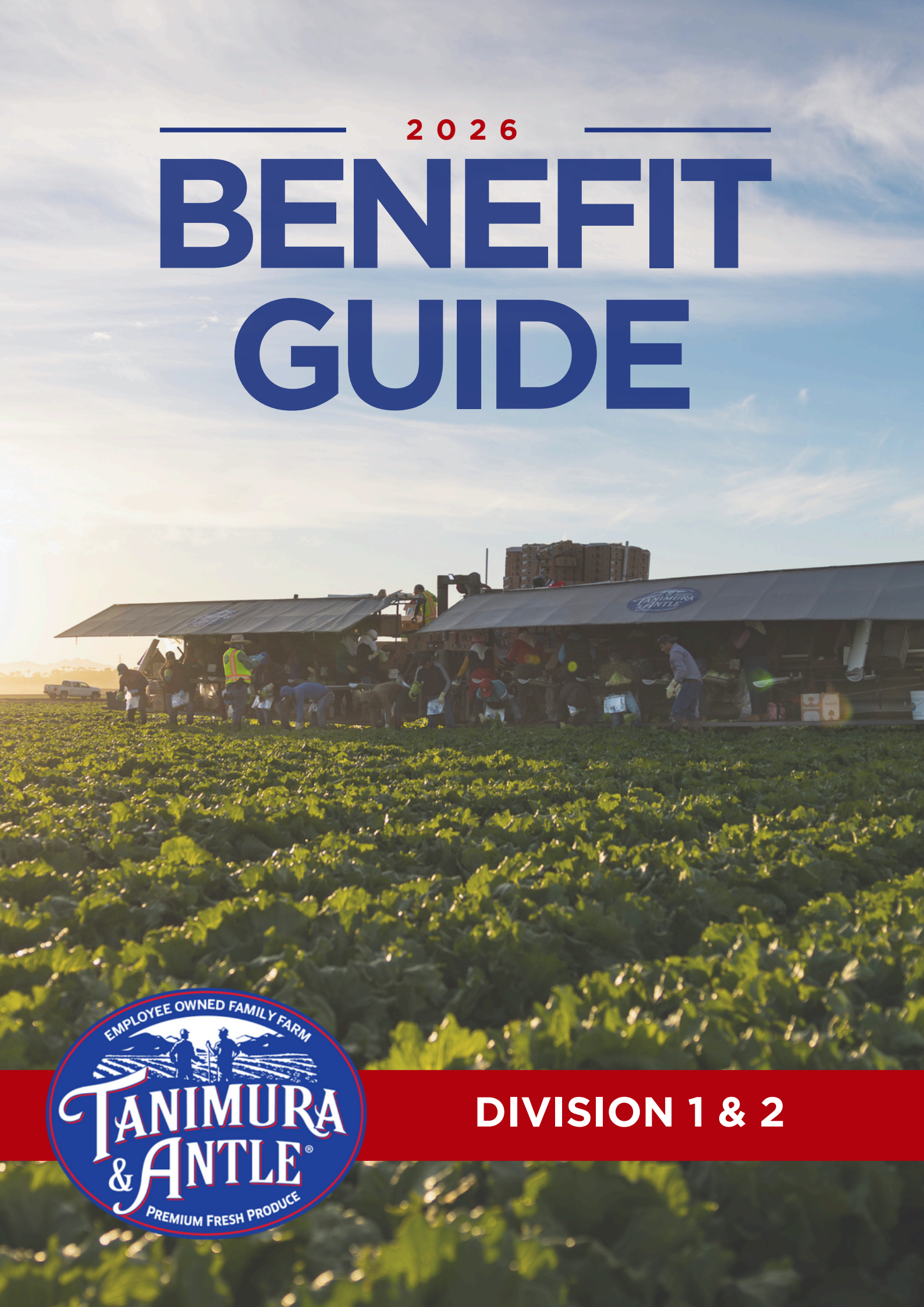
2026

BENEFIT GUIDE



EMPLOYEE OWNED FAMILY FARM

TANIMURA & ANTLE®

PREMIUM FRESH PRODUCE

DIVISION 1 & 2

About Your Benefits

At Tanimura & Antle we are committed to providing a comprehensive and affordable benefits package to you and your family. Review this guide to learn about your options so you can make the most of your company benefits. If you have any questions, feel free to reach out to the Tanimura & Antle Human Resources Team on the contact information page.

