Información de Beneficios —Grupos de Beneficios 1 y 2

1 de enero al 31 de diciembre 2024

Elegibilidad: Los empleados que son considerados empleados regulares de tiempo completo que trabajan 30 o más horas por semana son elegibles para recibir beneficios luego de completar 120 horas de servicio desde el día 15 de un mes hasta el día 14 del mes siguiente, pero a no más tardar el día 90 de empleo continuo y activo a tiempo completo con Tanimura & Antle. Sus dependientes elegibles incluyen su cónyuge legal o pareja doméstica registrada y sus hijos hasta 26 años de edad (o un niño de cualquier edad que se incapacita antes de los 26 años). Contacte a la oficina de Recursos Humanos (831) 455-3663 si tiene preguntas acerca de su plan de beneficios o elegibilidad.

52 Contribuciones Semanales del Empleado (PPO y Cobertura Basica incluye Dental, Visión, EAP & Seguro de Vida Básico)

	PPO (sin Panel Mexicano)	PPO (con Panel Mexicano)	Cobertura Básica (sin Panel Mexicano)	Cobertura Básica (con Panel Mexicano)
Empleado Solo	$25.50	$33.66	$10.20	$14.28
Empleado + Conyuge/DP	$80.58	$93.84	$19.38	$28.56
Empleado + Hijo (s)	$76.50	$89.76	$17.34	$26.52
Empleado + Familia	$122.40	$143.82	$24.48	$40.80

Planes médicos — Red de Proveedores de Cigna; BRMS, Administrador de Reclamos —1-888-624-7292, www.cigna.com

	PPO		Cobertura Básica	
	En la Red	**Fuera de la Red**	**En la Red**	**Fuera de la Red**
Deducible Miembro	$750		$5,000	**Uso de la Sala de Emergencia para Asistencia Médica de Emergencia** **NO COBERTURA PARA CUALQUIER SERVICIO FUERA DE LA RED**
Deducible Familiar	$1,250		$10,000	
Miembro - Gastos Max. de Bolsillo	$1,500	$4,500	$6,000	
Familia - Gastos Max de Bolsillo	$3,000	$4,500/persona	$12,000	
Consultas / Cuidado Urgente	$20 Copago *	30%	20%	
Examen de Rutina Fisica	No Hay Cobro*	No Está Cubierto	No Hay Cobro*	
Lab & X-Rayos	10%	30%	20%	
Hospitalización	10%	30%	20%	
Cirugía Ambulatoria	10%	30%	20%	
Sala de Emergencia	$100 Copago (se exonera si es admitido) Luego 10% (30% que no sean emergencias)		20%	
Recetas Medicas	30-Dias de Suministro		30-Dias de Suministro	
Genéricas	$10 Copago*	Sin Cobertura	20%	Sin Cobertura
De Marca	$30 Copago*	Sin Cobertura	25%	Sin Cobertura
Fuera del Formulario	$50 Copago*	Sin Cobertura	30%	Sin Cobertura
De Especialidad	20%	Sin Cobertura	30%	Sin Cobertura

*** Solamente copago: no está sujeto a deducible ni a coseguro.**

Este resumen es solo para fines ilustrativos. El texto contenido en esta guía fue tomado de varias descripciones de planes resumidos e información de beneficios. En caso de discrepancia entre esta Guía y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan.

Información de Beneficios — Grupos de Beneficios 1 y 2

1 de enero al 31 de diciembre 2024

Delta Dental —Tabla de Plan de Asignación (los montos mostrados son los que Delta pagara) Ejemplos solamente, consulte la tabla de asignaciones completa para los servicios no identificados en este anexo! 1-800-765-6003, www.deltadental.com		
	Proveedores Preferidos (PPO)	**Proveedores Fuera de Delta**
Deducible Anual	Ninguno	
Plan Anual Máximo	$1,500 / Miembro / Año Calendario	
Servicios Preventivos	Examen periódico y limpiezas: 100% del cargo permitido / limitado a dos veces por año. D0272 Radiografías de mordida - $ 28	Sin Cobertura
Servicios Básicos	Rellenos de amalgama D2150, dos superficies $ 91 Rellenos de amalgama D2160, tres superficies $ 107	
Endodoncia y Periodoncia	D3310 Root Canal- $ 360, Escala periodontal D4341: $ 129 / cuadrante	
Servicios Mayores	Corona D2750 (porcelana fundida a metal noble) - $ 531, D5110 Completa Dentadura (maxilar) - $ 823	
Ortodoncia- (para solo niño(s))	Se aplicara a la lista de tarifas Vida Máxima - $1,500	
Puede visitar a cualquier dentista con licencia, pero maximizará el valor de su plan al seleccionar un dentista de Delta. Los dentistas de la red han acordado a reducir las tarifas contratadas y no pueden "facturarle el saldo" por tarifas adicionales.		

Plan de Servicio de Visión (VSP) — 1-800-877-7195, www.vsp.com		
	Proveedores VSP	**Proveedores fuera de VSP**
Examen de Vision / Bienestar — Cada 12 meses	$20 copago por examen & lentes	Hasta $45
Marcos —Cada 12 meses	$ 150 de asignación; 20% de ahorro en el monto por encima del subsidio. $ 80 de subsidio para marcos en Costco	Hasta $47
Lentes — Cada 12 meses	Visión sencilla, bifocal con línea divisoria, y trifocal con línea divisoria	Hasta $45
Ahorros adicionales con proveedores de VSP: 30% de ahorro en anteojos adicionales del mismo proveedor de VSP, detección de retina y descuento por corrección de láser.		

Seguro de Vida Básico / AD&D pagado por el empleador — Mutual of Omaha	
Beneficio del Seguro de Vida / Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	Tanimura & Antle ofrece una póliza de seguro de vida a término básico de $ 30,000 para todos los empleados.

Plan de Asistencia al Empleado — CompSyc EAP 1-800-557-1005, www.guidanceresource.com	
5 sesiones gratuitas de orientación personal por hogar por incidente por año	Los servicios incluyen asistencia confidencial para resolver problemas: • Matrimonio y familia • Comportamiento adolescente • Abuso de sustancias • Estrés • Depresión • Problemas relacionados con el trabajo • Dificultades emocionales • Legal y financiero • Pena/dolor

Este resumen es solo para fines ilustrativos. El texto contenido en esta guía fue tomado de varias descripciones de planes resumidos e información de beneficios. En caso de discrepancia entre esta Guía y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan.