



WILKS BROTHERS

Medico & Recetas

Tiene dos opciones de planes médicos a través de BlueCross BlueShield of Texas: un plan Premier con opción HSA y un plan Choice PPO. Ambos utilizan los proveedores dentro de la red de Blue Choice PPO y ofrecen beneficios fuera de la red. En ambos planes, los servicios preventivos de rutina están cubiertos al 100 % sin copago cuando se utiliza un proveedor dentro de la red. La siguiente tabla enumera los beneficios dentro de la red.

Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios médicos, consulte la Descripción resumida del plan en www.wilksbenefits.com. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite www.bcbstx.com.

MDLive – Llame 888-680-8646 / visite www.mdlive.com/bcbstx

BENEFICIOS DE EMPLEADO 2026

Credito de Bienestar

Ahorre \$50 por mes (\$23.08 cada dos semanas) cuando se haya realizado un examen preventivo o de bienestar en los últimos 12 meses. Si usted y su cónyuge están inscritos en un programa médico, ambos deben completar un examen para recibir el crédito.

IMPORTANTE: Si su cónyuge está empleado y tiene un seguro de salud disponible a través de su empleador, no puede inscribirse en su plan de salud grupal.

ASPECTOS DEL PLAN MEDICO	PLAN PREMIER (Opción HSA)	PLAN DE OPCIÓN PPO
	Beneficios dentro de la red	Beneficios dentro de la red
Deductible por año civil: el deducible anual se restablece el 1 de enero		
Individual / Familiar	\$6,450 / \$12,900	\$2,000 / \$6,000
Coseguro	N/A	20%
Máximo de gastos de bolsillo por año civil - Máximo de gastos de bolsillo anual se restablece el 1 de enero		
Individual / Familiar	\$6,450 / \$12,900	\$6,450 / \$12,900
Visita al consultorio del médico		
Atención Primaria / Especializada	0% después del deducible	copago de \$30 / copago de \$30
Atención preventiva (1x año calendario)	Sin cargo/Cubierto al 100 %	Sin cargo/Cubierto al 100 %
Servicios de Diagnóstico		
Rayos-X y pruebas de laboratorio (ambulatorias)	0% después del deducible	0% (podría aplicarse un copago en el consultorio)
Radiología compleja	0% después del deducible	20% después del deducible
Centro de atención de urgencia	0% después del deducible	copago de \$50
Cargos de las instalaciones de la sala de emergencias	0% después del deducible	20 % de coseguro después de un copago de \$600
Hospitalización/servicio ambulatorio	0% después del deducible	20% después del deducible
COBERTURA DE RECETAS (Rx)	Beneficios dentro de la red	Beneficios dentro de la red
Red selecta tradicional		
Farmacia minorista (suministro para 30 días)		
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3	0% después del deducible	Copago de \$5 / \$70 / \$95
Nivel 4*	0% después del deducible	20% de coseguro
Farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días) – Express Scripts		
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3	\$0 después del deducible	Copago de \$30 / \$210 / \$285
Nivel 4*	Descubierto	Descubierto

*Los medicamentos especializados deben obtenerse del proveedor de farmacias especializadas dentro de la red, Accredo. Venta minorista especializada limitada a un suministro de 30 días. El pedido por correo no está cubierto.

TARIFAS DEL PLAN MÉDICO	Plan Premier	Plan de opción
	Quincenal	Quincenal
Empleado	\$44.57	\$93.58
Empleado y cónyuge	\$221.53	\$355.37
Empleado e hijo(s)	\$179.90	\$291.07
Familia	\$294.72	\$505.33

Productos Voluntarios

La compañía ofrece seguro voluntario contra accidentes, enfermedades críticas y hospital a través de Lincoln Financial, que puede brindar beneficios además de sus planes médicos de BCBSTX.

Estos productos voluntarios en el lugar de trabajo le pagarán directamente un monto de beneficio por los servicios cubiertos y/o el diagnóstico, para gastar como usted elija. Podrá agregar cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

**Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. La póliza o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquier beneficio pagadero.*

Accidente voluntario

El plan de accidentes le paga un beneficio de suma global directamente después de una lesión cubierta (fracturas, dislocaciones, etc.) para gastos como hospitalización, tratamiento de emergencia y más.

Además, hay un beneficio de bienestar anual único de \$50 por cada persona cubierta que recibe servicios preventivos y de bienestar durante el año del plan.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Nivel de cobertura	Tarifas quincenales
Empleado	\$8.10
Empleado + Cónyuge	\$16.74
Empleador + Hijos	\$11.82
Familia	\$20.20

Indemnización hospitalaria voluntario

La Indemnización hospitalaria cubre una variedad de beneficios que incluyen la admisión y el internamiento en el hospital, así como el ingreso y la internación en la UCI. La suma global puede ayudar con los gastos de bolsillo, como deducibles, copagos y servicios no cubiertos.

Enfermedad crítica voluntario*

El Seguro de Enfermedad Crítica está diseñado para proteger sus ingresos y bienes personales cuando sus gastos de bolsillo aumentan como resultado de una enfermedad. Como un ataque al corazón, un derrame cerebral, cáncer, insuficiencia orgánica importante u otras afecciones médicas graves.