Table of Contents	
About Your Benefits	2
Medical Coverage	3
Prescription Drug Coverage	4
Mexican Panel Benefits	5
Dental Coverage	10
Vision Coverage	11
Life, AD&D and Voluntary Life	12
Accident Insurance	13
Hospital Indemnity Insurance	15
Critical Illness Insurance	16
Employee Assistance Program (EAP)	17
Contact Information	18
Required Notices	19

Open Enrollment

Open Enrollment is the one time a year you can make benefit election changes such as adding or dropping coverage, or adding a dependent. You will not be able to make any other changes outside of the open enrollment window unless you experience a qualifying life event (see the list of qualifying events below.) All benefit elections made during open enrollment will be effective January 1, 2026.

New Hire

You have 30 days from your date of hire to make benefit elections. If you do not make elections then you will only be enrolled in the Basic Life and AD&D coverage and Employee Assistance Program which is provided by the company at no cost. You will not be able to enroll in any other coverages or make benefit election changes until the next open enrollment period unless you experience a qualifying life event.

Eligibility and Enrollment

You are eligible to participate in the company's benefits if you are a full-time employee working at least 120 hours a month (between the 15th of the month to the 14th of the following month.) If you enroll for benefits, you may also cover your:

- Legal spouse
- Children up to age 26
- Unmarried children of any age who are mentally or physically disabled

You have 30 days from your hire date to enroll. Your benefits begin the first of the month following completion of the 120 hours.

If you have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see page 25 for more details.

Qualifying Life Events

You may make mid-year changes to your benefits only if you have a qualifying life event. Examples of qualifying life events include:

- Returning from layoff
- Marriage or divorce
- Birth or adoption of a child
- Change in a dependent's eligibility status
- Change in employment status for you or your dependents resulting in the loss/gain of coverage
- Change in the cost of dependent care (for dependent care flexible spending accounts only)
- Death of a dependent

You have 30 days from the date of the event to notify Human Resources to make the change. Keep in mind, the changes you make must be directly related to the event and supporting documentation must be provided.

This document is an outline of the coverage provided under your employer's benefit plans based on information provided by your company. It does not include all the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions contained in the official Plan Document, applicable insurance policies and contracts (collectively, the "plan documents"). The plan documents themselves must be read for those details. The intent of this document is to provide you with general information about your employer's benefit plans. It does not necessarily address all the specific issues which may be applicable to you. It should not be construed as, nor is it intended to provide, legal advice. To the extent that any of the information contained in this document is inconsistent with the plan documents, the provisions set forth in the plan documents will govern in all cases. If you wish to review the plan documents or you have questions regarding specific issues or plan provisions, you should contact your Human Resources/Benefits Department.

Medical Coverage

You have a choice of two medical plans through Cigna - a PPO and a Basic Coverage plan, that includes a bundle of medical, prescription drugs, dental, and vision. Each plan is available with or without access to a network of Mexico Healthcare Providers (Mexican Panel.) Review the chart below for the weekly healthcare coverage costs.

