



BENEFICIOS PARA EMPLEADOS EMPLEADOS POR HORA 2025

PLANES DE BENEFICIOS CON VIGOR DEL 1 DE ENERO, 2025 AL 31 DE DICIEMBRE, 2025



CONSTRUCTION

▶ JUNTOS CONSTRUIAMOS EL ÉXITO



Sus beneficios de salud y bienestar son una parte integral del paquete de compensación general que PCL Construction (PCL) le brinda.

A lo largo de esta guía, encontrará información importante sobre los beneficios disponibles para el año del plan 2025. Tómese el tiempo para revisar sus opciones y determinar cuáles planes son los mejores para usted y su familia.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA EL EMPLEADO	3	SEGURO DE LA VISTA VOLUNTARIO	11
PLAN DE SEGURO MÉDICO	5	CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES	12
COMPARACIÓN DE LOS PLANES DE SEGURO MÉDICO	7	APOYO AL BIENESTAR	13
DÓNDE IR PARA OBTENER ATENCIÓN	8	SEGURO DE VIDA Y AD&D BÁSICO	14
RECURSOS DEL PLAN MÉDICO	9	PLAN DE AHORROS 401(K)	15
SEGURO DENTAL	10	INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE	CONTRAPORTADA

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA EL EMPLEADO

PCL se compromete a apoyarlo a usted y a su familia.

Desde beneficios médicos para ayudarlo a administrar su salud y un plan de ahorros 401(k) para ayudarlo a ahorrar para el futuro, hasta el programa de asistencia para empleados, que le ayudará a atravesar desafíos, estamos aquí para ayudarlo.

ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS

Los empleados por hora que laboran 30 horas o más a la semana son elegibles para estos beneficios comenzando el primer día del mes después de dos meses de empleo. Si lo vuelven a contratar en un plazo de 90 días posteriores a su fecha de separación, a su regreso, se eximirá el periodo de espera de elegibilidad y se restablecerán los beneficios, según lo elegido (o renunciado) previamente.

Los planes ofrecen cobertura para los siguientes dependientes elegibles:

Su cónyuge legal/pareja doméstica

Sus hijos hasta los 26 años, independientemente de su estado de estudiante, marital o dependiente de impuestos, incluido un hijastro, un hijo adoptado legalmente, un hijo colocado con usted para adopción, un hijo bajo tutela temporal o un hijo del cual usted sea el tutor legal

Sus hijos dependientes de cualquier edad que no puedan cuidarse física o mentalmente por sí mismos

Se requerirá un comprobante de elegibilidad para sus dependientes en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de elegibilidad de sus beneficios.

Los ejemplos de formas aceptables de documentación incluyen una copia de órdenes judiciales, actas de nacimiento y actas de matrimonio. Los dependientes no serán agregados a la cobertura hasta que se reciba la documentación.

INSCRIPCIÓN

Inscríbese a los beneficios o cambie las elecciones de sus beneficios en los siguientes periodos:

En un plazo de 31 días de su fecha de elegibilidad inicial como empleado recién contratado

Durante el período anual de inscripción abierta para los beneficios

Dentro de los primeros 31 días después de tener el evento de vida que califica

CAMBIOS DE BENEFICIOS A MITAD DE AÑO

Cuando haya elegido sus beneficios para el año del plan, no podrá realizar cambios hasta el próximo período anual de inscripción abierta. La única excepción es si experimenta un evento de vida que califica.

Los eventos de vida que califican incluyen (sin limitarse a):

Matrimonio o divorcio

Nacimiento o adopción de un hijo/a

Muerte de su cónyuge o hijo/a cubierto

Un cambio en el estado de empleo de su cónyuge que afecte sus beneficios

Un cambio en la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios

Orden de Manutención de Menor Médica Calificada

Los cambios en las elecciones deben ser consistentes con su evento de vida y se requerirá que presente comprobante del evento de vida.

Para solicitar un cambio en sus beneficios, deberá notificar a Recursos Humanos dentro de los 31 días del evento de vida que califica.

Las solicitudes de cambios enviadas después de 31 días no podrán ser aceptadas.

PARA NUEVAS CONTRATACIONES EN 2025:

Recursos Humanos le proporcionará el formulario de inscripción de su distrito.

Asegúrese de inscribirse dentro de los 31 días posteriores a la fecha de elegibilidad de sus beneficios.



BENEFICIOS 101

A continuación, hay cuatro términos clave para ayudarle a comprender mejor su cobertura.

