Employee Benefit Information— Benefit Groups 1 & 2

January 1 through December 31, 2024

Eligibility: Regular full-time employees working 30 or more hours per week are eligible for benefits following the completion of 120 hours of service from the 15th day of one month through the 14th day of the following month–but no later than the 90th day of continuous, active full-time employment with Tanimura & Antle. Eligible dependents include your legal spouse or registered domestic partner, and your children up to their 26th birthday (or a child of any age that becomes disabled prior to age 26). Contact the HR Office at 831-455-3663 with questions about your benefit plan or eligibility.

Employee 52 Weekly Contributions (PPO & Bronze includes Dental, Vision, EAP & Life)				
	PPO (without Mexican Panel)	PPO (with Mexican Panel)	Basic Coverage (without Mexican Panel)	Basic Coverage (with Mexican Panel)
Employee Only	$25.50	$33.66	$10.20	$14.28
Employee + Spouse/DP	$80.58	$93.84	$19.38	$28.56
Employee + Child(ren)	$76.50	$89.76	$17.34	$26.52
Employee + Family	$122.40	$143.82	$24.48	$40.80

Medical Plans — Cigna Network of Providers; BRMS Claims Administrator —1-888-624-7292 or www.cigna.com				
	PPO		Basic Coverage	
	In-Network	Non-Network	In-Network	Non-Network
Member Deductible	$750		$5,000	Other than Emergent Care use of Emergency Room NO COVERAGE FOR ANY OUT-OF-NETWORK SERVICES
Family Deductible	$1,250		$10,000	
Member Out-of-Pocket Maximum	$1,500	$4,500	$6,000	
Family Out-of-Pocket Maximum	$3,000	$4,500/person	$12,000	
Office Visits/ Urgent Care	$20 Copay *	30%	20%	
Preventive Care Visits	No Charge *	Not Covered	No Charge*	
Lab & X-ray	10%	30%	20%	
Hospitalization	10%	30%	20%	
Outpatient Surgery	10%	30%	20%	
Emergency Room	$100 Copay (waived if admitted) then 10% (30% Non Emergent)		20%	
Prescription Drugs	30-day Supply		30-day Supply	
Generic	$10 Copay *	Not Covered	20%	Not Covered
Brand	$30 Copay *	Not Covered	25%	Not Covered
Non-Formulary	$50 Copay *	Not Covered	30%	Not Covered
Specialty	20%	Not Covered	30%	Not Covered
*** Copay Only—Not subject to Deductible and Coinsurance.**				

This summary is for illustrative purposes only. The text contained in this guide was taken from various summary plan descriptions and benefit information. In case of discrepancy between this Guide and the actual plan documents, the actual plan documents will prevail.

Employee Benefit Information— Benefit Groups 1 & 2

January 1 through December 31, 2024

Delta Dental — 1-800-765-6003 or www.deltadental.com Table of allowance plan (amounts shown are what Delta will pay). Examples only, please refer to full Table of Allowance for services not identified in this Exhibit		
	Delta Preferred Providers	**Non-Delta Providers**
Annual Deductible	None	
Annual Plan Maximum	$1,500 per member	
Preventive Services	Periodic Exam & Cleanings: 100% of the allowable charge / Limited to two times per year. D0272 Bitewing X-rays—$28	Not Covered
Basic Services	D2150 Amalgam fillings, two surfaces $91 D2160 Amalgam fillings, three surfaces $107	
Endodontics & Periodontics	D3310 Root Canal—$360, D4341 Periodontal Scaling—$129/Quadrant	
Major Services	D2750 Crown (porcelain fused to high noble metal)—$531, D5110 Complete Denture (maxillary)—$823	
Orthodontics-(children only)	Fee schedule applies Lifetime Maximum - $1,500	
You can visit any licensed dentist, but you'll maximize your plan's value by selecting a Delta dentist! Network dentists have agreed to reduced contracted rates and can't "balance bill" you for additional fees.		

Vision Service Plan (VSP) — 1-800-877-7195 or www.vsp.com		
	VSP Providers	**Non-VSP Providers**
Well/Vision Exam— Every 12-months	$20 copay for exam & glasses	Up to $45
Frames—Every 12-months	$150 allowance; 20% savings on amount over allowance. $80 Costco frame allowance	Up to $47
Lenses—Every 12-months	Single vision, lined bifocal and lined trifocal	Up to $45
Extra Savings with VSP providers: 30% savings on additional glasses from same VSP provider, retinal screening and Laser Correction discount.		

Employer Paid Basic Life/AD&D — Mutual of Omaha	
Life/Accidental Death &Dismemberment (AD&D) Benefit	Tanimura & Antle provides a $30,000 Basic Term Life insurance policy for all employees.

Employee Assistance Plan — CompSyc EAP 1-800-557-1005 or www.guidanceresource.com	
5 free face-to-face counseling sessions per household per incident per year	Services include confidential assistance with problems solving: • Marriage and Family • Adolescent Behavior • Substance Abuse • Stress • Depression • Job-related issues • Emotional Difficulties • Legal & Financial • Grief

This summary is for illustrative purposes only. The text contained in this guide was taken from various summary plan descriptions and benefit information. In case of discrepancy between this Guide and the actual plan documents, the actual plan documents will prevail.

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.