



2026

#1

GUÍA DE SUS BENEFICIOS

JULIO DE 2026 -
JUNIO DE 2027



DIRECCIÓN DE RESTAURANTES

¡BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS!



Índice

¡Bienvenido a sus beneficios!	2
Requisitos	3
Cómo inscribirse	4
Manténgase conectado durante todo el año	5
Planes médicos	6
Telemedicina	8
Seguro odontológico	9
Seguro oftalmológico	10
Plan MEC	11
Médico complementario	12
Seguro voluntario de vida y AD&D	13
Beneficios adicionales	14
Glosario	15
Contactos importantes	16

Nos complace ofrecerle una amplia gama de beneficios competitivos que constituyen una parte fundamental de su remuneración total.

Usted tiene la flexibilidad de elegir entre un paquete integral de beneficios diseñado para cuidar de su salud y bienestar, protegerle financieramente en caso de circunstancias imprevistas y proporcionar una mayor tranquilidad para usted y su familia. Este folleto ha sido diseñado para responder a algunas de las preguntas básicas que pueda tener sobre sus beneficios. Tómese el tiempo necesario para revisar este folleto y asegurarse de que comprende los beneficios que están disponibles para usted y su familia, y asegúrese de actuar antes de la fecha límite de inscripción.

Este folleto destaca las principales características de nuestro programa de beneficios para empleados. No incluye todas las normas, detalles, limitaciones y exclusiones del plan. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro. En caso de inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, los documentos del plan tendrán la autoridad final. La empresa se reserva el derecho de modificar o suspender sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.



Escanee el código QR para ver los avisos y la información relativa a sus planes de salud y bienestar.



REQUISITOS

Si trabaja al menos 30 horas por semana, es elegible para recibir beneficios. La mayoría de sus beneficios entran en vigor el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para que tengan cobertura.

Los dependientes elegibles pueden ser:

- Su cónyuge legal
- Hijos menores de 26 años, independientemente de su condición de estudiante, dependencia o estado civil
- Los hijos mayores de 26 años que dependan totalmente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física y que figuren como tales en su declaración de impuestos federal

Cambios en los beneficios después de la inscripción

Durante el año, no puede realizar cambios en sus beneficios a menos que tenga un evento de vida calificado. Si no realiza cambios en sus beneficios dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para realizar cambios (a menos que experimente otro evento de vida calificado).

Evento de vida calificado

Pérdida de la cobertura del cónyuge o de los padres

- | | |
|-------------------------------|--|
| Cambio en estado civil | <ul style="list-style-type: none">• Matrimonio• Divorcio/separación legal• Fallecimiento |
|-------------------------------|--|

- | | |
|--|--|
| Cambio en el número de dependientes | <ul style="list-style-type: none">• Nacimiento o adopción• Hijastro• Fallecimiento |
|--|--|

- | | |
|----------------------------|--|
| Cambio en el empleo | <ul style="list-style-type: none">• Cambio en su situación de elegibilidad (p. ej., de tiempo completo a tiempo parcial)• Cambio en los beneficios o la situación laboral del cónyuge |
|----------------------------|--|

Nota: algunos eventos de vida calificados pueden requerir documentación.



Cómo solicitar un evento de vida calificado

Comuníquese con benefits@pluckers.net.

CÓMO INSCRIBIRSE

Si cumple los requisitos para recibir los beneficios, debe inscribirse antes de la fecha límite asignada. Puede consultar su portal de inscripción y/o su equipo de beneficios le enviará recordatorios a medida que se acerque esta fecha límite. **Debe completar su inscripción para recibir nuevos beneficios o modificar la cobertura de beneficios para el año del plan.** Las elecciones actuales se transferirán automáticamente, incluidos los cambios en las primas de los empleados.

Antes de inscribirse



Revise detenidamente los beneficios enumerados en esta guía y determine la cobertura que mejor se adapte a usted y a su familia.



Asegúrese de que los miembros de su familia cumplan los requisitos de elegibilidad.



Conozca el costo de los planes que ha seleccionado.



Asegúrese de designar un beneficiario para el seguro de vida.



Asistencia para la inscripción – Centro de llamadas de SMBO

¿Necesita ayuda para tomar decisiones? ¡No hay problema! Ahora puede ponerse en contacto con SMBO de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m. Le guiarán a través de sus opciones e incluso tramitarán su inscripción por teléfono.

Así es, no es necesario que inicie sesión en el portal bSwift si no lo desea.

Simplemente llame al **888-598-2040** para empezar.

Instrucciones de inscripción

bswift[®]

Para inscribirse, simplemente siga estos pasos:

- Inicie sesión en **pluckers.bswift.com**
- Nombre de usuario: inicial del nombre + su apellido
- Contraseña: los cuatro últimos dígitos de su número de la Seguridad Social

MANTÉNGASE CONECTADO DURANTE TODO EL AÑO

BlueCross BlueShield of Texas

La aplicación BCBSTX le ofrece un mayor acceso a la información de su seguro.

Utilice la aplicación para:

- Ver su panel de control personalizado del seguro
- Mostrar su tarjeta de identificación de BCBS
- Buscar médicos, hospitales u otros profesionales sanitarios en todo el país
- Obtener información sobre programas de descuentos en beneficios, como odontología, oftalmología y farmacia

Busque la aplicación móvil de BCBSTX en la App Store o en Google Play para empezar.



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Centro de asistencia para miembros

El Centro de Atención al Miembro de Marsh McLennan Agency está a su disposición para responder a sus preguntas, incluidas las relacionadas con reclamaciones de seguros, por teléfono y correo electrónico. Los representantes son agentes autorizados y conocen bien su paquete de beneficios.

Pueden ayudarle con lo siguiente:

- Punto central de contacto para preguntas sobre beneficios y consultas sobre la cobertura
- Ayuda con la solicitud de tarjetas de identificación
- Ayudar a los empleados a realizar sus elecciones de inscripción (nuevas contrataciones/eventos de vida)
- Consultas sobre reclamaciones
- Ayuda para encontrar proveedores/centros dentro de la red
- Ayuda para determinar los servicios cubiertos

Contacte al centro de asistencia para miembros



855-550-9885, PIN 2158



pluckers@marshmma.com

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora Central.

Hay representantes que hablan español.



PLANES MÉDICOS

El seguro médico es esencial para su bienestar y nuestra cobertura médica le proporciona a usted y a su familia la protección que necesitan para los problemas de salud cotidianos o cuando ocurre algo inesperado.

Cómo funciona un plan de salud



La atención preventiva – como los exámenes físicos, las vacunas contra la gripe y los exámenes de detección — siempre están cubiertas al 100% cuando se acude a proveedores de la red. La diferencia clave entre los planes es el monto que pagará en cada período de pago y cuándo necesita atención. Los planes tienen diferentes:



Monto anual del deducible – la cantidad que usted paga cada año por cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar.



Máximos de gastos de bolsillo – la cantidad máxima que usted pagará cada año por servicios elegibles dentro de la red, incluidos los medicamentos recetados. Una vez que alcance su máximo de gastos de bolsillo, el plan cubrirá el costo total de la atención médica cubierta durante el resto del año.



Copagos – un copago es un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para su deducible, pero sí cuentan para sus montos anuales de gastos máximos de bolsillo.



Coseguro – una vez que haya cumplido con su deducible, usted y el plan comparten el costo de la atención, lo que se denomina coseguro. Por ejemplo, usted paga el 20% de los servicios y el plan pagará el 80% del costo hasta que haya alcanzado su máximo de gastos de bolsillo.

Comparación de planes médicos

Puede acudir a cualquier proveedor médico que elija, pero los proveedores de la red ofrecen el nivel más alto de beneficios y menores costes de bolsillo. Los proveedores dentro de la red cobran a los miembros tarifas reducidas y contratadas en lugar de sus tarifas habituales. Los proveedores fuera de la red del plan establecen sus propias tarifas, por lo que es posible que tenga que pagar la diferencia si los honorarios de un proveedor superan los límites razonables y habituales (R&C).

	Plan básico (HMO) RED BLUE ESSENTIALS		Plan premium (PPO) RED BLUECHOICE PPO	
	SOLO DENTRO DE LA RED		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	Usted paga		Usted paga	
Deducible por año calendario				
Individual	\$6,000		\$500	\$2,000
Familiar	\$12,000		\$1,000	\$6,000
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye deducible)				
Individual	\$7,000		\$1,500	\$6,000
Familiar	\$14,000		\$3,000	\$18,000
Coseguro	30%		0%	50%
Atención preventiva	\$0		\$0	50%*
Telemedicina (MDLIVE)	Copagos por visita al médico		\$25	No cubierto
Médico de atención primaria	\$50		\$25	50%*
Especialista	\$100 se requiere derivación		\$50	50%*
Atención de urgencia	\$50		\$75	50%*
Sala de emergencias	Centro: \$150 Médico: 30%*		Centro: \$150 Médico: \$0*	
Laboratorio y radiografía	30%*		\$0	50%*
Hospitalización	30%*		\$0*	50%*
Diagnóstico por imágenes (RM/TC)	30%*		\$0	50%*
Farmacia				
Deducible de medicamentos recetados	N/A		N/A	N/A
Máximo de gastos de bolsillo por recetas	Incluido en la cobertura médica		Incluido en la cobertura médica	Incluido en la cobertura médica
Medicamentos en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)				
Nivel 1 - Genéricos	\$25		\$15	\$15 + 50%
Nivel 2 - Marca preferida	\$60		\$50	\$50 + 50%
Nivel 3 - Marca no preferida	\$90		\$90	\$90 + 50%
Especializados	\$25 / \$60 / \$90		\$200	\$200 + 50%
Medicamentos por correo (suministro de hasta 90 días)				
Todos los niveles	3 veces el copago		3 veces el copago	No cubierto

* Después del deducible. El beneficio indicado NO se aplica hasta que se haya alcanzado el deducible médico individual.

Tarifas médicas mensuales	Plan básico (HMO)	Plan premium (PPO)
Solo empleado	\$0.00	\$257.70
Empleado + Cónyuge	\$625.30	\$1,166.46
Empleado + Hijo(s)	\$511.64	\$1,001.16
Familia	\$1,136.98	\$1,909.94

TELEMEDICINA

Cuando necesite atención médica, a cualquier hora del día o de la noche, o cuando su proveedor de atención primaria no esté disponible, la telemedicina puede ser una opción conveniente.

Con la telemedicina, no tiene que conducir hasta la consulta del médico o la clínica, aparcar, entrar o esperar en una sala de espera cuando está enfermo: puede ver a su médico desde la comodidad de su propia cama o sofá.

Regístrese hoy mismo para estar preparado cuando necesite atención médica



Evite los gérmenes en la SALA DE EMERGENCIAS, en la clínica de urgencias o en la consulta del médico.



Consulte a un médico certificado, con licencia y formado en telesalud según su horario con visitas virtuales bajo demanda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluyendo noches, fines de semana y días festivos.



Reciba tratamiento para más de 80 afecciones comunes, como resfriados, gripe, alergias y mucho más.



Obtenga una receta o una renovación a corto plazo de cualquier receta existente que se envíe a una farmacia cercana, en menos tiempo del que le llevaría una visita habitual al médico.



Evite los copagos y deducibles de alto costo de la sala de emergencias y la clínica de urgencias.



Utilizar la telemedicina es tan fácil como contar hasta tres

Paso 1

Regístrese ahora

Acceda a MDLIVE a través del portal de BCBSTX para crear su cuenta segura en solo unos minutos.

Paso 2

Solicite una visita

Puede consultar a un médico de inmediato o programar una cita, todo ello por teléfono, ordenador o nuestra aplicación.

Paso 3

Siéntase mejor

Reciba tratamiento de uno de nuestros médicos, que puede recetarle medicamentos si es necesario.

SEGURO ODONTOLÓGICO

Cuidar de su salud bucodental no es un lujo; es una necesidad para gozar de una salud óptima a largo plazo.

Centrado en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento, el seguro odontológico puede reducir considerablemente sus costos en procedimientos restauradores y de urgencia. Los servicios preventivos están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Usted solo pagará un pequeño deducible y coseguro por los servicios básicos y mayores. Cuando visite a un dentista de la red, maximizará sus ahorros. Estos dentistas han acordado reducir sus tarifas, lo que significa que no se le cobrará más de lo que le corresponde pagar.

PLAN DPPO		
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Máximo del plan por año calendario		
Por persona	\$1,000 por persona (servicios básicos y principales combinados)	
Usted paga		
Deducible por año calendario		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
Atención preventiva		
Exámenes, limpiezas, radiografías	\$0	0%
Servicios básicos		
Empastes, selladores, extracciones, exámenes de emergencia	20%*	20%*
Procedimientos mayores		
Coronas, incrustaciones/recubrimientos, dentaduras postizas y puentes, reparaciones	50%*	50%*
Ortodoncia		
Adultos	50% hasta un beneficio máximo de por vida de \$1,000 por persona; deducible exento	
Hijos (hasta los 19 años)		

*Después del deducible

Tarifas odontológicas mensuales	
Solo empleado	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$43.56
Empleado + Hijo(s)	\$50.70
Familia	\$94.20

SEGURO OFTALMOLÓGICO

Tener ojos saludables y una visión clara es una parte importante de su salud general y calidad de vida.

Puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles o puede renunciar a la cobertura oftalmológica. No es necesario estar inscrito en la cobertura médica para elegir la cobertura oftalmológica o cubrir a los mismos dependientes en la cobertura médica y oftalmológica.

La tabla siguiente resume las características principales del plan oftalmológico. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

Plan oftalmológico		
	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
	Usted paga	Reembolso
Examen	\$10	Hasta \$30
Lentes monofocales	\$25	Hasta \$25
Lentes bifocales	\$25	Hasta \$40
Lentes trifocales	\$25	Hasta \$55
Monturas	Copago de \$0, asignación de \$130, 20% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$65
Lentes de contacto en lugar de monturas/lentes	Copago de \$0, asignación de \$130 Convencionales: 15% de descuento sobre el saldo restante Desechables: más el saldo superior a \$130	Hasta \$104

Frecuencia del beneficio

Exámenes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Lentes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Monturas	Una vez cada 24 meses	Una vez cada 24 meses
Contactos	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses

Tarifas oftalmológicas mensuales

Solo empleado	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$6.12
Empleado + Hijo(s)	\$6.80
Familia	\$13.18

PLAN MEC

El plan de cobertura esencial mínima (MEC) de Pluckers, ofrecido a través de Key Benefit Administrators, le proporciona a usted y a su familia cobertura únicamente para servicios de atención preventiva.

Cómo funcionan los planes MEC

- Los planes MEC son planes de beneficios médicos limitados y no cubren enfermedades catastróficas ni la mayoría de las enfermedades.
- Los planes MEC están diseñados para ofrecer cobertura de servicios médicos básicos y limitados, concretamente visitas de bienestar, vacunas contra la gripe y descuentos en medicamentos recetados.
- Los planes MEC SOLO cubren el tratamiento de los proveedores de la red Open Access Solution.

Plan MEC	
SOLO DENTRO DE LA RED	
Usted paga	
Deducible por año calendario	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible)	
Individual	\$0
Familiar	\$0
Coseguro	0%
Atención preventiva	\$0 de los 84 beneficios de prevención y bienestar enumerados
Servicios de la sala de emergencias	No cubierto
Servicios hospitalarios con internación	No cubierto
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No cubierto
Visita al especialista	No cubierto
Servicios de salud mental/conductual y trastornos por abuso de sustancias	No cubierto
Imágenes avanzadas (TC, PET, RM)	No cubierto
Tarifa de centro ambulatorio	No cubierto
Cirugía ambulatoria	No cubierto
Servicios médicos y quirúrgicos	No cubierto
Beneficio de vida y AD&D	No cubierto

Beneficios preventivos y de bienestar

Los beneficios de MEC cubren el 100% del costo de determinados servicios de salud preventivos cuando los presta un médico o proveedor de la red de su plan.

Visite [healthcare.gov/center/regulations/prevention.html](https://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html) para consultar la lista más actualizada de servicios cubiertos.

Algo a tener en cuenta

Pluckers ofrece cobertura médica HMO por \$0 al mes; puede consultar los detalles en la página anterior.

El plan HMO ofrecerá la misma "cobertura mínima esencial" que se proporciona en el plan MEC... ¡además de mucho más, incluida la cobertura para enfermedades catastróficas y raras, así como la hospitalización!

