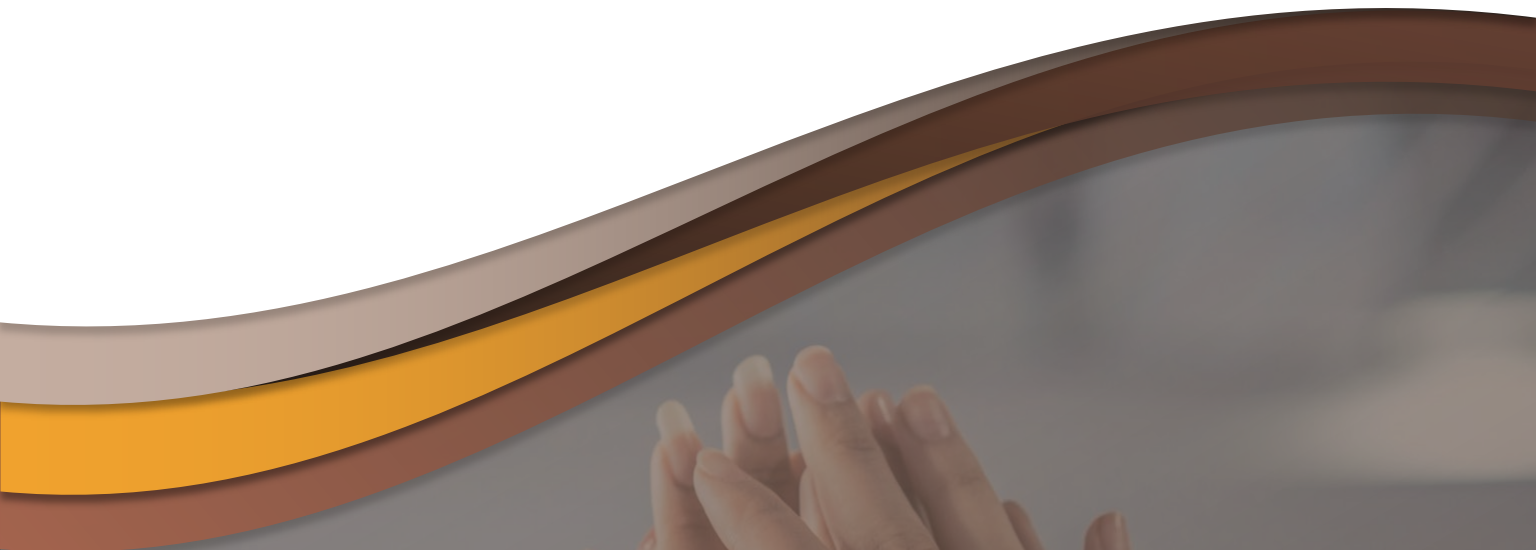


FINE WINE TRANSPORT

VINLUX



Guía de Beneficios para Empleados Vinlux para el 2025

LIBERTY



Índice

3	Bienvenidos	14	Plan de visión
4	Elegibilidad	15	Cotizaciones de los empleados
5	Inscripción	16	Cuentas de gastos flexibles
6	Eligiendo el mejor plan	18	Cuentas para gastos de transporte
9	Planes médicos	19	Programas de vida y protección de ingresos
11	Cómo buscar un proveedor	22	Beneficios adicionales
12	Telemedicina	29	Información de contacto
13	Plan dental	30	Avisos legales

AVISO IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE

Esta guía de prestaciones describe brevemente sus opciones de prestaciones y sus posibilidades de afiliación. Todas las prestaciones, y su derecho a recibirlas, están sujetos a los términos y condiciones de los planes de prestaciones, incluidos los contratos de seguros colectivos.

Las prestaciones descritas se aplican a los empleados con derecho a prestaciones de VinLux, LLC, (denominadas colectivamente "La Empresa").

Esta guía no pretende ser una descripción completa de las prestaciones y no es un resumen de la descripción del plan ni un documento del plan. En caso de conflicto o discrepancia entre esta guía y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan. La información contenida en esta Guía de prestaciones sanitarias es propiedad y confidencial de VinLux.

VinLux se reserva el derecho a modificar o cancelar cualquiera de los beneficios descritas en cualquier momento y por cualquier motivo. Esta guía no es garantía de empleo o beneficios actuales o futuras. Algunos programas de beneficios requieren contribuciones por parte del empleado. Consulte los materiales de sus beneficios para obtener detalles adicionales sobre cualquier plan.

Bienvenidos a su Guía de Beneficios para 2025

Como empleado de VinLux, se le ofrece un paquete competitivo que ofrece flexibilidad, protección financiera y una base para la seguridad futura. Nuestros empleados son de suma importancia y nuestros beneficios están diseñados para crear un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal que le apoye a usted y a las necesidades de su familia. Esta guía de beneficios le ayudará a comprender mejor los planes ofrecidos y cómo inscribirse en la cobertura. Tómese el tiempo necesario para comprender sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

Esta guía de beneficios describe brevemente sus opciones de beneficios y las opciones para inscribirse. Todos los beneficios, y su elegibilidad para los beneficios, están sujetos a los términos y condiciones de los planes de beneficios, incluidos los contratos de seguro de grupo. Los beneficios descritos se aplican a los empleados con derecho a beneficios en VinLux.

Esta guía no pretende ser una descripción completa de los beneficios y no es una descripción resumida de los documentos del plan. En caso de conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. VinLux se reserva el derecho a modificar cualquiera o todos los componentes de los planes de beneficios de la compañía en cualquier momento y por cualquier motivo. Esta guía no es una garantía de empleo o beneficios actuales o futuros.

Algunos programas de beneficios requieren contribuciones por parte del empleado. Consulte el material sobre beneficios para obtener información adicional sobre cualquier plan.

*Los beneficios descritos se aplican a los empleados con derecho a beneficios de VinLux, LLC. (denominadas colectivamente "La Compañía"). Los beneficios descritos en esta guía tienen vigencia desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Centro de servicios de beneficios

Horas: 5am - 5pm tiempo Pacífico

888.907.1391

vinluxbenefits@libertycompany.com

www.jfwbenefits.com

Elegibilidad

Quiénes y cuándo pueden optar

Puede optar a los beneficios si trabaja activamente 30 horas semanales y está designado como empleado a tiempo completo.

Los nuevos empleados pueden optar a los beneficios en un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación y la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Cada año se abre un periodo de inscripción para que los empleados puedan revisar y cambiar su(s) cobertura(s) para el plan de beneficios del año siguiente. La afiliación abierta se realiza normalmente en noviembre y entra en vigor el 1 de enero.

Fuera de estos periodos, sólo podrá realizar cambios si se le presenta un acontecimiento vital que cumpla los requisitos y que se describe en la página siguiente, en el apartado "Realizar cambios a mitad de año".

Dependientes elegibles

- Su cónyuge. Por "cónyuge" se entiende la persona legalmente casada con usted
- Su pareja de hecho debe cumplir los requisitos que se indican a continuación
- Sus hijos menores de 26 años que reúnan los requisitos necesarios y que sean suyos: biológicos, adoptivos o tutelados legalmente
- Sus hijos solteros mayores de 26 años que sean incapacitados, vivan con usted, dependan de usted para su manutención y no puedan mantenerse por sí mismos debido a una incapacidad mental o física

Requisitos para las parejas de hecho

- Si va a inscribir a una pareja de hecho, se le pedirá que acredite su relación de pareja de hecho y que ha cumplido todos los requisitos de admisibilidad que se indican a continuación durante los 12 meses anteriores:
 - Comparten una residencia principal común y tienen intención de hacerlo en el futuro
 - Son responsables conjuntamente de los gastos básicos del otro
 - Ambos tienen 18 años o más y son mentalmente competentes para celebrar un contrato legalmente vinculante
 - Ninguno de los dos está casado ni es miembro de otra pareja de hecho
 - No están emparentados por consanguinidad hasta el punto de no poder contraer matrimonio en el estado en el que residen
 - Se comprometen a notificar inmediatamente a VinLux si no cumplen alguno de los criterios de una pareja de hecho
 - Entiende que es un acto fraudulento obtener cobertura sanitaria falseando cualquiera de los hechos aquí expuestos

Nota: el valor de la cobertura sanitaria proporcionada a una pareja de hecho, o a cualquier hijo dependiente inscrito de su pareja de hecho, se considera un ingreso para usted a efectos fiscales federales (y en la mayoría de los casos, a efectos fiscales estatales). VinLux declarará el valor de la cobertura como ingresos en su formulario W-2 y retendrá los impuestos aplicables. Le recomendamos que consulte con su asesor fiscal para obtener más información sobre cómo le afecta esto.

Inscríbase en línea

La inscripción es fácil... ¡y está a un solo clic las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

www.jfwbenefits.com

Este sitio web está dedicado a proporcionarle información actualizada sobre sus beneficios de seguro.

Consulte los importes de los gastos compartidos de los empleados.

Acceda a los resúmenes de los beneficios y a las Descripciones Resumidas del Plan (SPD).

Durante el nuevo periodo de afiliación de 31 días, puede elegir/modificar su plan médico, renunciar a la cobertura médica y elegir coberturas dentales, oftalmológicas y de beneficios adicionales, así como añadir personas a su cargo.



Nuevas contrataciones y cambios a mitad de año

¿Qué ocurre si no se inscribe como recién contratado?

Como nuevo empleado elegible, se le inscribe automáticamente en el plan médico Anthem Advantage CDHP PPO/HSA para cobertura sólo para empleados, a partir del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. La contribución quincenal del empleado de \$67.85 se deduce del primer período de pago del mes en el que su cobertura es efectiva. No se le inscribirá automáticamente en la cobertura de los planes dental y oftalmológico.