DEDUCIBLE ANUAL

Su deducible anual es el monto que pagará de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar una parte de los servicios. Ambos planes médicos tienen un deducible incorporado, lo que significa que cada familiar debe alcanzar el deducible individual antes de que el plan comience a pagar su parte del plan para esa persona. Una vez que dos o más familiares alcanzan el límite familiar, el plan comienza a pagar su parte del plan para todos los familiares cubiertos.

COASEGURO

Una vez que alcance su deducible anual, el Plan 1 comenzará a pagar una parte del costo de los servicios (80% para los servicios en la red). El coaseguro es su porción del costo (20% para servicios en la red). El Plan 2 también usa coaseguro para algunos servicios, exigiéndole que usted pague el 30% del costo por la atención en la red y el plan paga el 70%.

COPAGO

El copago es la cantidad fija que un miembro debe pagar de su bolsillo por un servicio de atención médica específico o un medicamento con receta médica que está cubierto por el plan. Por lo general, el deducible no se aplica a servicios en los que se debe realizar un copago. Los copagos no se aplican hacia el deducible anual, pero sí al gasto máximo de bolsillo anual.

MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DEL BOLSILLO

Esto es el monto máximo que tendrá que pagar en el año del plan para los servicios cubiertos. Lo protege de gastos mayores. El plan médico PPO tiene un máximo de gastos del bolsillo integrado, lo que significa que cada familiar debe alcanzar el máximo de gastos del bolsillo individual antes de que el plan comience a pagar el 100% de todos los gastos cubiertos restantes por el resto del año del plan. Una vez que dos o más familiares alcanzan el límite familiar, el plan comienza a pagar el 100% para todos los familiares cubiertos.



PLAN DE SEGURO MÉDICO

PCL ofrece una selección de dos planes de seguro médico a través de Anthem: Plan 1 y Plan 2.

Ambos planes cubren los mismos servicios, utilizan la misma red de proveedores de Anthem BlueCard PPO y brindan cobertura de medicamentos con receta médica. Sin embargo, solo el Plan 1 cubre a proveedores fuera de la red.

COMPARE SUS OPCIONES

¿Qué plan médico debería elegir?

Depende de sus preferencias personales y sus necesidades de atención médica. Hay algunas cosas en las que debe pensar mientras decide.

¿Cómo quiero pagar la cobertura?

¿Preferiría pagar menos a través de las contribuciones en el cheque de pago o menos cuando necesita atención médica? Esto ayuda a determinar si el Plan 1 o el Plan 2 son adecuados para usted y su vida. El plan 1 descuenta más de su cheque de pago cada mes, mientras que el plan 2 requiere que pague más cuando necesita atención.

¿Se siente cómodo recibiendo toda su atención de los proveedores en la red?

El plan 2 requiere que use solo proveedores de la red (Anthem BlueCard PPO) para la atención. Eso significa que, si consulta a un médico fuera de la red o utiliza un centro fuera de la red, pagará el 100% del costo. El plan 1 le permite utilizar proveedores fuera de la red, pero pagará más que acudir a un proveedor dentro de la red.

En los últimos dos años, ¿ha llegado a pagar su gasto del bolsillo máximo anual?

El gasto del bolsillo anual es una consideración importante si ha tenido reclamos de atención médica extensos en los últimos dos años o espera reclamos elevados en el futuro. PCL paga el 100% de los gastos de atención médica elegibles después de que alcanza el máximo de gastos del bolsillo personal en un año del plan. El plan 1 tiene un máximo de gastos del bolsillo más bajo que el plan 2.

SEGURO MÉDICO

PCL le ofrece una opción de cobertura para usted y sus dependientes elegibles: Plan 1 o Plan 2.

Puede inscribirse en cualquiera de los planes o puede renunciar a la cobertura, pero explore las similitudes y diferencias entre los planes antes de tomar una decisión.

CONSEJO PRO!

Cuanto más alto sea el deducible, menos pagará en contribuciones de su cheque de pago. Observe con qué frecuencia alcanza su deducible anual y téngalo en cuenta cuando elija un plan.

CONSEJO PRO!

Use la farmacia de pedidos por correo a través de CVS/Caremark para medicamentos de mantenimiento. ¡Le ahorrará tiempo y dinero!

¿CÓMO SON IGUALES LOS PLANES?

Plan 1 y Plan 2

Usa la red de médicos, proveedores y hospitales de Anthem BlueCard PPO

Cubre los mismos servicios; incluye cobertura de medicamentos con receta médica

Ahorre dinero cuando utiliza a un proveedor dentro de la red de Anthem

Incluye atención preventiva, incluidas pruebas de detección e inmunizaciones apropiadas para la edad; 100% cubierto

¿CÓMO SON DIFERENTES LOS PLANES?

Plan 1

Cobertura dentro y fuera de la red

Puede acudir a cualquier médico para obtener servicios cubiertos, pero pagará menos si va a proveedores de la red.

Copagos (proveedores dentro de la red)

\$25: Telesalud

Deducible y coaseguro

Para todos los demás servicios, usted paga el costo de la visita hasta que se alcanza el deducible, luego se aplicará el coaseguro hasta que se alcance el máximo de gastos del bolsillo.

Deducible más bajo (En la red)

Individual: \$250 **Familia:** \$750

Coaseguro más bajo

Usted paga el 20% después de alcanzar su deducible

Máximo de gastos de bolsillo más bajo (En la red)

Individual: \$1,700 **Familia:** \$5,100

Contribuciones de los empleados más altas

Más dinero sale de su cheque de pago para la cobertura del seguro médico

Plan 2

Cobertura solo en la red

Usted es responsable de todos los costos cuando acude a proveedores fuera de la red.

Copagos (proveedores dentro de la red)

\$0 Telesalud **\$25** Atención primaria
\$15 Clínica de atención de minorista **\$50** Atención especializada y de urgencia

Deductible & Coinsurance

Para todos los demás servicios dentro de la red, usted paga el costo de la visita hasta que se alcanza el deducible, luego se aplicará el coaseguro hasta que se alcance el máximo de gastos del bolsillo.

Deducible más alto

Individual: \$1,500 **Familia:** \$4,500

Coaseguro más alto

Usted paga el 30% después de alcanzar su deducible

Máximo de gastos de bolsillo más alto

Individual: \$3,000 **Familia:** \$9,000

Contribuciones del empleado más bajas

Sale menos dinero de su cheque de pago para la cobertura del seguro médico



Medicamentos Con Receta Médica

Si usted se inscribe en una cobertura médica, automáticamente recibirá cobertura de medicamentos con receta médica a través de CVS/Caremark. Es muy importante que use una farmacia dentro de la red de farmacias CVS, la cual incluye muchas marcas minoristas nacionales.

Visite www.caremark.com para encontrar una farmacia de la red que le resulte conveniente.

COMPARACIÓN DEL PLAN MÉDICO

La siguiente tabla resume las características clave de ambos planes médicos. Los montos de los coaseguros enumerados reflejan el monto que usted paga. Por favor refiérase a los documentos oficiales del plan para más información acerca de la cobertura y las exclusiones.

RESUMEN DE BENEFICIOS	PLAN 1		PLAN 2	
	En la red Usted paga:	Fuera de la red ¹ Usted paga:	En la red Usted paga:	Fuera de la red No cubierto
Deducible anual				
Individual	\$250	\$1,000	\$1,500	
Individual + 1	\$500	\$2,000	\$3,000	No cubierto
Familia	\$750	\$2,000	\$4,500	
Máximo anual de gastos del bolsillo				
Individual	\$1,700	\$5,000	\$3,000	
Individual + 1	\$3,400	\$10,000	\$6,000	No cubierto
Familia	\$5,100	\$10,000	\$9,000	
Máximo anual y de por vida	Ilimitado		Ilimitado	
Cuidados preventivos	0%	40% desp. del deducible	0%	No cubierto
Visitas a médicos				
Telesalud (LiveHealth Online)	\$25 de copago	No cubierto	\$0 de copago; Plan pays 100%	
Atención de conveniencia o sin cita previa en clínica de minorista	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	\$15 de copago	No cubierto
Visita al médico de atención primaria	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	\$25 de copago	
Visita con un especialista	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	\$50 de copago	
Servicios de consultorio				
Pruebas de alergias, inyecciones de alergias	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	No cubierto
Terapia física, ocupacional y del habla	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	
Cuidados hospitalarios (cargos de la unidad)				
Hospitalización para pacientes internados ²	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	
Cirugía de paciente ambulatorio	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	No cubierto
Cuidados de urgencia	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	\$50 de copago	
Sala de emergencias	20% desp. del deducible		30% desp. del deducible	
Procedimientos de diagnóstico				
Rayos X y laboratorio	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	No cubierto
RMN, TC, PET, etc.	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	
Quiropráctico (30 visitas/año)				
Manejo de la columna	El plan paga el 100%, hasta un máximo de \$50 por visita		El plan paga el 100%, hasta un máximo de \$50 por visita	No cubierto
Todos los demás servicios	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	
Acupuntura (12 visitas/año)				
Acupuntura	El plan paga el 100%, hasta un máximo de \$100 por visita		El plan paga el 100%, hasta un máximo de \$100 por visita	No cubierto
Todos los demás servicios	20% desp. del deducible	40% desp. del deducible	30% desp. del deducible	
Medicamentos con receta médica al menudeo³ (suministro de 30 días)				
Genéricos	\$15 de copago	No cubierto	\$10 de copago	No cubierto
De marca ⁴	30%, hasta \$50	No cubierto	30%, hasta \$50	
Medicamentos con receta por correo⁴ (suministro de 90 días)				
Genéricos	\$45 de copago	No cubierto	\$30 de copago	No cubierto
De marca ⁴	30%, hasta \$50	No cubierto	30%, hasta \$50	