Tarifas médicas mensuales

Solo empleado	\$16.58
Empleado + Cónyuge	\$51.44
Empleado + Hijo(s)	\$107.50
Familia	\$142.34

MÉDICO COMPLEMENTARIO

Tal y como su nombre indica, los planes médicos complementarios pueden ayudarles a pagar los gastos en los que puedan incurrir tras una lesión accidental, una enfermedad o una hospitalización. Estos planes son 100% voluntarios.

Seguro de accidentes

El seguro de accidentes a través de BlueCross BlueShield of Texas paga una suma global si usted sufre una lesión a causa de un accidente. Le permite reclamar beneficios incluso si las lesiones que sufre no le impiden trabajar. El seguro de accidentes también puede complementar el seguro médico si un accidente le ocasiona gastos médicos que su seguro médico no cubre.

El seguro de accidentes cubre las lesiones que cumplan los requisitos, entre las que pueden figurar fracturas de extremidades, pérdida de una extremidad, quemaduras, laceraciones o parálisis. En caso de fallecimiento por accidente, el seguro de accidentes abona una indemnización a su beneficiario designado. Mientras que las compañías de seguros médicos pagan a su proveedor o centro, el seguro de accidentes le paga directamente a usted.

Cómo funciona el seguro de accidentes

Las pólizas de seguro de accidentes pueden proporcionarle una suma global que se le pagará directamente y que le ayudará a sufragar una amplia gama de situaciones, incluyendo la atención inicial, la cirugía, el transporte y el alojamiento, y la atención de seguimiento. Así es como funciona:

- Se paga un monto fijo según la lesión que sufra y el tratamiento que reciba.
- Los beneficios se le pagarán directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y puede usarlos como considere conveniente.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes que reúnan los requisitos.
- No es necesario que responda a preguntas médicas ni se someta a un examen físico para obtener la cobertura básica.
- El seguro de accidentes cubre las lesiones que se producen en el trabajo o fuera de él, a diferencia de la indemnización por accidente laboral, que solo cubre las lesiones sufridas en el trabajo.
- Los pagos del beneficio no se reducen por ningún otro seguro que pueda tener con otras compañías.

Tarifas mensuales de accidentes

Solo empleado	\$13.12
Empleado + Cónyuge	\$21.68
Empleado + Hijo(s)	\$25.40
Familia	\$39.80

Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria a través de BlueCross BlueShield of Texas es un plan diseñado para pagar los costos del ingreso hospitalario que otros seguros podrían no cubrir.

Cómo funciona el seguro de indemnización hospitalaria

Si ingresa en el hospital por una lesión o una enfermedad, su plan de indemnización hospitalaria le abonará pagos en efectivo.

Cubre los costos no cubiertos por su seguro médico, los deducibles, los copagos y el coseguro del seguro médico, los costos de cuidado infantil mientras usted está hospitalizado o los costos de manutención durante su recuperación.

Tarifas mensuales de indemnización hospitalaria

Solo empleado	\$17.40
Empleado + Cónyuge	\$40.56
Empleado + Hijo(s)	\$30.48
Familia	\$55.96

Cómo presentar una reclamación: Los beneficios complementarios no se pagan automáticamente. Después de recibir atención por un accidente cubierto o una hospitalización, deberá pagar primero cualquier costo de su propio bolsillo a través de su plan médico. Para recibir su beneficio complementario, debe presentar una reclamación enviando un formulario de reclamación y la documentación justificativa. Una vez aprobada, el beneficio se le abonará directamente a usted.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D

El seguro de vida paga una indemnización única a sus beneficiarios para ayudarles a sufragar los gastos en caso de fallecimiento.

El seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) paga un beneficio si usted fallece o sufre ciertas lesiones graves como resultado de un accidente cubierto. En el caso de una lesión accidental cubierta (p. ej., pérdida de la vista, pérdida de una extremidad), el beneficio que recibirá es un porcentaje de la cobertura total de AD&D que haya elegido en función de la gravedad de la lesión accidental. El seguro voluntario de vida y AD&D para usted y sus dependientes puede ayudar a proteger a su familia en momentos difíciles.