También se le inscribirá automáticamente en los beneficios patrocinados por la compañía (Vida/AD&D/STD/LTD) que entran en vigor el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Cambios a mitad de año

Después de la Inscripción Abierta, sólo podrá modificar sus elecciones de beneficios si se le presenta un acontecimiento vital que reúna los requisitos. Algunos ejemplos de acontecimientos que cumplen los requisitos son, entre otros, los cambios en:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento, adopción, colocación en adopción, tutor legal nombrado
- Situación laboral (de tiempo parcial a tiempo completo)
- Conseguir o perder otra cobertura

Debe comunicar el acontecimiento vital al centro de prestaciones y dar fe del mismo en un plazo de 31 días a partir del acontecimiento. En caso de que se le solicite, deberá presentar los justificantes del cambio. El alta en la cobertura de VinLux entrará en vigor el día 1 del mes siguiente a la fecha del evento. La finalización de la cobertura tendrá lugar a finales del mes siguiente a la fecha del evento.

Siguiendo las reglas del IRS, debe comunicar su acontecimiento vital y solicitar el cambio de cobertura en un plazo de 31 días a partir del acontecimiento. Si se le pasa este plazo, la próxima oportunidad para modificar sus beneficios será durante la inscripción abierta.

Eligiendo el mejor plan

A la hora de elegir un plan médico, es importante tener en cuenta su presupuesto, sus preferencias, su edad y su salud, así como la edad y la salud de las personas a su cargo cubiertas. Debe tener en cuenta las principales diferencias entre los tipos de plan y elegir el que mejor se adapte a usted y a su familia.

Los planes varían en los siguientes aspectos:

- ◆ Coste de la cobertura, incluidas las cotizaciones salariales
- ◆ Deducible, copagos y coseguro
- ◆ Gasto máximo
- ◆ Comodidad, servicios cubiertos, acceso a proveedores, facilidad de uso

¿Qué es el plan HMO?

HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud. Con un plan HMO, debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de una red de proveedores sanitarios locales que le derivarán a especialistas u hospitales de la red cuando sea necesario.

¿Qué es el plan PPO?

Los planes PPO, u "Organización de Proveedores Preferentes", son uno de los tipos de planes más populares en el mercado individual y familiar. Los planes PPO le permiten visitar a cualquier médico o proveedor de atención sanitaria de la red que desee sin necesidad de ser remitido previamente por un médico de atención primaria.

Planes CDHP (con cuenta de ahorro sanitario)

CDHP son las siglas de Consumer Driven Health Plan (Plan de Salud Dirigido por el Consumidor). En un CDHP, primero debe pagar un deducible. Una vez satisfecho el deducible, pagará un porcentaje del coste (el coseguro) hasta que cumpla el desembolso máximo anual. Una vez cumplido el desembolso máximo anual, el plan pagará el 100% del coste de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. Tenga en cuenta que seguirá siendo responsable por los costes que superen los límites razonables y habituales (sólo se aplica a los proveedores fuera de la red).

El plan CDHP tiene un segundo componente, la Cuenta de Ahorros Sanitarios (HSA por sus siglas en inglés). Un HSA le permite financiar una cuenta bancaria personal para ayudarle a compensar gastos futuros de asistencia sanitaria y le proporciona un triple ahorro fiscal.

Plan HSA de Anthem

Acerca del Plan Advantage CDHP PPO/HSA de Anthem

Un Plan de Salud Dirigido al Consumidor (CDHP) es un plan médico PPO. La particularidad de estar inscrito en un CDHP es que le ofrece la oportunidad de abrir también una Cuenta de Ahorros Sanitarios (HSA). Esta cuenta le permite ahorrar dinero antes de impuestos para gastos médicos, dentales y oftalmológicos.

El plan Advantage CDHP PPO/HSA ofrecido por Anthem es un tipo especial de plan de salud que normalmente no tiene copagos; en su lugar, usted pagará por todos los servicios médicos y recetas hasta que cumpla con su deducible. Cuando se cumple el deducible, la mayoría de los servicios se pagan en forma de porcentaje, en lugar de copagos fijos.

Los servicios preventivos están cubiertos al 100% si acude a proveedores de la red. Muchas recetas preventivas están cubiertas al 100% y no están sujetas a deducible ni copago (consulte www.jfwbenefits.com para ver una lista de los medicamentos incluidos). La afiliación a Anthem Advantage CDHP PPO/HSA le permite pagar los gastos sanitarios que reúnan los requisitos utilizando su propia cuenta de ahorros médicos libre de impuestos denominada HSA..

- Contribuciones libres de impuestos cuando usted o VinLux contribuyan a esta cuenta
- Intereses libres de impuestos sobre el saldo de su HSA y ganancias de inversión
- Retiros libres de impuestos para gastos cualificados

Los fondos no utilizados se reinvertirán y usted se quedará con ellos.

**En algunos estados se aplican impuestos estatales sobre las nóminas.*

Características importantes del plan Anthem Advantage CDHP PPO/HSA Cuenta de ahorro para la salud

Debe inscribirse en el plan Advantage CDHP PPO/HSA de Anthem para poder abrir una cuenta HSA. Se pueden realizar aportaciones a su cuenta HSA hasta los límites establecidos por el Departamento del Tesoro de EE.UU. y el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Estos límites incluyen las aportaciones de cualquier fuente y los límites pueden incrementarse anualmente en función de la inflación.

VinLux financiará las siguientes cantidades a su HSA en 2025 (prorratedas en función de la fecha de contratación):

- \$500 sólo para el empleado*
- \$1,000 por empleado más cobertura familiar* (inscrito con uno o más familiares en el plan médico)

** Financiado al 50% en enero de 2025 y al 50% en julio de 2025*

El límite máximo de financiación para 2025 (combinación de las cotizaciones de los empleados y de VinLux):

- \$ 4,300 para la cobertura de empleado solamente
- \$ 8,550 para el empleado con cobertura familiar (inscrito con uno o más miembros de la familia en el plan médico)
- Contribución adicional de recuperación de \$ 1,000 para cualquier persona mayor de 55 años (las contribuciones de recuperación se pueden hacer en cualquier momento durante el año en que el participante HSA cumple 55 años)

Deducible

Su cobertura sanitaria tradicional comienza una vez alcanzado el deducible del año calendario (\$1,650 si se inscribe sólo usted, o \$3,300 si inscribe a uno o más miembros de su familia). Su deducible se reajusta cada año en enero. Recuerde que puede utilizar su HSA para pagar gastos.

Gastos máximos del bolsillo

Su deducible por año civil, los servicios médicos no preventivos y los costos de medicamentos recetados no preventivos se aplican al desembolso máximo por año civil de Anthem Advantage CDHP PPO/HSA. Cuando alcance el desembolso máximo por año civil, los gastos médicos y de medicamentos recetados estarán pagados al 100% (para los servicios cubiertos). El desembolso máximo se restablece cada mes de enero.

Atención preventiva

La atención preventiva para adultos y niños está cubierta al 100% por el plan cuando utiliza proveedores de la red PPO (sin ningún coste para usted). No tiene que abonar ningún deducible por las visitas de atención preventiva siempre que consulte con proveedores de la red. Algunos medicamentos de mantenimiento/prevención también están cubiertos al 100% (sin deducible). Consulte la lista detallada en el portal en línea.

Inscripción en una cuenta de gastos sanitarios flexibles (FSA)

De acuerdo con las regulaciones del Departamento de Impuestos Internos (IRS), si contribuye a una cuenta HSA, no puede contribuir a una cuenta de gastos flexibles de asistencia sanitaria (FSA). Pero sí puede contribuir a una cuenta limitada de gastos flexibles de salud (LPFSA) y a una cuenta de cuidados flexibles para personas dependientes. **En la página 17 encontrará más información sobre las cuentas flexibles y sus diferencias con las cuentas de ahorro para la salud.**

Inscripción en la HSA

VinLux está colaborando con Health Equity para administrar nuestras cuentas bancarias de HSA. Al inscribirse por primera vez en el plan CDHP, deberá abrir activamente su cuenta HSA con Health Equity como parte del proceso. Si se inscribe en los beneficios en línea a través del portal y elige el plan CDHP, puede hacer clic en el enlace de la pantalla para abrir su cuenta HSA en ese momento. Si no abre su cuenta HSA en el momento de la inscripción, puede ir a: www.healthequity.com en cualquier momento para abrir su cuenta.

Modificaciones de su cuenta HSA

Puede cambiar sus contribuciones de su cuenta HSA en cualquier ocasión a través de www.jfwbenefits.com seleccionando "Enroll" (inscribirse) para entrar en el sistema de inscripción e iniciar sesión. En la página principal, seleccione "Qualified Status Change" y luego "HSA Change".



Planes de seguro médico

El siguiente gráfico resume los beneficios de los planes médicos ofrecidos a todos los empleados elegibles.

	Anthem CDHP PPO/HSA***		Anthem Value PPO	
	En la red	Fuera de red	En la red	Fuera de red
Deducible Anual Individual/Familia	\$1,650 Individual \$3,300 Miembro/\$3,500 Familia		\$1,000 por Miembro (Máximo de 3 deducibles por familia)	\$2,000 por Miembro (Máximo de 3 deducibles por familia)
Gasto máximo anual Individual/Familia	\$4,000 por Miembro \$8,000 por Familia (\$4,000 incrustados)*	\$10,000 por Miembro \$20,000 por Familia	\$4,000 por Miembro \$8,000 por Familia	\$10,000 por Miembro \$20,000 por Familia
Coseguro de los miembros	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible
Servicios médicos				
Atención primaria	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	\$30 tras cumplir el deducible (exención de deducible)	50% tras cumplir el deducible
Visitas a especialistas	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	\$50 por consulta (exención de deducible)	50% tras cumplir el deducible
Atención preventiva	Sin pago (exención de deducible)	50% tras cumplir el deducible	Sin pago (exención de deducible)	50% tras cumplir el deducible
Servicios hospitalarios				
Hospitalización	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	20% tras cumplir el deducible	\$250 deducible por admisión + 50% tras cumplir el deducible
Cirugía ambulatoria	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible
Rayos X de diagnóstico y laboratorio				
rayos x/laboratorio	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible
Visitas de urgencia y emergencia				
Sala de emergencias	20% tras cumplir el deducible	20% tras cumplir el deducible	20% tras deducible de \$150 (exención de deducible si está ingresado)	20% tras deducible de \$150 (exención de deducible si está ingresado)
Atención urgente	20% tras cumplir el deducible	50% tras cumplir el deducible	\$30 por consulta (exención de deducible)	50% tras cumplir el deducible
Recetas médicas				
Recetas médicas (suministro de 30 días)	tras cumplir el deducible del plan: \$15/\$50/\$70/30% (máximo copago \$250 por receta)	tras cumplir el deducible del plan: 50% de medicamento importe máximo permitido + gastos en exceso del importe máximo del medicamento	\$15/\$50/\$70/30% (máximo copago \$250 por receta)	Copago + 50% de medicamento importe máximo permitido + gastos en exceso del importe máximo del medicamento
Recetas por correo (suministro de 90 días)	tras cumplir el deducible del plan: \$30/\$125/\$175/30% (máximo copago \$250 por receta)	no está cubierto	\$30/\$125/\$175/30% (máximo copago \$250 por receta)	no está cubierto

*Si inscribe algún dependiente en el plan Anthem Advantage CDHP PPO/HSA, existen importes máximos de desembolso individuales integrados dentro de los límites de la Familia. Un solo miembro de una Familia tendría que alcanzar la cantidad deducible integrada en lugar de la cantidad deducible completa de la Familia para que se activen los beneficios después de la deducibilidad.

**Esto pretende ser una guía. Para obtener una descripción completa, consulte los documentos resumidos del plan. En caso de discrepancia, se aplicarán los documentos del plan.

***El plan CDHP es elegible para la contribución de la cuenta de ahorros de salud del empleador VinLux: \$500 de cobertura individual y \$1,000 de cobertura familiar (prorrateados para las elecciones de mitad de año).

Planes de seguro médico (continuación)

El siguiente gráfico resume los beneficios de los planes médicos ofrecidos a todos los empleados elegibles.

	Anthem Value HMO Sólo en la red (en CA)	Kaiser HMO Sólo en la red (en CA y OR)**
	En la red	En la red
Deducible Anual Individual/Familia	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo anual Individual/Familia	\$3,500 por Miembro \$7,000 por Familia	\$3,000 por Miembro \$6,000 per Familia
Coseguro de los miembros	0% tras el copago	0% tras el copago
Atención primaria	\$30 por consulta	\$30 por consulta
Visitas a especialistas	\$50 por consulta	\$30 por consulta
Atención preventiva	Sin copago	Sin copago
Hospitalización	\$750 por día, 3 días máximo	\$500 por admisión
Cirugía ambulatoria	\$400 por admisión	\$250 por procedimiento
rayos x/laboratorio	Sin copago (\$100 por prueba de imagen avanzada)	\$10 por prueba
Sala de emergencias (exención del copago si está ingresado)	\$150 por consulta	\$150 por consulta
Atención urgente	\$50 por consulta (Podrán aplicarse gastos adicionales en función de la atención que reciba)	\$30 por consulta
Recetas médicas (suministro de 30 días)	\$15/\$50/\$70/30% (máximo copago de \$250 por receta)	genérico: \$10 copago marca: \$30 copago Especialidad: 20% (copago máximo \$250 por recarga)
Recetas por correo (suministro de 90 días)	\$30/\$125/\$175/30% (máximo copago de \$500 por receta)	genérico: \$20 copago marca: \$60 copago *Suministro de 100 días

**Esto pretende ser una guía. Para obtener una descripción completa, consulte el resumen de los documentos del plan. En caso de discrepancia, rigen los documentos del plan.*

***Algunas coberturas de beneficios pueden diferir entre los planes de California y Oregón.*

Cómo encontrar un proveedor



Encontrar un proveedor:

- Visite www.anthem.com/ca
- Haga clic en “ENCONTRAR CUIDADO MÉDICO”
- Haga clic en “Búsqueda básica como invitado”
- Para el tipo de plan, seleccione “Plan médico o red”
- Seleccione el estado “California”
- Seleccione ¿Cómo obtienes el seguro de salud “Plan médico (patrocinado por el empleador)”
- Seleccione “**Prudent Buyer PPO**” o “**Blue Cross HMO (CACare) – Large Group**”

Empleados fuera de California

- Visite www.anthem.com
- Haga clic en “ENCONTRAR CUIDADO MÉDICO”
- Haga clic en “Búsqueda básica como invitado”
- Para el tipo de plan, seleccione “Plan médico o red”
- Seleccione el estado donde se ofrece el plan o la red.
- Seleccione ¿Cómo obtienes el seguro de salud “Plan médico (patrocinado por el empleador)”
- Seleccione “**National PPO (BlueCard PPO)**”



Encontrar un proveedor:

- Visite www.kp.org
- Haga clic en “Encuentre un médico o una ubicación”
- Seleccione una área: “California-Norte”, “California-Sur” o “Oregon / Washington”

Telemedicina

LIVEHEALTH en línea

En casa o fuera de ella, los médicos y profesionales de la salud mental están a su disposición. Puede consultar con médicos y psiquiatras acreditados desde su smartphone, tableta o computadora con LiveHealth en línea!

- **Consulte un médico acreditado 24/7.** No necesita cita para consultar con un médico. Siempre están disponibles para evaluar su estado y enviar una receta a la farmacia que elija, si es necesario. Es una gran opción cuando tenga conjuntivitis, resfriado, gripa, fiebre, alergias, sinusitis u otro problema de salud común. Para solicitar una cita, llame al **1-888-548-3432** siete días a la semana.
- **Consulte con un terapeuta autorizado en cuatro días o menos.** Solicite una consulta por vídeo con un terapeuta para obtener ayuda con la ansiedad, la depresión, sufrimiento, los ataques de pánico y mucho más. Solicite su cita en línea o llame al **1-888-548-3432** los siete días de la semana.
- **Consulte a un psiquiatra acreditado en un plazo de dos semanas.** Si es mayor de 18 años, puede recibir tratamiento farmacológico para ayudarlo a controlar una condición de salud mental. Para solicitar cita llame al **1-888-548-3432** los siete días de la semana.
- .

Kaiser Permanente Minute Clinic

En cualquier momento y en cualquier lugar, Kaiser Permanente (KP) lo tiene cubierto. Las mejores opciones de atención urgente que no sean urgencias fuera de casa:

Viajes nacionales (EE.UU.) dentro de un área/región de servicio de KP

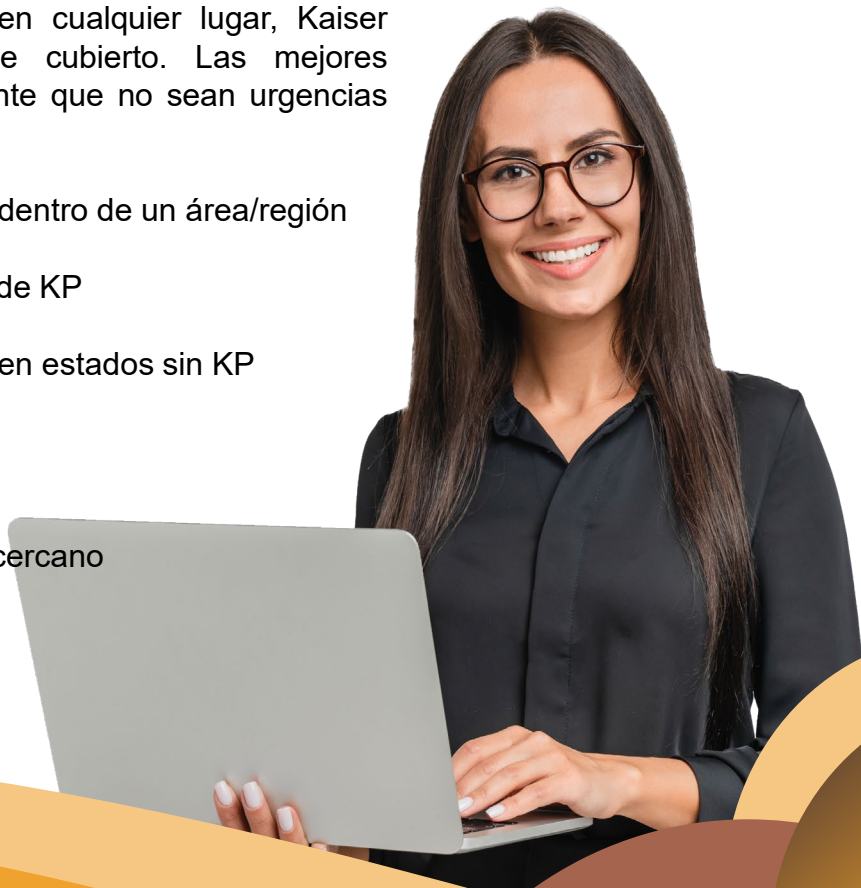
- Atención urgente cercana de KP

Viajes nacionales (EE.UU.) en estados sin KP

- MinuteClinic más cercana
- Hospital más cercano

Viajes internacionales

- Centro de urgencias más cercano
- Hospital más cercano



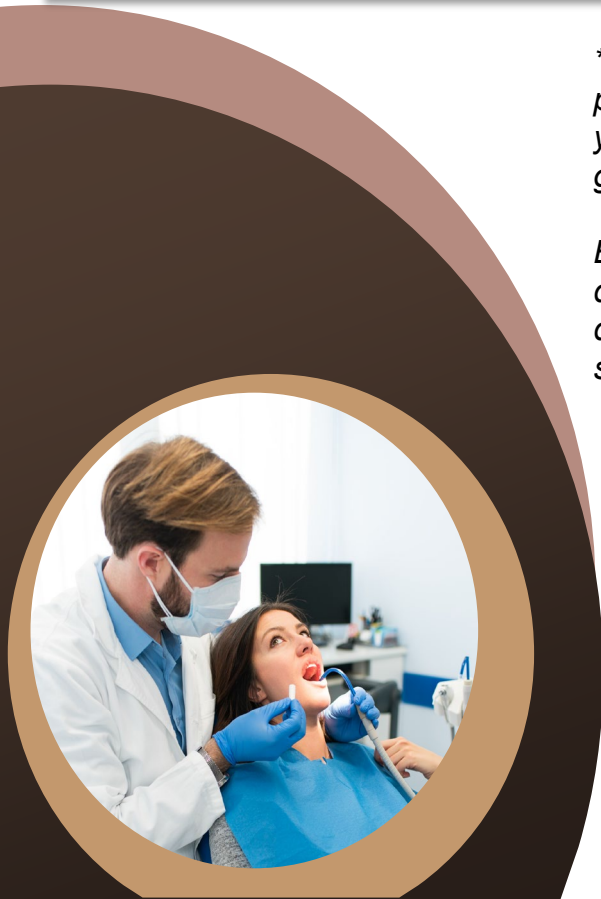
Cobertura dental

El siguiente gráfico resume los beneficios del plan dental ofrecido a todos los empleados elegibles.

	PPO de Delta Dental		
	Dentista de Delta Dental PPO	Dentista de Delta Premier	Dentista fuera de Delta
Deducible anual	\$50 por persona / \$150 por familia		
Máximo anual de cobertura (por persona)	\$2,000	\$1,500	\$1,500
Atención preventiva: Limpiezas, radiografías	0% deducible exento	10% deducible exento	10% de UCR* deducible exento
Servicios básicos	10% tras el deducible	10% tras el deducible	10% de UCR* tras el deducible
Servicios mayores	40% tras el deducible	50% tras el deducible	50% of UCR* tras el deducible
Servicios ortodóncicos	50% hasta \$2,000 máximo vitalicio por persona		
Máximo de implantes vitalicio	50% hasta \$2,000 máximo vitalicio por persona		

**Los proveedores que no pertenezcan a la red recibirán el pago correspondiente a los límites usuales, acostumbrados y razonables (UCR). Usted será responsable de cualquier gasto que supere los límites UCR.*

El presente documento es una guía. Para obtener una descripción completa, consulte el resumen de los documentos del plan. En caso de En caso de discrepancia, se aplicarán los documentos del plan.



Cobertura de visión

El Plan de la Visión está diseñado para animarle a mantener su visión mediante exámenes regulares y para ayudarle con los gastos de gafas graduadas y lentes de contacto. El plan de la visión está administrado por VSP. Con este plan, puede utilizar proveedores dentro o fuera de la red, pero el nivel de beneficios es mayor cuando recibe servicios de un proveedor de la red. Encontrará una lista de los proveedores de la red en www.vsp.com o llamando directamente a VSP al 800.877.7195.

Para más información, incluyendo limitaciones del plan, exclusiones y descuentos en servicios, consulte el resumen de la descripción del plan de Visión en www.JFWBenefits.com.

Su proveedor verificará su elegibilidad para los beneficios de visión. Visite www.vsp.com para más detalles.

	Plan de visión	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Copago		
Examen	\$25 copago	Reembolso hasta \$45*
Lentes	Sin cargo después de \$25 copago por materiales	Reembolso hasta \$30-\$100*
Lentes de contacto	Hasta \$60 copago para ajuste y evaluación	
Lentes		
Monofocales	Cubierto en su totalidad	Reembolso hasta \$30*
Bifocales	Cubierto en su totalidad	Reembolso hasta \$50*
Trifocales	Cubierto en su totalidad	Reembolso hasta \$65*
Lentes de contacto (en lugar de lentes y monturas)		
Optativas	Subsidio de \$180	Reembolso hasta \$105*
Monturas		
Monturas	Subsidio de \$200	Reembolso hasta \$70*
Frecuencia de beneficios		
Examen	Cada 12 meses**	
Lentes	Cada 12 meses**	
Monturas	Cada 24 meses**	
Descuentos y ahorros adicionales		
Lentes y lentes de sol	Descuento del 20% en lentes y lentes de sol adicionales, incluyendo las opciones de lentes, de cualquier doctor de VSP dentro de los 12 meses de su último examen de visión saludable.	
Corrección de la visión con láser	Descuento medio del 15% sobre el precio normal o del 5% sobre el precio promocional; descuentos sólo disponibles en los establecimientos contratados.	

*Este documento constituye una guía. Para obtener una descripción completa, consulte el resumen de los documentos del plan. En caso de discrepancia, rigen los documentos del plan.

**La frecuencia de los beneficios se basa en la última fecha de servicio.

Contribución de los empleados

Cuando elige la cobertura médica, dental y/o de visión a través de VinLux, las contribuciones que se indican a continuación se deducen de su salario antes de que se retengan los impuestos sobre los ingresos y el Seguro Social. Esto significa que no tendrá que pagar el impuesto federal sobre los ingresos, el impuesto del Seguro Social o el impuesto de Medicare sobre el importe de sus pagos de primas que se pagan cada período de pago. Si lo desea, puede consultar a su abogado y/o asesor fiscal sobre el ahorro fiscal real que puede obtener.

Las elecciones de pareja de hecho pueden estar sujetas al impuesto sobre los ingresos imputados, según la normativa del IRS.

Contribución bisemanal del empleado

Cobertura	Anthem Advantage CDHP PPO/HSA	Anthem Value PPO	Anthem HMO	Kaiser HMO	PPO de Delta Dental	Visión VSP
Empleado sólo	\$67.85	\$124.62	\$112.62	\$128.31	\$10.24	\$1.22
Empleado +Cónyuge/Pareja de hecho	\$149.08	\$274.15	\$247.85	\$282.46	\$18.32	\$1.71
Empleado + Hijos	\$121.85	\$224.31	\$202.62	\$231.23	\$17.91	\$1.94
Familia	\$210.00	\$386.77	\$348.92	\$398.31	\$27.64	\$3.10



Cuentas de gastos flexibles

Flexible Spending Accounts (FSAs)

Los planes FSA de VinLux administrados por Wex. Los empleados pueden hacer una elección anual que se deducirá de la nómina en incrementos iguales, antes de impuestos, en el transcurso del año del plan, del 1 de enero al 31 de diciembre. Tenga cuidado de no sobreestimar sus gastos cuando elija su contribución anual. Estos beneficios requieren volver a inscribirse en el plan cada año.

For employees enrolled in the Anthem Advantage PPO/HSA medical plan: You may only enroll in the Limited Health Care FSA. Only non-medical expenses (such as dental and vision) are eligible under a Limited Health Care FSA.

Consulte la página 7 para obtener más información sobre la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). La inscripción en el plan médico Anthem Advantage PPO/HSA no afecta su elegibilidad para inscribirse en la FSA para Cuidado de Dependientes.

Gastos subvencionables* y directrices

Cuenta de gastos flexibles para servicios sanitarios	Cuenta de gastos flexibles para personas dependientes
Máximo anual de \$3,300 (verifique el máximo anual porque podría aumentar en función de las normas del IRS anualmente)	\$5,000 máximo anual (\$2,500 si está casado y declara los impuestos por separado)
Copagos, deducibles y coseguros para visitas al consultorio del plan médico	Se utiliza para gastos de guardería de personas dependientes mientras usted y su cónyuge trabajan, buscan trabajo o estudian a tiempo completo.
Ciertos productos de venta libre recetados por su médico (se requiere receta)	Las personas dependientes son los hijos menores de 13 años o los dependientes que no pueden valerse por sí mismos físicamente o mentalmente.
Copagos, deducibles y coseguros del plan dental	Sólo se puede reembolsar hasta lo que se haya descontado de la nómina ("paga a medida que avanzas")
Gastos de ortodoncia	Los gastos deben realizarse antes del 15 de marzo del año siguiente y presentarse para su reembolso antes del 30 de abril del año siguiente.
Gastos oftalmológicos, incluyendo las lentillas, monturas y cirugía láser (LASIK)	
Los gastos pueden ser para usted o para cualquier persona que declare como dependiente en su declaración de impuestos federales**	
Toda su elección estará disponible inmediatamente, sin tener en cuenta los importes reales de las retenciones salariales.	
Hasta \$660 transferibles al año siguiente (esta cantidad puede aumentar cada año debido a las decisiones del IRS).	
Los gastos deben realizarse antes del 31 de diciembre y presentarse para su reembolso antes del 30 de abril del año siguiente.	

COMPARACIÓN entre FSA y HSA

RECORDATORIO: DEBE INSCRIBIRSE DE NUEVO EN LOS PLANES FSA PARA 2025. SU ELECCIÓN DEL AÑO ANTERIOR NO SE TRANSFIERE.

Las cuentas de gastos flexibles son similares a las HSA en el sentido de que puede utilizar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos que reúnan los requisitos. Aunque una FSA puede utilizarse para pagar gastos muy similares a los de una HSA, el IRS no permite que los empleados tengan ambos tipos de cuentas durante el mismo año del plan. Esto significa que si participa en un plan de FSA, que no se considera un plan de FSA de propósito limitado, no puede abrir y aportar fondos a una HSA durante el mismo año del plan. Sin embargo, esto NO afecta a su capacidad para inscribirse en la parte de una FSA correspondiente a la asistencia a personas dependientes (sólo a la asistencia sanitaria).

Cuenta de Gasto Flexible (FSA)		Cuenta de ahorro sanitario (HSA)
Requisitos	Sin requisitos	Inscripción en un plan de salud dirigido por el consumidor (CDHP)
Límites de contribución para 2025	\$3,300 por empleado	\$4,300 por individual/ \$8,550 por Familia
Contribuciones de recuperación	Ninguno	Si tiene más de 55 años, puede aportar \$1,000 más al año
¿A quién pertenece la cuenta?	Empresario	Empleado
Modificación de contribuciones	Sólo en caso de acontecimientos que cumplan los requisitos, como matrimonio, nacimiento de un hijo o durante la afiliación abierta	Por mes (por cada nómina)
¿Dispone de tarjeta de débito?	Sí	Sí
Traspaso de fondos	El plan dispone de un plazo de 90 días para presentar reclamaciones contraídas durante el año del plan	Sí. Los fondos no utilizados se transfieren de un año a otro
Portabilidad o pérdida	No es portátil. En caso de desempleo, los fondos no utilizados se pierden. Excepción: si tiene derecho a la continuación de la FSA a través de COBRA.	Sí es portátil. No se pierden los fondos de la cuenta cuando se cambia de empresa o de plan de salud.
Acceso a los fondos	Se puede acceder al dinero antes de ingresarlo en la cuenta	Sólo se puede acceder a los fondos ingresados en cuenta
¿Es necesario justificar los gastos?	Sí	No; pero el IRS puede pedirle que justifique cualquier gasto que se haya realizado, la cantidad del gasto y su subvencionabilidad.
Gastos no relacionados con la salud	Los fondos de la FSA no pueden utilizarse para gastos que no sean médicos	Los fondos de la cuenta HSA pueden utilizarse para gastos no relacionados con la asistencia sanitaria, pero se incluyen en los ingresos netos y están sujetos a una penalización del 20% si tiene menos de 65 años.
¿La cuenta genera intereses?	No	Sí; los importes varían según el banco de la HSA
Efecto sobre los impuestos (varía según el estado)	Las contribuciones son antes de impuestos y las distribuciones son libres de impuestos.	Las contribuciones a la cuenta están exentas de impuestos, los intereses sobre el saldo de la HSA y las ganancias de las inversiones están exentos de impuestos, y las retiradas de fondos para gastos médicos cualificados están exentas de impuestos.

Cómo utilizar su tarjeta de débito Wex FSA

- Tiene una visita al médico. El copago de la visita al médico es de \$20. En lugar de pagar al médico en efectivo o con un cheque, usted utiliza su tarjeta de débito FSA (que se utiliza como una tarjeta de crédito) para pagar el copago de su visita al consultorio.
- El médico le receta un medicamento. Usted va a la farmacia de la red y le cobran \$25 por el copago de su receta. Utiliza la tarjeta de débito de la FSA para pagar el copago de \$25 de la receta.
- Es hospitalizado. Después de que la compañía de seguros haya pagado su parte de la factura, quedan \$1,200 en gastos de los que usted es responsable (incluidos los importes deducibles y el coseguro). Usted paga la factura con su tarjeta de débito FSA.
- Va al dentista para que le empaste una caries. Utiliza su tarjeta de débito FSA para pagar el coseguro del 10%.

Nota: También puede optar por no utilizar la tarjeta de débito y pagar sus gastos médicos de su bolsillo y luego presentar una solicitud de reembolso

Beneficios para Transporte Público

WEX gestiona las prestaciones para los desplazamientos al trabajo, que son una opción antes de impuestos para los gastos de transporte y estacionamiento. Estas prestaciones permiten a los empleados reservar cada mes dinero antes de impuestos para pagar los gastos de transporte y estacionamiento relacionados con el trabajo.

Cuenta de transporte público: Si utiliza el transporte público para ir y volver del trabajo, como el autobús, el tren o una furgoneta compartida, puede reservar hasta **\$315 al mes** antes de impuestos para pagar fichas, tarjetas, pases u otros gastos de transporte cualificados.

Cuenta de estacionamiento: Si paga por estacionar su coche en el trabajo o en una terminal de cercanías, puede apartar hasta **\$315 al mes**, antes de deducir los impuestos, para pagar los gastos de estacionamiento que reúnan los requisitos.



Cobertura básica de vida/AD&D

El seguro de vida ofrece protección financiera a sus seres queridos en caso de fallecimiento. La cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) ofrece una protección adicional si un accidente causa la pérdida de la vida, miembros y/o sentidos.

VinLux ofrece a todos los empleados que reúnan los requisitos necesarios una indemnización básica por vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D), ¡sin coste alguno para usted!

Salario menos de \$175,000	Salario igual o más de \$175,000
\$50,000 (cantidad fija)	1 vez el salario anual de compensación (\$600,000 máximo)

Las indemnizaciones se reducen en:

- 65% a los 70 años
- 50% a los 75 años

Beneficiario - Información importante

Tiene que designar un beneficiario para sus seguros de vida y AD&D. Los cambios de beneficiario pueden hacerse en cualquier tiempo durante el año.



Protección de ingresos

Seguro vida y AD&D

El seguro de vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) puede ayudarle a prepararse para lo inevitable. En la siguiente tabla encontrará un resumen de las coberturas.

Seguro de Vida y de AD&D Voluntario para Empleados	• Puede adquirir cobertura adicional en incrementos de \$25,000 • Cobertura máxima de \$1,050,000* • La solicitud para añadir cobertura está sujeta a la cumplimentación y aprobación del formulario de comprobante de asegurabilidad si no se realiza la elección cuando se tiene derecho a la cobertura por primera vez • Póliza de seguro de vida temporal • A los 70 y 75 años, se reducen las cantidades del seguro de vida • La indemnización por AD&D coincide con la cobertura de vida voluntaria elegida • Cobertura en caso de fallecimiento o desmembramiento causados por un accidente • Indemnización en caso de fallecimiento, amputación de un miembro, pérdida de visión, voz o audición
Seguro de Vida y de AD&D Voluntario para el cónyuge**	• Disponible cuando el empleado se inscribe en el Seguro de Vida y de AD&D Voluntario • Hay dos opciones de cobertura para el cónyuge/pareja de hecho: 1. Una cantidad fija de prestación de \$13,000 2. Cantidades en incrementos de \$25,000 con un máximo de \$525,000 (sin sobrepasar el 50% de la cantidad elegida por el empleado) • La solicitud para añadir cobertura está sujeta a un formulario de declaración de asegurabilidad si no se realiza la elección cuando se tiene derecho a la cobertura por primera vez • Póliza de seguro de vida temporal • A los 65 y 70 años, se reducen las cantidades del seguro de vida • Para AD&D, la cantidad coincide con su elección de cobertura de vida voluntaria • Proporciona cobertura en caso de muerte accidental o desmembramiento. • Indemnización en caso de fallecimiento, amputación de un miembro, pérdida de visión, voz o audición
Seguro de Vida y de AD&D Voluntario para hijo(s)	• Disponible cuando el empleado se inscribe en el Seguro de Vida y de AD&D Voluntario • Cobertura de \$5,000 disponible por hijo elegible • Póliza de seguro de vida temporal • Elegible hasta que el hijo cumpla 26 años • Para AD&D, la cantidad coincide con su elección de cobertura de vida voluntaria • Cobertura en caso de fallecimiento o desmembramiento causados por un accidente • Indemnización en caso de fallecimiento, amputación de un miembro, pérdida de visión, voz o audición
Emisión garantizada***	• Seguro voluntario del empleado: \$750,000 • Para Cónyuge/pareja de hecho: \$25,000 • Para Hijo(s) : \$5,000

*El máximo combinado de su cobertura básica y voluntaria es de \$1,200,000.

**El coste de la cobertura se basa en la edad de su cónyuge.

***Los empleados recién contratados y los que reúnen los requisitos por primera vez pueden elegir la cobertura hasta la Emisión Garantizada sin la aprobación de la aseguradora. Si solicita un importe de cobertura para usted o su cónyuge superior al importe de cobertura garantizado, la cobertura que exceda el importe de cobertura garantizado no se emitirá hasta que la compañía de seguros apruebe pruebas aceptables de buena salud. Los aumentos de los importes de cobertura tienen lugar el primer día en que la persona está activa tras la entrada en vigor del nuevo importe de cobertura.

Designa a su beneficiario

Cuando se inscriba en línea para recibir prestaciones, busque las indicaciones para designar un beneficiario para su cobertura de seguro de vida proporcionada por VinLux y/o sus planes de seguro de vida voluntario. Si no se designa un beneficiario, las prestaciones se pagarán de acuerdo con la póliza de la compañía aseguradora. No es necesario añadir un beneficiario para su cobertura de seguro de vida para cónyuges o hijos, ya que usted es automáticamente el beneficiario de cualquier cobertura para cónyuges o dependientes que elija.