1) Si sale de la red, el reclamo está sujeto a la facturación del saldo (la diferencia entre el monto facturado y el monto permitido). La facturación del saldo aún se aplica después de que se haya alcanzado el máximo de gastos del bolsillo. 2) Los medicamentos con receta médica están disponibles a través de CVS/Caremark. Visite www.caremark.com para ver las farmacias participantes. Los copagos de los medicamentos con receta médica cuentan para el máximo anual de gastos del bolsillo según el plan médico. 3) Los medicamentos genéricos son obligatorios cuando haya disponibles. **NOTA:** Es posible que se requiera autorización previa para ciertas afecciones complejas, incluyendo diálisis, quimioterapia, cuidados de salud en el hogar, equipo médico duradero e inyectables especiales.

DÓNDE IR PARA OBTENER ATENCIÓN



NURSELINESM 877-950-5083

Hable por teléfono con una enfermera registrada en cualquier momento del día, los siete días de la semana.

Cuándo llamar¹

- Ayuda para elegir el entorno de atención médica adecuado para enfermedades y lesiones
- Información sobre problemas de salud y lesiones comunes

TIEMPO DE ESPERA:
20-30 segundos; llamada respondida, en promedio



TELESALUD anthem.com

Los médicos de telesalud pueden diagnosticar dolencias de rutina, recomendar tratamientos y recetar medicamentos. Puede solicitar una consulta de un médico certificado por la junta en cualquier momento del día, los siete días de la semana, por teléfono o en línea.

Cuándo ir¹

- Problemas de resfriado, gripe o sinusitis
- Bronquitis / infección respiratoria
- Alergias
- Infecciones del tracto urinario
- Hiedra venenosa o conjuntivitis

TIEMPO DE ESPERA:
17 minutos; aprox. para que el doctor responda



CLÍNICA DE MINORISTA / DE CONVENIENCIA

Las clínicas de minorista, a veces llamadas clínicas de atención de conveniencia, están ubicadas en establecimientos de tiendas minoristas, supermercados y farmacias.

Cuándo ir¹

- Infecciones de resfriado, gripe o sinusitis
- Esguinces, quemaduras o erupciones leves
- Vacunas o exámenes de detección
- Alergias, dolores de cabeza o de garganta

TIEMPO DE ESPERA:
15 minutos o menos; aprox.



ATENCIÓN DE CLÍNICA/CONSULTORIO MÉDICO

Ver a su médico es importante.

Su médico conoce su historial médico y cualquier condición de salud en curso.

Cuándo ir¹

- Problemas médicos que no son una amenaza inmediata para su salud o vida
- Servicios preventivos / vacunas

TIEMPO DE ESPERA:
1 semana+; aprox. para una cita



CLÍNICA DE ATENCIÓN DE URGENCIA / CLÍNICA SIN CITA PREVIA

Los centros de atención de urgencia o clínicas sin cita previa suelen estar abiertos por la noche y los fines de semana.

Cuándo ir¹

- Esguinces/torceduras, huesos rotos o cortes menores
- Ataques de asma leves
- Infecciones menores o erupciones
- Dolores de garganta o de oídos

TIEMPO DE ESPERA:
20-30 minutos; aprox.



EMERGENCY ROOM (ER)

Visite la sala de emergencias solo si está gravemente herido. Si no está gravemente enfermo o herido, podría tener que esperar horas y pagar más que en los otros lugares de atención mencionados anteriormente.

Cuándo ir¹

- Esguinces/torceduras, huesos rotos o cortes menores
- Ataques de asma leves
- Infecciones menores o erupciones
- Dolores de garganta o de oídos

TIEMPO DE ESPERA:
3 a 12 horas; aprox. para casos no críticos

¹) Esta es una lista de muestra y no pretende ser exhaustiva.

RECURSOS DEL PLAN MÉDICO

Con su plan Anthem, usted tiene una variedad de herramientas y apoyo personalizado de un Defensor Familiar dedicado a ayudar a que esté involucrado con su salud y conectarse con profesionales de la salud especializados.