Lincoln Financial

(800) 423-2765

www.lincolnfinancial.com

Nota: A diferencia de Accidente e Indemnización hospitalaria, que tienen tarifas escalonadas. El costo de las Enfermedades Críticas se basará en su rango de edad y el monto de cobertura que elija. Vea la tabla de abajo.

ACCIDENTE

Nivel de cobertura	Tarifas quincenales
Empleado	\$3.63
Empleado + Cónyuge	\$6.58
Empleador + Hijos	\$9.91
Familia	\$12.86

ENFERMEDAD CRÍTICA Tarifas quincenales

Edad del empleado (La tasa de cónyuge se basa en la edad del empleado)	Empleado* Tasa quincenal por \$1,000 de cobertura Cantidades de cobertura: \$5,000 a \$50,000	Cónyuge Tarifa quincenal por cada \$1,000 de cobertura Cantidades de cobertura: \$5,000 a \$50,000
0-24	\$0.134	\$0.134
25-29	\$0.212	\$0.212
30-34	\$0.277	\$0.277
35-39	\$0.406	\$0.406
40-44	\$0.628	\$0.628
45-49	\$1.002	\$1.002
50-54	\$1.431	\$1.431
55-59	\$2.072	\$2.072
60-64	\$2.940	\$2.940
65-69	\$4.117	\$4.117
70+	\$5.114	\$5.114

*Niños: elegibles para el 50% del monto de la cobertura del empleado sin costo adicional.

Dental Voluntario

Los planes dentales disponibles a través de BlueCross BlueShield of Texas. Ambas opciones de planes ofrecen beneficios dentro y fuera de la red. Se recomienda enfáticamente que analice la facturación con su proveedor antes de recibir los servicios.

Esto le dará la tranquilidad de saber cuál será su parte estimada de la factura.

Encuentre un proveedor dentro la red:

Llame (800) 521-2227
www.bcbstx.com

Vision Voluntario

Nuestro plan de la vista es administrado por Reliance Standard, utilizando la red VSP. Cuando se inscriba en este plan, recibirá acceso a la atención de excelentes oculistas, anteojos de calidad y la asequibilidad que merece, todo al costo más bajo.

Encuentre un proveedor dentro la red:

Llame (800) 497-7044
reliancestandard.com/dental-vision

TARIFAS DENTALES	Plan Bajo (\$1,500)	Plan Alto (\$2,000)
Nivel de cobertura	Quincenal	Quincenal
Empleado	\$15.69	\$19.37
Empleado y cónyuge	\$31.25	\$38.58
Empleado e hijo(s)	\$33.65	\$41.54
Familia	\$52.54	\$64.86

ASPECTOS DEL PLAN DENTAL		Plan Bajo (\$1,500)	Plan Alto (\$2,000)
Cobertura de Beneficios		Beneficios dentro de la red	Beneficios dentro de la red
Deductible por año civil: el deducible anual se restablece el 1 de enero			
Individuo Familia		\$50 / \$150	\$50 / \$150
¿Se exime de la atención preventiva?		Sí	Sí
Máximo anual por año civil: el máximo anual se restablece el 1 de enero			
Por persona		\$1,500	\$2,000
Preventivo		0% tras deducible	0% tras deducible
Básico		20% tras deducible	20% tras deducible
Importante		50% tras deducible	50% tras deducible
Ortodoncia - Hijo(s) dependiente(s) menor(es) de 19 años			
Porcentaje de beneficio		50%	50%
Máximo de por vida		\$1,500	\$1,500
NOTA * El reembolso para proveedores fuera de la red en ambos planes BlueCross BlueShield se basa en la asignación habitual y habitual. Es posible que se le facture un saldo por encima de los montos de reembolso negociados.			

ASPECTOS DEL PLAN DE VISTA		Plan de la vista (una vez cada 12 meses)	
Cobertura de beneficios		Beneficios dentro de la red	Asignaciones fuera de la red
Exámenes de rutina (anuales)		copago de \$10	Hasta \$45
Lentes de plástico estándar			
Visión única		copago de \$25	hasta \$30
Bifocales / Trifocales		copago de \$25 / copago de \$25	Hasta \$50 / Hasta \$65
Materiales			
marcos		Asignación de \$ 180	Hasta \$70
Contactos Médicamente Necesarios		Cubierto en su totalidad	Hasta \$210
Contactos electivos		Asignación minorista de \$ 180	Hasta \$145

TARIFAS DE VISTA	Plan de la vista
Nivel de cobertura	Quincenal
Empleado	\$3.78
Empleado y cónyuge	\$7.15
Empleado e hijo(s)	\$7.66
Familia	\$12.25

Los cuadros anteriores son un breve resumen de los planes. Consulte la descripción del plan para obtener detalles completos del plan.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Comuníquese con su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) para obtener asesoramiento a corto plazo, asesoramiento financiero, referencias para el cuidado y una amplia gama de beneficios de bienestar para reducir el estrés, mejorar la salud mental y hacer la vida más fácil.