Comprobante de asegurabilidad

Es posible que se le solicite un Comprobante de Asegurabilidad (EOI) o justificante de buena salud si:

- No se inscribe para recibir cobertura cuando está disponible por primera vez y decide inscribirse más tarde.
- Desea aumentar su cobertura después de la afiliación inicial.

Incapacidad

Todos los empleados con derecho a prestaciones y tres o más meses de servicio están cubiertos por el plan de Incapacidad a Corto Plazo. Este plan proporciona una sustitución salarial en caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad, incluida la incapacidad por embarazo. Las prestaciones percibidas en virtud de este plan se compensarán con las prestaciones que perciba, o tenga derecho a percibir, en virtud de cualquier ley o ley estatal o federal de prestaciones obligatorias, como la incapacidad estatal, la indemnización por accidente de trabajo y la Seguridad Social. Dependiendo de su antigüedad, puede tener derecho a recibir más del 60% de su salario base semanal.

VinLux ofrece a todos los empleados elegibles un seguro de incapacidad a largo plazo pagado por la empresa a través de New York Life. Si sufre una incapacidad superior a 90 días, puede optar a recibir prestaciones por incapacidad en virtud de nuestro plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD). Seguirá percibiendo las prestaciones del plan LTD mientras se le considere "discapacitado" hasta que cumpla 65 años o la edad normal de jubilación del Seguro Social.

Plan	Cantidad y plazo de la prestación
Incapacidad a corto plazo (STD)	Empleados a tiempo completo con más de 1 año de servicio • 100% de continuación salarial* hasta 4 semanas • 60% de continuación salarial* hasta 8 semanas adicionales Empleados a tiempo completo con menos de 1 año de servicio • 60% de continuación salarial* hasta 12 semanas <i>*Todos los pagos se compensan con la indemnización estatal por incapacidad o accidente laboral</i>
Incapacidad de largo plazo (LTD)	• Proporciona cobertura tras un periodo de eliminación de 90 días. • Póngase en contacto con New York Life para presentar su solicitud de LTD llamando al 800-362-4462 • Sustituye el 66 2/3% de su salario mensual (\$15,000 mensuales máximo) • Se aplican las enfermedades preexistentes <i>*Todos los pagos se compensan con la indemnización estatal por incapacidad/indemnización de los trabajadores</i>

NOTA: si queda incapacitado durante los 12 primeros meses de cobertura debido a una enfermedad preexistente, es posible que los planes de invalidez no abonen prestaciones. La fecha de entrada en vigor de la cobertura es el primer día del mes después de 30 días de empleo o el primer día del mes después de 30 días de traslado a una clasificación con derecho a prestación. Si desea información más detallada, consulte las descripciones resumidas del plan disponibles en: www.JFWBenefits.com.

Permiso familiar retribuido

La empresa continuará pagando el 100% del salario durante un máximo de ocho semanas a los empleados a tiempo completo con más de un año de servicio y un máximo de dos semanas a los empleados a tiempo completo con menos de un año de servicio que disfruten de un permiso familiar para establecer un vínculo afectivo y cuidar de un recién nacido (en los 12 meses siguientes a su nacimiento), cuidar de un hijo tras su adopción o colocación en un hogar de acogida (en los meses siguientes a su adopción o colocación), o cuidar de un padre, hijo, cónyuge o pareja de hecho registrada gravemente enfermo. Para poder optar a esta prestación, los empleados de los estados que ofrecen el Permiso Familiar Remunerado deben solicitar y recibir las prestaciones disponibles a través del estado.

Esta prestación permitirá a los empleados con más de un año de servicio disfrutar de ocho semanas de permiso por el nacimiento de un hijo o de un permiso familiar con sueldo completo. Estas prestaciones coincidirán con cualquier permiso no retribuido amparado por la Ley de Derechos Familiares de California (California Family Rights Act) y/o la Ley de Permisos Médicos Familiares (Family Medical Leave Act).

Cuidado de Mascotas

En VinLux, nuestras mascotas también son una parte importante de nuestras familias, por eso nos hemos asociado con Pet Benefit Solutions y hemos añadido su **Plan Total para Mascotas** a nuestro paquete de beneficios..

El Plan Total para Mascotas ofrece todo lo que las mascotas necesitan por un precio económico. El plan incluye ahorros diarios en atención veterinaria y productos para mascotas, y acceso a otros servicios y descuentos para el cuidado de mascotas.

Detalles del Plan:

- Descuentos en productos y recetas
- Descuentos en atención veterinaria
- Telemedicina para mascotas 24/7
- Servicio de recuperación de mascotas perdidas
- Descuentos adicionales en tiendas de mascotas y proveedores de servicios

Detalles de Cobertura:

- Sin exclusiones por enfermedades preexistentes o edad
- Sin deducibles, periodos de espera, ni reclamaciones
- Cubre todo tipo de mascotas, sean perros, gatos o animales exóticos
- Sin límites máximos anuales ni vitalicios



Una Mascota

\$11.75/mes

Plan Familiar (2+ Mascotas)

\$18.50/mes



Plan de ahorros 401(k) — Vanguard

Los trabajadores fijos a tiempo completo pueden afiliarse a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Todos los demás empleados tienen derecho a participar al completar 1.000 horas en un periodo consecutivo de 12 meses y tener 18 años o más. El plan permite que el empleado aporte hasta el 50% de su salario antes de impuestos, con un límite de \$23,000 por año civil (o \$30,500 si tiene 50 años o más). Puede transferir dinero de un plan fiscal de una empresa anterior al plan 401(k) de VinLux.

Inscripción automática: El tres por ciento (3%) de su salario antes de impuestos se aporta automáticamente al plan 30 días después de su fecha de elegibilidad, a menos que elija no contribuir. La aportación del 3% se invierte automáticamente en un Fondo de Fecha Objetivo seleccionado utilizando su año estimado de jubilación basado en su fecha de nacimiento. Si desea modificar o renunciar a la deducción automática o elegir cómo desea que se inviertan sus aportaciones, puede ponerse en contacto con Vanguard llamando al 1-800-523-1188 o visitando

www.vanguard.com/retirementplans.

Aumento automático del ahorro: Para facilitar aún más las cosas, el plan ofrece incrementos automáticos del ahorro para ayudarle a ahorrar más dinero. Su tasa de ahorro aumentará un 1% cada mes de enero hasta alcanzar el 6%. (Para los empleados contratados durante los tres últimos meses del año, el incremento entrará en vigor en el mes de enero siguiente). Puede renunciar al incremento automático de los ahorros llamando a Vanguard al 1-800-523-1188 o visitando

www.vanguard.com/retirementplans.

Contribución de la empresa: Bisemanalmente, la empresa le podrá hacer una aportación discrecional de hasta el 100% del primer 3% y el 50% del siguiente 2% de la retribución que atribuya al plan durante el periodo de pago, hasta un máximo de \$5,200 por año calendario. Podrá optar a la aportación de la empresa si es empleado el último día del periodo de pago y ha trabajado un mínimo de 38 horas en el periodo de pago. Se le concederá el 100% de la aportación de la empresa y de sus aplazamientos inmediatamente. Esta aportación es discrecional.

Conserjería de Inscripciones - McNally Insurance Services

VinLux se ha asociado con McNally Insurance Services para ayudarle con sus preguntas de Salud, Dental y Seguro de Visión cuando usted está saliendo de un plan de grupo a través de su trabajo. Aquí hay algunos escenarios comunes cuando usted puede considerar ponerse en contacto con McNally Insurance Services:

- Los hijos a su cargo se han dado de baja de su plan médico colectivo.
- Ha cumplido 65 años y puede acogerse a Medicare y sigue pensando en trabajar
- Se jubila o deja de trabajar por otros motivos.

Estos tienen un gran impacto en nuestras necesidades personales y familiares. McNally Insurance Services está disponibles para los empleados de VinLux de forma gratuita para asegurarse de que usted está tomando las mejores decisiones posibles para sus necesidades.

Si necesita ayuda, póngase en contacto con:

- McNally Insurance Services: Llamada gratuita (877) 490-2500
- Maureen McNally: extens. 11, o maureen@mcnallyinsurance.com

YOURWINESTORE

BIENVENIDO A JACKSON FAMILY WINES **DE NUESTROS VIÑEDOS A SU PUERTA**

YourWineStore es donde usted encuentra la más extensa colección de vinos de Jackson Family a precios para empleados. **Tenemos más 30+ marcas de vino para elegir. La mayoría con un 50% de descuento.** También incluido: Exclusivas de los empleados y selecciones especiales durante todo el año.

Puede ordenar en línea en yourwinestore.com para recoger su vino en nuestra tienda física o envío.

Pedidos para recoger es gratis y disponible en siete ubicaciones en California y McMinnville Oregón. **Pedidos sometidos antes del lunes a las 9am se enviarán a la ubicación elegida semanalmente los viernes.**

Visite JFWNOW para más detalles sobre la entrega "will-call", envíos y preguntas frecuentes.

PARA COMENZAR

Crea una cuenta en YourWineStore utilizando tu correo electrónico de la empresa en yourwinestore.com, y envía un correo a info@yourwinestore.com una vez completado. Tras la confirmación de tu contratación por Recursos Humanos, el equipo de YourWineStore te registrará como empleado para aplicar tu descuento.

Recordatorio: Empleados deben ir a yourwinestore.com para ver los precios para empleados.