Seguro de vida y AD&D

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Nivel de cobertura	Monto de cobertura	Emisión garantizada	Evidencia de asegurabilidad/ Prueba de buena salud
Solo Empleado	Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000	\$200,000 Puede aumentar en \$10,000 cada año sin necesidad de proporcionar evidencia de asegurabilidad (EOI)	Nuevos beneficiarios: Inscríbase hasta el GI sin necesidad de una evaluación de elegibilidad
Cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000, sin superar el 50% de la cobertura del empleado.	\$25,000	Nuevos beneficiarios: Inscríbase hasta el GI sin necesidad de una evaluación de elegibilidad
Hijo(s) hasta los 26 años	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$10,000 \$100 por hijos desde el nacimiento hasta los seis meses	\$10,000	Ninguna

Seguro voluntario de vida y AD&D Tarifas mensuales

Inscribirse pronto le permite fijar tarifas iniciales más bajas y puede ayudarle a evitar costos más elevados o requisitos de aprobación médica en el futuro.

Edad	Tarifas mensuales por cada \$1,000
Menores de 25 años	\$0.06
25-29	\$0.08
30-34	\$0.10
35-39	\$0.12
40-44	\$0.12
45-49	\$0.18
50-54	\$0.28
55-59	\$0.52
60-64	\$0.78
65-69	\$1.50
70-74	\$2.44
75+	\$2.44
Tarifa para hijos	Vida: \$0.20 AD&D: \$0.04
Tarifa de AD&D para empleado y cónyuge	\$0.04 por cada \$1,000

Emisión garantizada y evidencia de asegurabilidad

Los empleados y cónyuges que eligen la cobertura de seguro voluntario de vida y AD&D cuando son elegibles por primera vez pueden elegir hasta el monto de emisión garantizada (GI) sin evidencia de asegurabilidad (EOI). Si no elige la cobertura cuando sea elegible por primera vez, no podrá inscribirse más adelante por el monto de emisión garantizada. Si el monto solicitado supera la emisión garantizada, deberá proporcionar evidencia de asegurabilidad antes de que el monto que exceda la emisión garantizada entre en vigor, y deberá someterse al proceso de evaluación médica.

BENEFICIOS ADICIONALES

Programa de descuentos Working Advantage

Estamos aquí para apoyar su bienestar personal y financiero a través de ofertas exclusivas y promociones por tiempo limitado en productos, servicios y experiencias que necesita y le encantan.

Visite pluckers.savings.workingadvantage.com para empezar.

Descuento de Skechers

Las ventajas del Programa Corporativo de Calzado de Skechers:

- 30% de descuento en calzado de trabajo antideslizante de Skechers
- Envío y devoluciones gratuitos
- Más de 500 tiendas Skechers
- Días trimestrales para amigos y familiares

Compre en línea en skechers.com/direct/pluckers. No se necesitan códigos promocionales. ¡Simplemente compre y ahorre! Muestre este folleto cuando compre en nuestras tiendas Skechers de todo el país o mencione el código de tienda G9P.

Programa de bienestar - Well onTarget

Queremos que los empleados se impliquen en sus trabajos y comunidades, y que alcancen su máximo nivel de bienestar.

Nuestro programa de bienestar, ofrecido a través de BlueCross BlueShield of Texas, está diseñado para:

- Proporcionar educación, recursos y apoyo para un estilo de vida saludable
- Ayudarle a llevar una vida más saludable
- Gestionar los costes sanitarios de la organización
- Ayudarle a ahorrar en gastos médicos

Puede completar su examen de detección biométrico y actividades de bienestar adicionales para recibir incentivos económicos.



Cómo acceder al portal

Utilice su cuenta Blue Access for Members (BAM):

- Inicie sesión en BAM en www.bcbstx.com/member. Si es la primera vez que inicia sesión, deberá registrar su cuenta. Haga clic en "Create an Account" (Crear una cuenta) en la pantalla de inicio de sesión.
- Una vez que esté en BAM, haga clic en la pestaña "My Health" (Mi salud) y, a continuación, en "Wellness" (Bienestar). Haga clic en "Visit Well onTarget" (Visitar Well onTarget) y se le redirigirá al portal de Well onTarget.

Si tiene alguna pregunta sobre Well onTarget, llame al Servicio de Atención al Cliente al 877-806-9380.

GLOSARIO

Monto permitido

Monto máximo sobre el cual se basa el pago por servicios de atención médica cubiertos. Esto puede denominarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”. Si su proveedor le cobra más del monto permitido, es posible que tenga que pagar la diferencia (consulte Facturación de saldo).

