: Deducible, luego 20%		

*El plan de medicamentos con receta incluye Price Edge. Esto permite que los miembros reciban a un costo menor en sus recetas, si existe un costo de bolsillo menor.

**Un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento está disponible al doble del costo del suministro de 30 días en farmacias minoristas o de pedido por correo dentro de la red.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS ADMINISTRADOS POR METLIFE

Comuníquese con MetLife: [800-438-6388](tel:800-438-6388) o Metlife.com - Número Grupo 218979

Plan PPO dental	
PDP Plus	Fuera de la red
Deducible del año calendario	
Individual: \$75	Individual: \$75
Familia: \$150	Familia: \$150
Máximo por año calendario	
\$1,500 por persona	\$1,000 por persona
Preventivo	
<i>Evaluaciones orales, rayos X, selladores, tratamientos de fluoruro</i>	
Cubierto al 100%	Deducible, luego 30% después del reembolso de R&C*
Básico	
<i>Obturaciones, extracciones simples, periodoncia, endodoncia.</i>	
Deducible, luego 20%	Deducible, luego 40% después del reembolso de R&C*
Principales	
<i>Coronas, puentes y dentaduras postizas</i>	
Deducible, luego 50%	Deducible, luego 50% después del reembolso de R&C*
Ortodoncia	
<i>Para niños de hasta 19 años</i>	
Deducible, luego 50%	Deducible, luego 50% después del reembolso de R&C*
Máximo de por vida en ortodoncia	
\$1,200	

*R&C (razonables y habituales): los beneficios para los proveedores fuera de la red se pagarán al 90 por ciento del monto promedio que cobran otros dentistas en la misma área geográfica.

Plan de Visión	
Visión de MetLife – Elección de VSP	Reembolso fuera de la red
Frecuencia	
Exámenes: Cada 12 meses	
Lentes/Lentes de contacto: cada 12 meses	
Montura: Cada 24 meses	
Examen	
Copago de \$10	Hasta \$45
Montura*	
asignación de \$150, entonces 20% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$70
Lentes	
Lentes individuales	
Copago de \$25	Hasta \$30
Lentes bifocales	
Copago de \$25	Hasta \$50
Lentes trifocales	
Copago de \$25	Hasta \$65
Contactos	
<i>Ajuste y evaluación</i>	
Hasta \$60	N / A
Lentes	
Contactos convencionales	
Subsidio de \$150	Hasta \$105
lentes de contacto desechables	
Subsidio de \$150	Hasta \$105

*El subsidio para monturas de \$150 en ubicaciones selectas. Asignación de \$70 en Costco, Wal-Mart y Sam's Club; no aplica el 20% de descuento sobre el saldo restante.

Cobertura de accidentes
La cobertura ayuda a pagar los gastos asociado con un accidente o lesión cubierta.
Las lesiones cubiertas incluyen:
Huesos rotos, quemaduras, ligamentos rotos, conmociones cerebrales, lesiones oculares, discos rotos, cortes que requieren puntos de sutura y más.
Beneficio de \$50 por pruebas de detección temprana anuales para los miembros cubiertos

Cobertura de indemnización hospitalaria
La cobertura le proporciona beneficios directamente a usted por ingresos y estancias hospitalarias.
Beneficios más comúnmente pagados:
Ingresos hospitalarios y hospitalizaciones por parto, accidentes y enfermedades.
Beneficio de \$50 por pruebas de detección temprana anuales para los miembros cubiertos

Cobertura de enfermedades graves
La cobertura paga un monto total de beneficios al momento del diagnóstico de una condición cubierta.
Beneficio para empleados:
Elección de incrementos de \$5,000 hasta \$20,000 Beneficio por cónyuge, pareja conviviente o hijo:
Hasta el 50% del monto elegido por el empleado para sí mismo
Las condiciones cubiertas incluyen:
Cáncer invasivo, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis, fallo renal, fallo de órganos principales, pérdida de la visión y más.
Beneficio de \$100 por pruebas de detección temprana para los miembros cubiertos

Cobertura de vida y muerte accidental y desmembramiento
Beneficio para empleados:
Opción de incrementos de \$10,000 hasta 5 veces el salario (hasta un máximo de \$500,000)
Emisión de garantía (solo para empleados nuevos): \$250,000
Beneficio para cónyuge o pareja conviviente:
Opción de incrementos de \$5,000 hasta \$50,000, No exceder el monto elegido por el empleado para sí mismo.
Emisión de garantía (solo para nuevos empleados): \$50,000
Beneficio por hijo:
\$5,000 o \$10,000 para niños de hasta 26 años

CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD Y CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES ADMINISTRADAS POR HSA BANK

Cuentas de Ahorro para la Salud (HSA)

Quienes se inscriban en el Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) pueden abrir una Cuenta de Ahorros para la Salud que se utilizará para pagar gastos médicos elegibles para usted y sus dependientes fiscales. La cuenta se puede financiar mediante contribuciones libres de impuestos de su cheque de pago y mediante contribuciones equivalentes del empleador, hasta los límites anuales del IRS. Los empleados de 55 años o más pueden contribuir \$1,000 adicionales por año. Lettuce igualará su contribución hasta \$500/año para cobertura individual o \$750/año para quienes cubren a dependientes. Cualquier interés acumulado en su cuenta HSA también estará libre de impuestos. Se aplica una tarifa de mantenimiento mensual de \$1.75 para saldos de cuenta inferiores a \$3,000.

Cuentas de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA)

Le permite reservar una porción de su nómina, libre de impuestos, para pagar los gastos de cuidado de dependientes, incluyendo el cuidado después de la escuela, guardería, preescolar, niñeras, campamentos de verano o cuidado diurno de adultos para dependientes que califiquen. Estos gastos deben tener como objetivo permitirle a usted (o a su cónyuge, si está casado) trabajar. Puede elegir contribuir hasta \$5,000 para el año del plan actual (sujeto a las limitaciones del IRS).

Cuentas de gastos flexibles para viajeros (FSA)

Le permite reservar una porción de su nómina, libre de impuestos, para pagar el transporte hacia y desde el trabajo. Puedes elegir hasta \$325/mes para estacionamiento y \$325/mes para transporte público. Los gastos de transporte público incluyen autobuses y trenes. Puede inscribirse, cambiar o cancelar sus beneficios durante todo el año (sujeto a las fechas límite de nómina) sometiendo un evento de vida de la FSA para viajeros en UKG. Si deja Lettuce, perderá los fondos restantes para transporte público de su FSA y no podrá reembolsarlos después de su último día de empleo.

Comuníquese con HSA Bank: [800-357-6246](tel:800-357-6246) o Hsabank.com

Consulte Noticias e información de UKG para obtener más detalles sobre cómo configurar y administrar sus cuentas.

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS ADMINISTRADO POR SUPPORTLINC - *Disponible para todos los empleados*

El Programa de asistencia al empleado (EAP) de SupportLinc es un recurso pagado por la empresa que le ayuda a usted y a los miembros de su familia a enfrentar los desafíos de la vida.

SupportLinc ofrece hasta cinco (5) sesiones de asesoramiento confidencial para una amplia variedad de preocupaciones, que incluyen: ansiedad, depresión, problemas de relación, duelo y pérdida, abuso de sustancias, manejo de la ira y estrés. Además, el EAP ofrece consulta y planificación con un asesor financiero, consulta legal con un abogado local, acceso a profesionales de recuperación de robo de identidad, referencias para cuidado de niños y ancianos, reparaciones del hogar, necesidades de vivienda, educación, cuidado de mascotas, descuentos en membresías de gimnasios y mucho más.

Comuníquese con SupportLinc: [888-881-LINC \(5462\)](tel:888-881-LINC) o lettuce.mysupportportal.com

PERKSPOT - *Disponible para todos los empleados*

Ofrece miles de ofertas de descuentos locales y nacionales exclusivos para viajes, entretenimiento, seguros de hogar y automóvil, seguros para mascotas, robo de identidad, membresías de gimnasios y más.

Crea tu cuenta de Perkspot: lettuce.perkspot.com

COSTO POR CADA QUINCENA

Cobertura	Médico - PPO Premium	Médico - PPO base	Médico - Deducible alto	
Solo empleados	\$163.50	\$106.50	\$73.50	
Empleado y cónyuge/pareja conviviente	\$446.00	\$337.50	\$281.00	
Empleado e hijo(s)	\$388.50	\$272.50	\$221.50	
Familia	\$562.00	\$400.00	\$309.50	
Cobertura	Dental	Visión	Accidente	Indemnización hospitalaria
Solo empleados	\$14.86	\$2.85	\$4.83	\$4.10
Empleado y cónyuge/pareja conviviente	\$29.71	\$5.70	\$8.91	\$9.97
Empleado e hijo(s)	\$27.51	\$4.75	\$9.70	\$6.87
Familia	\$50.62	\$8.08	\$11.86	\$12.74