Su Defensor Familiar le ayuda a sentirse apoyado y confiado en su atención. Le informará a usted y a su familia sobre los beneficios de su plan de salud y le ayudará a aprovecharlos al máximo. Cuento con su defensor para que le ayude a:

- Encontrar médicos, especialistas y centros de atención de calidad dentro de la red de su plan de salud.
- Mantenerse al tanto de la atención preventiva y conectarlo con recursos para ayudarle a administrar mejor su salud
- Comprender sus beneficios, incluidas las recompensas de bienestar.

EMPIECE AQUÍ - AYUDA 24/7

TELÉFONO	WEB	APP DE SYDNEY HEALTH
844-721-0273	www.anthem.com	Descargue la aplicación en App Store o Google Play.

PROGRAMAS DISPONIBLES A TRAVÉS DE SU PLAN MÉDICO

TELEHEALTH	BUILDING HEALTHY FAMILIES (CONSTRUYENDO FAMILIAS SALUDABLES)	BENEFICIO DE APARATOS AUDITIVOS
<p>Puede utilizar su teléfono inteligente para acceder atención virtual para todas sus necesidades de salud física y conductual, a cualquier hora del día, a través del Centro de Atención Virtual (Virtual Care Center). Este punto de acceso único lo guía en la atención primaria, atención de urgencia, salud conductual, visitas de bienestar, manejo de afecciones y apoyo especializado.</p> <p>Nota: PCL lo invita a contar con un médico de atención primaria, pero la telesalud es una alternativa excelente a la atención de urgencia o la sala de emergencias.</p>	<p>Building Healthy Families se centra en satisfacer las necesidades de las familias, sin importar quiénes componen esa familia. Si va a tener un bebé o planea hacer crecer su familia, el programa hace que sea más fácil encontrar orientación de salud personalizada y a petición.</p>	<p>Aquí en PCL consideramos la protección de la audición como parte de nuestro equipo de protección personal. Sin embargo, los retos de la audición podrían afectar a cualquiera de nosotros o de nuestros familiares. PCL brindará beneficios para aparatos auditivos con un límite máximo de \$5,000 (cada 5 años). Al igual que otros gastos de atención médica, el beneficio de aparatos auditivos involucra cumplir con su deducible y coaseguro.</p>
AYUDA PARA CONDICIONES CRÓNICAS		CUIDADO INCLUSIVO
<p>Las personas que padecen una condición crónica, como colesterol alto, diabetes, dolor lumbar o enfermedad de las arterias coronarias, pueden recibir apoyo de salud física y mental de un equipo de médicos, enfermeras, farmacéuticos y dietistas.</p>		<p>Todos deben poder confiar y sentirse cómodos con sus médicos. Con Inclusive Care, las personas y familias LGBTQ+ están conectadas con apoyo médico y emocional y la mejor atención médica en su clase.</p>

SEGURO DENTAL

PCL ofrece un plan de seguro dental a través de MetLife.

CONSEJO PRO!

Se pueden agrupar beneficios médicos, dentales y de medicamentos con receta médica. El distrito donde reside es lo que determina el monto que usted paga por la cobertura y se deduce de su cheque de pago antes de impuestos. Póngase en contacto con su representante de Recursos Humanos para obtener una lista de las tasas de cobertura por distrito.

El plan ofrece beneficios dentro y fuera de la red, brindándole la libertad de elegir cualquier proveedor. Sin embargo, pagará menos de su bolsillo cuando elija un proveedor en la red PDP Plus de MetLife. Los gastos de proveedores fuera de la red se reembolsan con base en cargos razonables y habituales (R&C). Cualquier cargo superior al monto de los R&C será su responsabilidad.

La siguiente tabla resume las características clave del plan dental. Por favor refiérase a los documentos oficiales del plan para más información acerca de la cobertura y las exclusiones.

Encuentre un proveedor de la red PDP de MetLife en www.metlife.com.

RESUMEN DE BENEFICIOS

PLAN DENTAL METLIFE		
	En la red usted paga	Fuera de la red ¹ usted paga
Deducible anual		
Individual	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150
Beneficio máximo anual	\$1,000	\$1,000
Servicios		
Preventive/Diagnostic ¹	0%	0%
Básico	10% después del deducible	20% después del deducible
Mayor	40% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de ortodoncia	Sin cubierto	

¹ Los servicios preventivos/de diagnóstico no están sujetos al deducible y no cuentan para el beneficio máximo anual.



