



Resumen general de los beneficios para empleados en 2026

Los miembros del equipo a tiempo completo que cumplan los requisitos comienzan a tener cobertura tras 30 días de empleo. Algunos beneficios son proporcionados de forma gratuita por la empresa, mientras que otros son opcionales y deben ser elegidos por el empleado, pagándose mediante deducción de nómina. Las primas de muchos beneficios se descuentan antes de impuestos.

Seguro médico

- + Diversos planes médicos para satisfacer sus necesidades personales y financieras
- + Administrado por Wellmark Blue Cross Blue Shield
- + Opción de atención virtual
- + Cobertura de medicamentos recetados con opciones de venta al por menor y por correo
- + Amplia red de proveedores
- + No se requieren remisiones para consultar a un especialista

Seguro dental

- + Atención preventiva cubierta al 100 %
- + Cobertura para servicios básicos y mayores
- + Cobertura de ortodoncia para niños

Seguro de visión

- + Examen rutinario anual
- + Cobertura para lentes/monturas o lentes de contacto

Beneficios voluntarios

- + Seguro contra accidentes
- + Seguro contra enfermedad grave
- + Seguro de indemnización por hospitalización

Seguros de discapacidad y de vida

- + Cobertura básica por discapacidad a corto y largo plazo pagada por la empresa
- + Coberturas complementarias opcionales
- + Seguro de vida y AD&D (seguro por muerte y desmembramiento accidental) pagados por la empresa
- + Cobertura de vida complementaria opcional para el empleado, el cónyuge y los hijos a cargo

Ventajas adicionales

- + Reembolsos por bienestar y matrícula
- + Programa de asistencia al empleado
- + Mercado de descuentos para empleados
- + Bonificación por recomendación
- + Asistencia en viaje
- + Programa para dejar de fumar
- + Programa de reconocimiento de empleados
- + Programa de donaciones con aporte equivalente para apoyar las causas que le importan

Tiempo libre remunerado

- + Días festivos pagados por la empresa
- + PTO/Vacaciones
- + Licencia por duelo
- + Programas adicionales basados en la categoría laboral

Cuentas antes de impuestos

- + Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- + Cuenta de gastos médicos flexibles (FSA)
- + Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA)

Plan de jubilación 401(k)

- + Elegible para participar después de 30 días
- + Inscripción automática con aumento anual
- + Herramientas y recursos de planificación financiera
- + Aporte equivalente de la empresa después de 1 año de servicio
- + Puede cambiar su aplazamiento, inversiones o dejar de participar en cualquier momento.

Para obtener más información, visite Ruan.com/Benefits o el Hub

LÍNEA DIRECTA DE RECURSOS HUMANOS | 1-800-845-6675 | 8:30 AM-4:30PM CST | BENEFITS@RUAN.COM





Opciones de planes médicos

Todos los planes son administrados por Wellmark Blue Cross Blue Shield. Los residentes de Iowa utilizan la red Wellmark Blue POS; todos los demás estados utilizan la red BlueCard PPO.

	LIGHT (LIGERO)	BASIC (BÁSICO)	CHOICE SAVINGS/CHOICE IOWA	PREMIER
Cuidado preventivo	100 % dentro de la red	100 % dentro de la red	100 % dentro de la red	100 % dentro de la red
Doctor on Demand (visita virtual)	\$0 por visita rutinaria \$0 por visita de salud mental	\$0 después del deducible/OPM por visita rutinaria \$0 después del deducible/OPM por visita de salud mental	\$0 después del deducible/OPM por visita rutinaria \$0 después del deducible/OPM por visita de salud mental	\$0 por visita rutinaria \$0 por visita de salud mental
Visita al consultorio	Copago de \$20	\$30 después del deducible	\$0 después del deducible	Copago de \$25
Deductible	\$5,000 Individual \$10,000 Familia	\$3,400 Individual \$6,800 Familia	\$2,500 Individual \$5,000 Familia	\$500 Individual (solo cobertura médica) \$1,000 Familia (solo cobertura médica)
Coseguro	50 % después del deducible	20 % después del deducible	0 % después del deducible	10 %
Gasto máximo de bolsillo (OPM)	\$6,850 Individual \$13,700 Familia	\$5,100 Individual \$10,200 Familia	\$2,500 Individual \$5,000 Familia	\$2,000 Individual (solo cobertura médica) \$4,000 Familia (solo cobertura médica)

- 1) El uso de proveedores que no pertenecen a la red reducirá sus beneficios y aumentará su deducible y/o el máximo de gastos de bolsillo.
- 2) Tanto el plan Basic como el Choice Savings/Choice Iowa son planes con deducibles altos; usted paga el 100 % de las reclamaciones, excepto la atención preventiva y el cuidado del bebé sano, hasta que se alcance el deducible.
- 3) Las pautas de atención preventiva establecen que un examen o procedimiento preventivo que se convierta en diagnóstico debe aplicarse al deducible.
- 4) Un cónyuge que trabaje y tenga otra cobertura disponible a través de su propio empleador no podrá inscribirse en un plan médico de Ruan. Consulte la sección "Exclusión por cónyuge trabajador" en la Guía de beneficios para empleados.
- 5) En los planes Choice Savings/Choice Iowa, las opciones +Cónyuge, +Hijos o Familia comparten el deducible familiar más alto y los máximos de gastos de bolsillo.
- 6) Las visitas virtuales fuera de la plataforma Doctor on Demand se aplicarán al deducible o copago del plan.

Medicamentos con receta médica

Todos los planes médicos incluyen cobertura para medicamentos recetados administrada por CVS Caremark.

	LIGHT (LIGERO)	BASIC (BÁSICO)	CHOICE SAVINGS/CHOICE IOWA	PREMIER
Nivel 1: Genérico	\$15	PREVENTIVE (PREVENTIVO) \$20 o el 25 % (el que sea mayor)	TODOS LOS DEMÁS \$20 o el 25 % (el que sea mayor después del deducible)	PREVENTIVE (PREVENTIVO) \$0
Nivel 2: marcas seleccionadas	50 % (después del deducible)	\$35 o el 25 % (el que sea mayor)	\$35 o el 25 % (el que sea mayor después del deducible)	\$0 (después del deducible) 25 %
Nivel 3: todas las demás marcas	50 % (después del deducible)	\$50 o el 25 % (el que sea mayor)	\$50 o el 25 % (el que sea mayor después del deducible)	\$0 (después del deducible) 25 %
Medicamentos especializados	50 % (después del deducible)	Genéricos/Marcas seleccionadas: \$35 o el 25 % (lo que sea mayor; después del deducible) Marcas no seleccionadas: \$50 o el 25 % (el que sea mayor; después del deducible)	\$0 (después del deducible/OPM)	10 % de coseguro

- 1) Los beneficios fuera de la red equivalen a su copago o al 50 %, lo que sea mayor, y están sujetos a cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR).
- 2) En los planes Basic y Choice Savings/Choice Iowa, no se aplica el deducible a los medicamentos preventivos. Para ver si un medicamento está incluido en la lista de medicamentos de Wellmark HSA, visite www.wellmark.com.
- 3) Con el plan Premier, su parte del costo de los Rx no se aplica al deducible ni al máximo de gastos de bolsillo (OPM, por sus siglas en inglés) del plan. Se aplica un OPM de Rx independiente de \$2,000 individual / \$4,000 familiar.
- 4) Existe un programa de venta por correo para medicamentos de mantenimiento de alto costo. Por tres copagos, usted recibe un suministro para 90 días sin la cláusula "el que sea mayor", lo que le permite obtener ahorros adicionales.
- 5) Todos los medicamentos especializados deben adquirirse a través de CVS Specialty Pharmacy para que estén cubiertos por el seguro.

Seguro dental

Planes administrados por Delta Dental of Iowa y que ofrecen las redes Delta Premier o Delta PPO.

	PLAN DENTAL ESTÁNDAR		PLAN DENTAL PREMIER	
	RED PREMIER	RED PPO	RED PREMIER	RED PPO
Cuidado preventivo	0 % de coseguro		0 % de coseguro	
Deductible anual	\$50	\$25	\$25	\$15
Cuidados básicos	20 % (después del deducible)	10 % (después del deducible)	20 % (después del deducible)	10 % (después del deducible)
Cuidados mayores	50 % (después del deducible)		50 % (después del deducible)	
Máximo dental	\$1,000/año/persona		\$2,000/año/persona	
Ortodoncia (solo para niños de 19 años o menos)	\$50 de deducible por ortodoncia, luego el 50 %		\$50 de deducible por ortodoncia, luego el 50 %	
	Máximo de por vida: \$1000		Máximo de por vida: \$1500	

- 1) *Las tarifas fuera de la red están sujetas a cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

Nota: Este folleto tiene fines meramente informativos. Si existe alguna discrepancia entre este folleto y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan. Para obtener más información, consulte la Guía de beneficios para empleados, la Descripción resumida del plan o el Manual de políticas para empleados.

Para obtener más información, visite Ruan.com/Benefits o el Hub

LÍNEA DIRECTA DE RECURSOS HUMANOS | 1-800-845-6675 | 8:30 AM-4:30PM CST | BENEFITS@RUAN.COM



Seguro de visión

Planes administrados por VSP y que utilizan la red VSP Advantage.

DENTRO DE LA RED
Examen anual (una vez cada 12 meses)
Copago de \$10
Lentes (una vez cada 12 meses)
Copago de \$25
Monturas de gafas (una vez cada 24 meses)
\$175 de asignación
Lentes de contacto: en lugar de gafas
Adaptación de lentes de contacto
\$175 de asignación hasta \$60 de asignación

- 1) Los proveedores de red ofrecen descuentos de hasta un 20 % en productos y servicios.
- 2) Los miembros son responsables de los cargos que superen las asignaciones anuales del plan.