Beneficio máximo anual

Un límite máximo de los beneficios que su compañía de seguros pagará por año mientras esté inscrito en un plan de beneficios concreto. Una vez alcanzado el límite anual, usted deberá pagar todos los costos médicos asociados durante el resto del año.

Facturación del saldo

Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor que factura el saldo se conoce normalmente como proveedor fuera de la red. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

Coseguro

El porcentaje del costo de un servicio de atención médica cubierto que usted paga (por ejemplo, el 20%) después de haber pagado su deducible.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto después de haber pagado su deducible. Los copagos pueden variar para diferentes servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, pruebas de laboratorio y visitas a especialistas.

Deducible

La cantidad que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Con un deducible de \$2,000, por ejemplo, usted paga los primeros \$2,000 de los servicios cubiertos. Después de pagar su deducible, por lo general solo paga un copago o coseguro por los servicios cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

Monto de emisión garantizada

El monto de cobertura que se le puede aprobar automáticamente. Si solicita una cobertura superior al monto de emisión garantizada, deberá completar un formulario de evidencia de asegurabilidad y obtener la aprobación de su monto de cobertura. Por lo general, solo está disponible en su primera oportunidad de inscripción.

Dentro de la red

Proveedores que tienen contrato con su aseguradora. El costo de los coseguros y copagos dentro de la red suele ser menor que el de los proveedores fuera de la red.

Fuera de la red

Proveedores que no tienen contrato con su aseguradora. El costo de los coseguros y copagos fuera de la red suele ser mayor que el costo de los coseguros dentro de la red. Además, usted puede ser responsable de cualquier monto que exceda el monto permitido (consulte facturación del saldo).

Máximo de gastos de bolsillo

El máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar este monto en deducibles, copagos y coseguros, su plan paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos. El límite de gastos de bolsillo no incluye sus primas mensuales. Tampoco incluye nada de lo que pueda gastar en servicios que su plan no cubre.

Formulario de medicamentos recetados

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados. También se denomina lista de medicamentos.

Autorización previa

Autorización de un plan de salud que puede ser necesaria antes de recibir un servicio o surtir una receta para que el servicio o la receta estén cubiertos por su plan.

Atención preventiva

Atención médica rutinaria que incluye exámenes de detección, revisiones médicas y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

CONTACTOS IMPORTANTES

Cobertura	Contacto	Teléfono	Sitio web
Seguro médico	BlueCross BlueShield of Texas	888-697-0683	www.bcbstx.com
Plan MEC	Key Benefit Administrators	888-342-7427	www.keyopenaccess.com
Seguro odontológico	BlueCross BlueShield of Texas	877-442-4207	www.bcbstx.com
Seguro oftalmológico	BlueCross BlueShield of Texas	855-556-8796	www.eyemed.com
Médico complementario	BlueCross BlueShield of Texas	877-442-4207	www.bcbstx.com
Seguro voluntario de vida y AD&D	BlueCross BlueShield of Texas	877-442-4207	ancillary.bcbstx.com
Programa de descuentos	Working Advantage	800-565-3712	customerservice@workingadvantage.com https://pluckers.savings.workingadvantage.com
Descuento de Skechers	Skechers	855-759-7463	info@skechersdirect.com
Programa de bienestar	BlueCross BlueShield of Texas	877-806-9380	www.bcbstx.com/member
El equipo de beneficios	Pluckers	512-236-9110	benefits@pluckers.net
Centro de llamadas de SMBO	SMBO	888-598-2040	
Centro de asistencia para miembros	Marsh McLennan Agency	855-550-9885 PIN 2158	pluckers@marshmma.com



Esta guía tiene como objetivo describir los requisitos de elegibilidad, los procedimientos de inscripción y las fechas de vigencia de la cobertura para los beneficios que ofrece la compañía. No es un documento de plan legal y no implica una garantía de empleo ni una continuación de beneficios. Si bien esta guía es una herramienta para responder a la mayoría de sus preguntas, los detalles completos de los planes se encuentran en las Descripciones Resumidas del Plan (SPD), que rigen el funcionamiento de cada plan. Siempre que sea necesaria una interpretación de un beneficio del plan, se utilizarán los documentos reales del plan.