Los beneficios incluyen hasta 3 sesiones de salud mental confidenciales y GRATUITAS para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y la depresión, resolver conflictos, mejorar las relaciones, superar el abuso de sustancias y abordar problemas personales, con opciones de sesiones de asesoramiento en

persona, por teléfono o por video.

Estos servicios son de uso gratuito, confidencial y disponible para usted y los miembros de su familia:

- Coaching de vida
- Consulta Financiera
- Consulta legal
- Gestión de la vida
- Asistente personal
- Abogacía médica

EAP
DISPONIBLE 24/7

Visite
www.guidanceresources.com
 Nombre de usuario:
 LFGSupport
 Contraseña: LFGSupport1
 o llame 888-628-4824

Vida y AD&D

La compañía proporciona a los empleados elegibles **Basic Life y AD&D sin costo alguno**. La cobertura es igual al doble de sus ganancias anuales, hasta \$300,000 tanto para vida como para AD&D. La inscripción es automática, **no se requiere ninguna acción**.

También puede elegir la cobertura **voluntaria de Vida y AD&D** a tarifas grupales asequibles para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

Edad de Empleado*	TARIFA DE VIDA PARA EMPLEADO	TARIFA DE VIDA PARA CÓNYUGE
Menor de 24	\$0.277	\$0.143
25-29	\$0.369	\$0.164
30-34	\$0.554	\$0.205
35-39	\$0.877	\$0.300
40-44	\$1.200	\$0.429
45-49	\$1.477	\$0.672
50-54	\$2.446	\$1.048
55-59	\$4.246	\$1.608
60-64	\$6.508	\$2.748
65-69	\$10.985	\$4.694

Discapacidad

El seguro de discapacidad a través de Lincoln Financials está diseñado para reemplazar una parte de sus ganancias en caso de una discapacidad cubierta. Para obtener más detalles del plan, llame al (800) 423-2765 o visite www.lincolnfinancial.com.

Discapacidad a Corto Plazo Voluntario

Los empleados elegibles tienen la opción de inscribirse en el plan de discapacidad a corto plazo (STD). STD proporciona el 60% de su salario base, hasta un máximo de \$2,000 de beneficio por **semana**. Hay un período de espera de 7 días antes de que la discapacidad a corto plazo entre en vigencia.

Discapacidad a Largo Plazo Pagada por Empresa

La Compañía proporciona a los empleados elegibles cobertura de Discapacidad a Largo Plazo (LTD) sin costo alguno. El monto del beneficio es igual al 60% de los ingresos mensuales básicos previos a la discapacidad hasta un máximo de \$10,000 por **mes**. Los beneficios se pagan 90 días calendario después de la fecha de la discapacidad. Recibe esta cobertura automáticamente, no es necesario inscribirse.

JUBILACIÓN 401(k)

Como empleado, tiene la oportunidad de aprovechar el plan de jubilación 401(k) de la empresa. Puede reservar fondos antes de impuestos o después de impuestos (Roth), o ambos. Tú eliges cuánto te gustaría contribuir, hasta el límite anual del IRS.

¿Cuándo puedo empezar? Usted es elegible para comenzar a participar el trimestre siguiente a los 3 meses de empleo. La edad mínima requerida es de 18 años. Aproximadamente 30 días antes de la fecha de elegibilidad, recibirá un recordatorio

VIDA VOLUNTARIA Y AD&D	
EMPLEADO	Hasta 5 veces sus ganancias anuales o \$500,000, lo que sea menor.
CÓNYUGE	Hasta el 100% del monto de elección del empleado.
NIÑO	\$2,000 a \$10,000

TASA DE AD&D PARA EMPLEADOS	
Cobertura AD&D	\$0.115

TASA DE AD&D DEL CÓNYUGE	
Cobertura AD&D	\$0.060

TARIFA DE VIDA INFANTIL / AD&D	
Tarifa quincenal por \$2,000 de cobertura	
Cobertura de Vida	\$0.185
Cobertura AD&D	\$0.015

Los cuadros anteriores son un breve resumen de los planes. Consulte la descripción del plan para obtener detalles completos del plan.

EJEMPLO DE CÁLCULO PARA COSTO

A continuación se muestra un ejemplo del costo quincenal de un empleado que gana \$500 por semana en salario base.

Beneficio Semanal = 60% del Sueldo Base
.6 x \$500 = \$300
Costo Mensual por Beneficio Semanal:
\$0.61 por cada \$10 de Beneficio Semanal
\$300 / 10 x \$0.61 = \$18.30
Costo quincenal
\$18.30 x 12 / 26 = \$8.45

por correo electrónico o por correo postal a su domicilio.

Igualación de la empresa Usted es elegible para la igualación de la empresa después de completar un año de servicio. La empresa iguala el 100 % de sus contribuciones con impuestos diferidos, hasta el 4 % de su compensación en cada período de pago.

Programa de asignación de derechos

igualados por el empleador

1 año de servicio	0%
2 años de servicio	33%
3 años de servicio	66%
4 años de servicio	100%