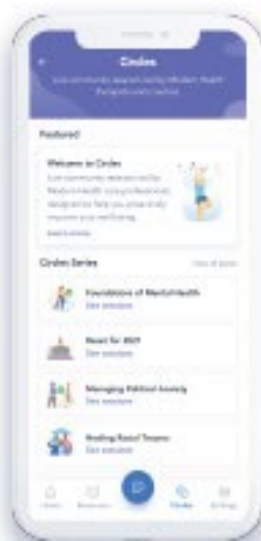
YourWineStore
info@yourwinestore.com 707-535-8477

Tu hogar para el bienestar mental y el crecimiento personal está aquí.

Te damos la bienvenida a Modern Health, tu recurso de beneficios de bienestar mental para que puedas ser tu mejor versión, en casa y en el trabajo.



**Terapia y
entrenamiento
individual**



**Sesiones grupales
en vivo**



**Meditaciones y
programas**



**Mensajes
ilimitados**

Modern Health brinda apoyo para todos los aspectos de la vida:



Da el primer paso para que tú seas la prioridad:
Escanea este código QR o visita [Modern Health](#) para comenzar.
¿Preguntas? Mándanos un mensaje a help@modernhealth.com



Servicios de vida y trabajo

Disponible a través del socio del EAP de Modern Health: Workplace Options (WPO)

Además del asesoramiento personalizado central, la terapia, los círculos grupales, y los cursos y programas a tu propio ritmo, tienes acceso gratuito a especialistas de vida y trabajo que pueden ayudarte con investigaciones personalizadas y referencias para satisfacer tus necesidades en las siguientes áreas.



Cuidado infantil

- Niñera y cuidado después de la escuela
- Centros de cuidado infantil y campamentos
- Opciones de atención de respaldo



Atención de personas mayores

- Viviendas y transporte para personas mayores
- Recursos comunitarios, como programas de comidas y atención de relevo



Educación y adopción

- Tutoría y orientación sobre ayuda financiera
- Información sobre las escuelas
- Información de las agencias de adopción



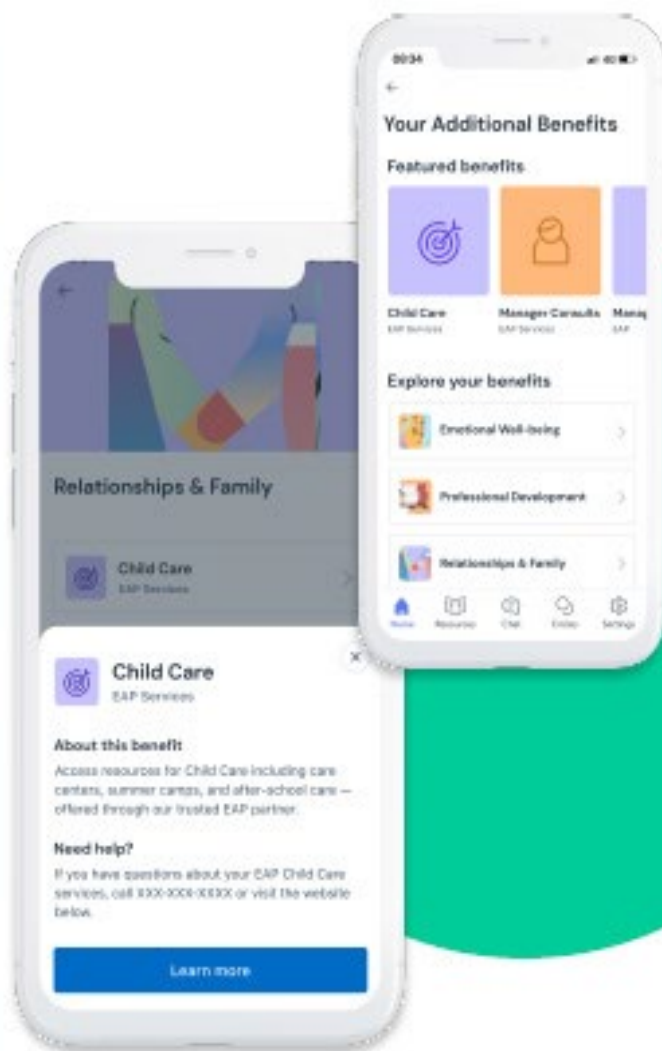
Apoyo financiero y legal*

- Referencias a apoyo financiero para presupuestar y planificar
- Referencias a abogados
- Robo de identidad



Servicios de conveniencia*

- Cuidado de mascotas
- Servicios de viajes
- Compras del consumidor



* Las ofertas de los servicios varían según el país



Modern Health es tu beneficio de bienestar mental.

Acceso a recursos personalizados individuales, grupales y de autoservicio para tu bienestar, para que puedas ser la mejor versión de ti mismo: en casa, en el trabajo y en tus relaciones.

Escanea este código QR para comenzar. O visita [Modern Health](#)



Sude la gota gorda sin arruinarse

Miles de opciones de acondicionamiento físico

- Elija entre **+12,700 gimnasios estándar** por solo **\$28 al mes**.¹
- Además, **+8,700 centros de ejercicio premium** con descuentos entre un **20% - 70%** en la mayoría de las sedes.¹

Flexible y asequible

- **Sin contratos a largo plazo.** Cambie de gimnasio y cancele con facilidad.
- Únase a varios gimnasios y obtenga un **descuento mensual de \$5** en cada membresía adicional.²

Vaya más allá del gimnasio

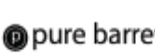
- **Asesoría de bienestar 1:1** para ayudarlo a alcanzar sus metas de salud, sin costo adicional.
- Consiga Fit at Home™ gratis con los **+12,000 videos de entrenamiento físico bajo demanda** antes de inscribirse.



Red de acondicionamiento físico estándar



Red de acondicionamiento físico premium



Tarifa de inscripción de \$0 para todos los gimnasios con el código: SUMMERTIME³

Para empezar: Ingrese en la página de Internet para a llados y haga clic en el enlace para Descuentos www.Anthem.com/ca

¹ Las tarifas mensuales están sujetas a las tarifas de inscripción y los impuestos aplicables. Los costos de los centros de ejercicios premium superan los \$28 al mes, más las tarifas de inscripción y los impuestos aplicables. Las tarifas varían dependiendo de los centros de acondicionamiento físico premium seleccionados.

² Los miembros pueden adquirir múltiples membresías de gimnasios estándar y premium con un descuento de \$5 en la tarifa mensual para cada membresía adquirida después de la primera.

³ Se exige la tarifa de inscripción de \$28 para gimnasios estándar y premium 7/1/2024 12:01 a.m. - 9/30/2024 11:59 p.m. PT.

MS66-249R-ANTH SP 05/24 © 2024 American Specialty Health Incorporated (ASH). Todos los derechos reservados. El programa Active&Fit Direct™ lo ofrece American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de ASH. Active&Fit Direct, Fit at Home, Break a Sweat Without Breaking the Bank y el logotipo de Active&Fit Direct son marcas registradas de ASH. Otros nombres o logotipos pueden ser marcas registradas de sus respectivos propietarios. La participación en los centros de acondicionamiento físico estándar y centros de ejercicio premium varía según la sede y está sujeta a cambios. Pueden aplicarse otras restricciones según la ubicación del centro de acondicionamiento físico que elija. Los videos de entrenamiento físico bajo demanda están sujetos a cambios. ASH se reserva el derecho de modificar cualquier aspecto del programa (entre otros, sin limitación, la(s) tarifa(s) de inscripción, la(s) tarifa(s) mensual(es), cualquier tarifa de mantenimiento anual futura, o el periodo introductorio) en cualquier momento según los términos y condiciones. Si modificamos una tarifa o hacemos un cambio importante en el programa, se lo notificaremos al menos con 30 días de antelación a la fecha de entrada en vigencia del cambio. Podemos interrumpir el programa en cualquier momento, a través de un aviso previo por escrito.

Información de contacto

Agencia / Empresa	Teléfono	Sitio web	Grupo n°
Seguros médicos			
Anthem Advantage CDHP/HSA	866-207-9878	www.anthem.com/ca	L00834
Anthem Value PPO	800-888-8288	www.anthem.com/ca	L00834
Anthem HMO	833-913-2236	www.anthem.com/ca	L00834
Kaiser HMO (CA Norte/Sur)	800-464-4000	www.kp.org	38765/229286
Kaiser HMO (OR)	800-813-2000	www.kp.org	19769
Seguro dental			
Delta Dental	800-765-6003	www.deltadentalins.com	01633
Seguro de visión			
Vision Service Plan (VSP)	800-877-7195	www.vsp.com	12146160
Protección de ingresos			
New York Life (Basica y AD&D)	800-362-4462	www.newyorklife.com	FLX-964763/ OK-966373
New York Life (Incapacidades)	800-362-4462	www.newyorklife.com	LK-963332
New York Life (Seguro voluntario)	800-362-4462	www.newyorklife.com	FLX-964763
Asistencia para la salud mental			
Modern Health		www.modernhealth.com	
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)			
Modern Health Workplace Options	833-322-1931		Clave de empresa: JFW
Accidentes en viajes de negocios (BTA)			
The Hartford	800-243-6108	www.thehartford.com	ETB-112402
Cuenta de jubilación colectiva 401(k)			
Vanguard 401(k)	800-523-1188	www.vanguard.com/retirementplans	095683
Cuenta de gastos flexibles (FSA) y de transporte público			
Wex	866-451-3399	www.Wexinc.com	16125
Cuenta de ahorro sanitario (HSA)			
Health Equity	866-735-8195	www.healthequity.com	N/A
Contacto interno de VinLux			
Veronica Blanco	707-265-4181	veronica.blanco@jfwmail.com	Recursos humanos