SEGURO DE LA VISTA VOLUNTARIO

Puede inscribirse en un plan de la vista a través de EyeMed.

CONSEJO PROI

La inscripción en el plan de la vista es independiente de su inscripción médica y dental, lo que significa que puede tener cobertura de la vista incluso si no se inscribió en la cobertura médica/dental.

De igual manera, si se inscribió en la cobertura familiar bajo el plan de servicios médicos/dentales, no está obligado a elegir el mismo nivel de cobertura para el plan de la vista. Por ejemplo, si elige la cobertura familiar bajo el plan médico/dental, puede simplemente elegir la cobertura solo para el empleado bajo el plan de la vista.

El plan ofrece beneficios dentro y fuera de la red, brindándole la libertad de elegir a cualquier proveedor. Sin embargo, pagará menos de su bolsillo cuando elija un proveedor en la red EyeMed Insight. La siguiente tabla resume las características clave del plan de la vista. Por favor consulte los documentos oficiales del plan para más información acerca de la cobertura y las exclusiones.

Encuentre un proveedor de la red EyeMed Insight visitando www.eyemed.com.

RESUMEN DE BENEFICIOS

PLAN DE LA VISTA EYEMED		
	En la red	Fuera de la red ¹
Examen de la vista (una vez al año)	\$10 de copago	Reembolso hasta \$30
Anteojos estándar de plástico (una vez cada 12 meses)		
Unifocales	\$10 de copago	Reembolso hasta \$25
Bifocales	\$10 de copago	Reembolso hasta \$40
Trifocales	\$10 de copago	Reembolso hasta \$60
Armazones para anteojos (una vez cada 24 meses, en vez de lentes de contacto)	\$150 de prestación, 20% de descuento del saldo por arriba de \$150	Reembolso hasta \$75
Lentes de contacto (una vez cada 24 meses, en vez de lentes normales)		
Convencional	\$150 de prestación, 15% de descuento del saldo por arriba de \$150	Reembolso hasta \$120
Desechables	\$150 de prestación, más el saldo por arriba de \$150	Reembolso hasta \$120
Examen de la vista para lentes de contacto (una vez cada 12 meses)		
Lentes de contacto estándar (ajuste y seguimiento ¹)	Hasta \$55 de prestación	N/A
Corrección de la vista por láser		
Lasik o PRK de la red U.S. Laser Network	15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento del precio promocional	

¹) Debe estar programado para realizarse en la misma visita que el examen de la vista estándar para estar cubierto.

PRECIOS SEMANALES DE LA VISTA

PLAN DE LA VISTA EYEMED	
	Costo por semana
NIVEL DE COBERTURA	
Empleado	\$1.35
Empleado(a) + Cónyuge	\$2.57
Empleado + Hijo(s)	\$2.71
Empleado + Familia	\$3.98

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

PCL ofrece dos opciones de cuentas de gastos flexibles (FSA): FSA de Atención Médica y FSA para el Cuidado de Dependientes.

Tanto el Plan 1 como el Plan 2 le permiten pagar los gastos elegibles de atención médica y para el cuidado de dependientes en dólares antes de impuestos. Las FSA son administradas por WEX.

FSA DE ATENCIÓN MÉDICA

La FSA de Atención Médica FSA le permite apartar dinero de su cheque de pago antes de impuestos (antes de la retención de los impuestos sobre la renta) para pagar los gastos de bolsillo elegibles, como deducibles, coaseguros y otros gastos relacionados con la salud no pagados por los planes médicos o dentales. Sin receta médica, los medicamentos de venta libre no son elegibles para su reembolso.

Puede contribuir hasta el máximo del IRS de \$3,200 cada año calendario. (Los límites están sujetos a cambios). Para abrir una cuenta, debe contribuir al menos \$200.

FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

La FSA para el cuidado de dependientes le permite apartar dinero de su cheque de pago antes de impuestos para los gastos de cuidado diurno, para que usted y su cónyuge puedan trabajar o asistir a una escuela de tiempo completo. Los dependientes elegibles son niños menores de 13 años, o un niño mayor de 13 años o un cónyuge que viva en su casa y que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo. Los ejemplos de gastos elegibles incluyen cuidados antes y después de la escuela, gastos de guardería y las tarifas de niñera en el hogar (su proveedor de atención debe informar los ingresos al IRS).

Actualmente, puede contribuir hasta \$5,000 a la FSA para el Cuidado de Dependientes si está casado y presenta una declaración conjunta o si presenta una declaración individual o de cabeza de familia. Si está casado y presenta declaraciones por separado, actualmente cada uno puede elegir \$2,500. El IRS determina estos límites y están sujetos a cambios cada año calendario. Hay una contribución mínima de \$500 para abrir una cuenta.

CONTRIBUCIONES A UNA FSA

Elija cuánto contribuir a cada FSA en un año calendario hasta los montos máximos permitidos. Su elección anual se dividirá entre la cantidad de períodos de pago (52 por año) o entre la cantidad restante de períodos de pago en el año si usted se vuelve elegible a mitad de año. Su elección se deducirá de manera uniforme antes de impuestos de cada cheque de pago durante todo el año.

CÓMO USAR SU FSA

Si elige la FSA de atención médica y/o de cuidado de dependientes, recibirá una tarjeta de débito de WEX, la cual puede usar para pagar los gastos elegibles en el punto de servicio. Si no utiliza su tarjeta de débito, envíe un formulario de reclamo y una factura, un recibo detallado o una explicación de los beneficios (EOB) del proveedor a WEX.

Puede calcular ahorros de impuestos, ver sus gastos elegibles, historial de transacciones, saldo(s) de cuenta y más en www.wexinc.com.

COSAS A CONSIDERAR ANTES DE INSCRIBIRSE EN UNA FSA:

Sus contribuciones a FSA no se transfieren al siguiente año del plan. Sin embargo, hasta el 15 de marzo de 2026 para hacer reclamos bajo la FSA de atención médica. Todos los reclamos incurridos deben presentarse antes del 31 de marzo de 2026.

El dinero en su cuenta FSA para el cuidado de dependientes es de "úselo o piérdalo". Todos los reclamos para el año calendario 2025 deben haber sido incurridos antes del 31 de diciembre de 2025.

No puede usar las deducciones del impuesto sobre la renta para los gastos que paga con su(s) FSA(s).

No puede cambiar y/o detener su(s) contribución(es) de la FSA durante el año calendario a menos que haya experimentado un evento de vida calificado.

En el caso de una separación de su empleo de PCL (porque renuncia a PCL, es despedido, dado de baja, etc.), su último día como empleado activo es el último día en que puede gastar su dinero de la FSA (incurrir en reclamos). Puede presentar reclamos durante 90 días después de la fecha de su separación, pero los reclamos deben haber sido incurridos entre la fecha en que se inscribió en el plan y su último día. La continuación de la cobertura puede ofrecerse para la FSA de atención médica bajo el amparo de COBRA.

APOYO AL BIENESTAR

La vida tiene desafíos y a veces usted necesita una mano de ayuda para atravesarlos.

A partir del 1 de enero de 2024, PCL se asociará con Lyra Health para nuestro programa de asistencia al empleado (EAP). Nuestro EAP brinda servicios que le ayudan a usted y a su familia a manejar los problemas antes de que afecten su vida personal, su salud y/o su desempeño en el trabajo.

Aquí hay cinco cosas clave para recordar sobre el EAP:

1. Todos los empleados y los miembros de su hogar son elegibles para servicios sin costo a través del EAP, independientemente de si participan en otros planes de beneficios de PCL.
2. PCL nunca sabe quién usa el EAP. Este programa es administrado a través de un tercero, Lyra. Su confidencialidad es absoluta cuando usa el EAP.
3. El EAP está disponible para la ansiedad y la depresión, los desafíos en las relaciones, el abuso de sustancias, los problemas familiares y de crianza, el estrés financiero, el manejo de la ira y mucho más.
4. PCL cubre el costo de seis visitas en persona con un terapeuta o consejero del EAP, por lo que usted no paga nada.
5. Visite pcl.lyrahealth.com o llame al 877-876-5624.

FORTALECIMIENTO DE SU SALUD MENTAL

Desde una biblioteca en línea de herramientas de cuidado personal hasta un acceso fácil a asesores y terapeutas de salud mental, Lyra brinda atención para su salud emocional: cómo, cuándo y dónde la necesita. Aprenda a sentirse destrabado, mejorar su comunicación, fortalecer sus relaciones y sentirse más equilibrado con Lyra Health. Visite pcl.lyrahealth.com para registrarse o llame al 877-876-5624 para obtener más información.

SERVICIOS PARA LA VIDA LABORAL A SU ALCANCE

No importa cuáles sean sus objetivos o su etapa de vida, los servicios de vida laboral de Lyra pueden brindarle las herramientas y los recursos que necesita. Con Lyra, usted tendrá acceso a:

- Consultas legales
- Cuidado de niños, personas mayores y mascotas
- Soporte para robo de identidad
- Consultas financieras

Los recursos en línea, así como una consulta de 30 minutos con expertos en la materia, le ayudarán a afrontar los desafíos de la vida.