Centro de Beneficios para Empleados

Horario: 5am-5pm tiempo Pacifico

Teléfono: 888.907.1391

Correo electrónico: jfwbenefits@libertycompany.com

www.jfwbenefits.com

2025 Avisos legales

AVISO LEGAL: LEA ATENTAMENTE

En este documento se incluyen los siguientes avisos legales:

Cobertura para parejas de hecho (consulte la página 4)

Acuerdo de arbitraje del Plan Anthem

Acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Kaiser Permanente Insurance Company

Aviso de Disponibilidad de Prácticas de Privacidad HIPAA

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Aviso de Cobertura Acreditado de Medicare Parte D Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Aviso de cobertura del mercado de seguros médicos

Los avisos que no se incluyen en esta guía están a su disposición en línea en el sitio web del Centro de Servicios de Beneficios para Empleados en www.jfwbenefits.com. Entre los avisos que se pueden consultar en línea se incluyen:

Resumen de prestaciones y cobertura (SBC)

Aviso HIPAA de normas especiales de inscripción

ACUERDO DE ARBITRAJE DEL PLAN ANTHEM

SI ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA, TENGA EN CUENTA QUE ANTHEM BLUE CROSS Y ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY REQUIEREN ARBITRAJE VINCULANTE PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BAJO EL PLAN/PÓLIZA O CUALQUIER OTRA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL PLAN/PÓLIZA Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMOS MENORES Y LA DISPUTA PUEDE SOMETERSE A ARBITRAJE VINCULANTE SEGÚN LA LEY FEDERAL Y ESTATAL APLICABLE, INCLUIDA, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN ASEQUIBLE (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT).

Queda entendido que cualquier disputa, incluidas las disputas relacionadas con la prestación de servicios en virtud del plan/póliza o cualquier otra cuestión relacionada con el plan/póliza, incluida cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, en cuanto a si cualquier servicio médico prestado en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado o fue prestado de forma indebida, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje, según lo permitido y lo dispuesto por la legislación federal y de California, incluida, entre otras, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, salvo que la legislación de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje. ESTO SIGNIFICA QUE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY RENUNCIAN AL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO Y A LA PARTICIPACIÓN EN UNA DEMANDA COLECTIVA TANTO PARA RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, COMO PARA CUALQUIER OTRA DISPUTA, INCLUIDAS LAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BAJO EL PLAN/PÓLIZA O CUALQUIER OTRA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL PLAN/PÓLIZA.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. Y KAISER PERMANENTE INSURANCE COMPANY ACUERDO DE ARBITRAJE

Entiendo que (excepto en los casos del Tribunal de Reclamos de Menor Cuantía, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelaciones de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura sujeta a la regulación del procedimiento de reclamos de ERISA (29 CFR 2560.503-1), ciertas disputas relacionadas con los beneficios*) cualquier disputa entre yo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por una parte, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por la supuesta violación de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la afiliación a KFHP o la cobertura de KPIC, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera indebida, negligente o incompetente), negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, deberá decidirse mediante arbitraje vinculante conforme a la ley de California y no mediante demanda o recurso a un proceso judicial, salvo que la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje figura en la Prueba de Cobertura y en el Certificado de Seguro.

Las disputas derivadas de cualquiera de los siguientes productos de KPIC no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) los niveles 2 y 3 de los planes de punto de servicio (POS); 2) los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) 30 y de indemnización fuera del área (OOA); y 3) los planes dentales de KPIC.

AVISO HIPAA DE DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Plan está obligado por ley a notificar a los afiliados las obligaciones y prácticas de confidencialidad del Plan con respecto a la información sanitaria protegida de las personas cubiertas mediante una Notificación de Prácticas de Confidencialidad (NOPP, por sus siglas en inglés). La NOPP del Plan está disponible previa solicitud. Para obtener una copia de la NOPP, o para obtener más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo HIPAA, póngase en contacto con Kristy Van Lare, Director, Benefits & HR Operations, en kristy.vanlare@jfwmail.com o 707-525-6213.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos en Materia de Cáncer de 1998

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinadas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, WHCRA). de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura será en consulta con el médico que le atiende y la paciente:

Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;

Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;

Prótesis;

y, Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estas prestaciones estarán sujetas a los mismos deducibles y coaseguros o copagos aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas proporcionadas por este Plan. Por lo tanto, se aplicarán los deducibles y coseguros indicados en la sección médica de esta guía.

Si desea más información sobre las prestaciones de la WHCRA, póngase en contacto con Kristy Van Lare, Directora de Prestaciones y Operaciones de RRHH, en kristy.vanlare@jfwmail.com o al 707-525-6213.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE PARTE D

AVISO IMPORTANTE DE JACKSON Familia ENTERPRISES SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud de grupo a través de Jackson Familia Enterprises y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. Jackson Family Enterprises ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud de grupo a través de Jackson Family Enterprises es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando cumpla los requisitos de Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura válida de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también podrá acogerse a un Periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual a través de Jackson Familia Enterprises se verá afectada. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede mantener su cobertura de grupo de Jackson Familia Enterprises y su plan de Medicare Parte D de Medicare se coordinará con el plan de grupo. Consulte las políticas de su plan de grupo para conocer todos los detalles de la coordinación. Consulte las páginas 7 a 9 del documento CMS Disclosure of Creditable Coverage To Medicare Part D Eligible Individuals Guidance (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), donde se describen las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas que reúnen los requisitos de Medicare pueden tener a su disposición cuando reúnen los requisitos de la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su actual cobertura médica de grupo de Jackson Family Enterprises, tenga en cuenta que usted y las personas a su cargo no podrán recuperar esta cobertura hasta el siguiente periodo de inscripción abierta o después de un acontecimiento calificador, sujeto a los términos y requisitos de dicho plan médico de grupo.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura sanitaria de grupo actual a través de Jackson Family Enterprises y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

Si desea más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Jackson Family Enterprises. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Si desea más información sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

- ☐ Visite www.medicare.gov
- ☐ Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada del manual Medicare y Usted) para obtener ayuda personalizada
- ☐ Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

RECUERDE: CONSERVE ESTE AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE. SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UNO DE LOS PLANES DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE, ES POSIBLE QUE SE LE SOLICITE UNA COPIA DE ESTE AVISO CUANDO SE INSCRIBA PARA DEMOSTRAR SI HA MANTENIDO O NO UNA COBERTURA ACREDITABLE Y, POR LO TANTO, SI SE LE EXIGE O NO QUE PAGUE UNA PRIMA MÁS ALTA (UNA MULTA).

A efectos de esta notificación, el administrador del plan es:

Kristy Van Lare
Directora de Beneficios y Operaciones de RR.HH.
kristy.vanlare@jfwmail.com
707-525-6213

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mychibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfp Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
 Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

AVISO DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS SANITARIOS

Parte A: información general

Cuando partes clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, hubo una nueva forma de comprar seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su Jackson Family Wines.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado de Seguros Médicos está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. En Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede optar a un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre para la cobertura a partir del 1 de enero..

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Puede optar a ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en su prima al que puede optar depende de sus ingresos familiares.

¿Afecta la cobertura sanitaria del empleador a la posibilidad de ahorrar en las primas a través del Mercado?

Sí. Si su empresa le ofrece una cobertura sanitaria que cumple determinadas normas, no podrá optar a una desgravación fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empresa. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinados requisitos, puede optar a una desgravación fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos. Si el coste anual de un plan de su empresa que le cubra a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9,5% de los ingresos de su hogar durante el año, o si la cobertura que ofrece su empresa no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, puede optar a un crédito fiscal.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura sanitaria ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrece su empresa, consulte el resumen de la descripción de su plan o póngase en contacto con Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de RRHH, en kristy.vanlare@jfwmail.com o en el 707-525-6213.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite www.HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su zona. Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de las prestaciones permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60% de dichos costes.

PARTE B: Información general sobre la cobertura sanitaria ofrecida por su empresa

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por su empresa. Si decide rellenar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que facilite esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre de la empresa Jackson Family Enterprises VinLux, LLC	4. Número de identificación de la empresa (EIN) 20-5780901 26-0525606	
5. Dirección de la empresa 425 Aviation Blvd	6. Número de teléfono de la empresa 707-525-6212	
7. Ciudad Santa Rosa	8. Estado CA	9. Código postal 95403
10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura sanitaria de los empleados en este trabajo? Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de RR.HH		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) 707-525-6213	12. Correo electrónico kristy.vanlare@jfwmail.com	

A continuación encontrará información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece esta empresa:

Como empresa, le ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados.

☒ Empleados fijos a tiempo completo que trabajen regularmente más de 30 horas semanales. Empleados temporales a tiempo completo programados para trabajar más de 30 horas semanales, y empleados con horario variable que hayan trabajado más de 30 horas semanales durante su periodo de medición de un año.

Con respecto a las personas dependientes :

☒ Ofrecemos cobertura. Las personas a cargo admisibles son :

- cónyuge, pareja de hecho del mismo sexo o del sexo opuesto (para más información, consulte la Guía de prestaciones)
- hijos solteros a cargo menores de 26 años, siempre que no se les ofrezca un seguro colectivo a través de su propia empresa
- hijo a cargo con una discapacidad física o mental según la definición de la Administración del Seguro Social

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el coste de esta cobertura para usted pretende ser asequible, basándose en los salarios de los empleados.*

** Aunque su empresa pretenda que su cobertura sea asequible, usted puede optar a un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede optar a un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si acaba de ser contratado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede optar a un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov le guiará a lo largo del proceso.