CONSEJO PROÍ

Los empleados inscritos en cualquiera de los planes médicos de Anthem de PCL son elegibles para sesiones de asesoramiento o terapia adicionales más allá de las seis sesiones gratuitas. Todos los proveedores de la red Lyra están dentro de la red y la atención adicional estará sujeta a deducibles y coaseguros dentro de la red según se define en cada plan.



SEGURO DE VIDA Y AD&D BÁSICO

El seguro de vida y muerte y desmembramiento accidental (AD&D) es un elemento importante de su planificación de protección de ingresos, especialmente para aquellos que dependen de usted para su seguridad financiera.

Para su tranquilidad, PCL brinda automáticamente un seguro de vida básico y AD&D a través de Securian a todos los empleados que trabajan por hora inscritos en el plan médico de PCL sin costo adicional.

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D

Si muere como resultado de un accidente cubierto, su beneficiario designado puede recibir tanto el beneficio de vida como el beneficio de AD&D.

Beneficio de vida del empleado: \$50,000

Beneficio de AD&D del empleado: \$50,000

Los beneficios se reducirán al 65% a los 65 años, al 40% a los 70 años y al 20% a los 75 años.

CONSEJO PROI

Se pueden agrupar beneficios médicos, dentales y de medicamentos con receta médica. El distrito determina el monto que usted paga por la cobertura y se deduce de su cheque de pago antes de impuestos. Póngase en contacto con su representante de Recursos Humanos para obtener la lista de las tasas de cobertura por distrito.



PLAN DE AHORROS 401(k)

PCL le proporciona un plan de ahorros 401(k) diseñado para ayudarle a construir la base patrimonial que necesitará para disfrutar de una jubilación financieramente segura. Los empleados que hayan completado tres meses de servicio pueden participar en este plan.

Acceda a sus cuentas, actualice la información de los beneficiarios y/o cambie el monto de su diferimiento en www.empowermyretirement.com.

El plan de ahorros 401(k) le permite elegir cuánto de su salario elegible desea contribuir hasta el límite del IRS de \$23,000, o \$30,500 si es mayor de 49 años. (Los límites están sujetos a cambios). También puede dirigir la inversión de la cuenta de su plan para satisfacer sus necesidades individuales de jubilación.

PCL igualará el 100% de las contribuciones elegibles hasta el primer 3% de la compensación elegible y el 50% del próximo 2% de la compensación elegible contribuida por el empleado. **Eso significa que, si contribuye al menos un 5%, recibirá la igualación máxima del 4%.** Sus deducciones de nómina del plan 401(k) se pueden realizar antes de que se retengan los impuestos federales y estatales, ahorrándole dinero de impuestos ahora mientras ahorra para su futuro. También puede elegir la opción Roth para contribuir dólares después de impuestos ahora para que no los tenga que pagar cuando esté jubilado. Los empleados pueden transferir fondos de un plan 401(k) de un empleador anterior u otro plan que califica. Si desea discutir acerca de sus opciones de inversión, póngase en contacto con su gerente de Recursos Humanos / Desarrollo Personal para más información acerca del asesor de inversiones gratuito de PCL.

CONSEJO PRO!

Inscribirse en el plan 401(k) lo antes posible le permite aprovechar la contribución del empleador y maximizar los efectos del interés compuesto. Lo que empieza como una pequeña inversión podría, a lo largo de las décadas, resultar en un crecimiento exponencial para sus necesidades de jubilación.



INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o los materiales contenidos en esta guía, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos o por correo electrónico a uhourly@pcl.com.

La información sobre sus planes también está disponible en el sitio de Beneficios para empleados por hora en www.pcl.com/us/en/hourly-employee-benefits-information.

PLAN	PÓLIZA NÚM.	TELÉFONO	SITIO WEB
Planes Médicos Anthem	174324	844-721-0273	www.anthem.com
Medicamentos con receta médica CVS/Caremark	RX22EQ	877-377-4239	www.caremark.com
Centro de atención virtual de TeleSalud			www.anthem.com
Plan Dental MetLife	304938	800-942-0854	www.metlife.com
Plan de la Vista voluntario EyeMed	9923434	866-800-5457	www.eyemed.com
Cuentas de Gastos Flexibles WEX		866-451-3399	www.wexinc.com
Seguro de vida y AD&D Securian	70770	877-491-5265	www.securian.com
Programa de Asistencia al Empleado Lyra		877-876-5624	pcl.lyrahealth.com
Plan de ahorros 401(k) Empower Retirement		800-338-4015	www.empowermyretirement.com