Coverage Tier	PPO with Mexican Panel	PPO without Mexican Panel	Basic Coverage with Mexican Panel	Basic Coverage without Mexican Panel
Employee Only	$34.67	$27.29	$14.57	$11.32
Employee + Spouse	$96.66	$85.41	$30.27	$21.51
Employee + Child(ren)	$89.76	$76.50	$27.05	$19.25
Employee + Family	$143.82	$130.97	$43.25	$28.15

	PPO With or Without Mexican Panel		Basic Coverage With or Without Mexican Panel	
	In Network	Out of Network	In Network	Out of Network
Calendar Year Deductible (Individual/Family)	$750/$1,250	$750/$1,250	$5,000/$10,000	N/A
Coinsurance	10%	30%	20%	Not Covered
Calendar Year Out-of-pocket Maximum (Individual/Family)	$1,500/$3,000	$4,500/$4,500	$6,000/$12,000	N/A
Preventive Care	0%	Not Covered	0%	Not Covered
Office Visits Teladoc Telemedicine Primary Care Urgent Care Specialist	 100% Covered $20 copay* $20 copay $20 copay*	 Not Covered 30% after deductible 30% after deductible 30% after deductible	 100% Covered 20% after deductible 20% after deductible 20% after deductible	 Not Covered Not Covered Not Covered Not Covered
Emergency Room	$100 copay then 10% after deductible (30% after deductible for Non-Emergency) (Copay is waived if admitted to the hospital)		20% after deductible	

*Deductible Waived

Finding In-network Providers

You save the most money when you choose in-network doctors, facilities and pharmacies. Log on to www.cigna.com or call 888.624.7292 to find providers in the Cigna network.

Prescription Drug Coverage

Prescription drug coverage through **OptumRX** and is included with all medical plan options – Basic Coverage and PPO. Review the chart below for the amount you will pay for the prescription drug service listed.

	PPO with or without Mexican Panel		Basic Coverage with or without Mexican Panel	
	In Network	Out of Network	In Network	Out of Network
Retail (30-day Supply)				
Generic	$10 copay	Non-Participating Pharmacy must be paid in full by participant and submitted to Optum for reimbursement	20% after Deductible	Non-Participating Pharmacy must be paid in full by participant and submitted to Optum for reimbursement
Preferred	$30 copay		25% after Deductible	
Non-Preferred	$50 copay		30% after Deductible	
Mail-order (90-day Supply)				
Generic	$10 copay	Non-Participating Pharmacy must be paid in full by participant and submitted to Optum for reimbursement	30% after Deductible	Non-Participating Pharmacy must be paid in full by participant and submitted to Optum for reimbursement
Preferred	$30 copay			
Non-Preferred	$50 copay			
Specialty (30-day Supply)	20% after Deductible	Not Covered	30% after Deductible	Not Covered

Generic Drugs

Generic drugs are FDA-approved, and shown to be just as safe and effective as their more expensive brand-name counterparts. If you choose a brand-name drug when a generic drug is available, you will pay the brand-name copay plus the cost difference between the generic equivalent and the brand-name drug.

Preferred Drugs

Cigna regularly reviews the latest prescription drugs on the market and maintains a list of preferred drugs that are clinically effective and not cost-restrictive. These drugs are available at a lower price than those not included on the list, which are called non-preferred drugs.

Non-preferred Drugs

Non-preferred drugs is a prescription drug that doesn't appear on the list of Preferred drugs. These drugs are available at a higher price than those included on the list, which is called preferred drugs.

Specialty Drugs

Specialty drugs are typically used to treat chronic conditions like cancer or multiple sclerosis. These drugs tend to be more expensive and usually require special handling and monitoring.

Mail Order

You could save money by using Cigna's mail-order pharmacy, especially if you take specialty medication. You can register for mail-order pharmacy by logging on to www.cigna.com.

Mexican Panel Benefits

Where Is Coverage Available?

SAIN offers coverage through Contracting Panel Providers in the following locations along the Mexico–U.S. border: Tijuana, Mexicali, and San Luis Río Colorado.

Medical Benefit Summary	
Service	**Coverage / Copay**
Preventive Exam	Covered 100% (limited to 1 exam per year)
Provider Visit	$10 copay
Hospital Admission (pre-admission certification required)	$10 copay
Pharmacy	$10 copay
Hearing Aid Supplies	$50 lifetime copay
Mental Health & Substance Use	$1,000 annual max / $2,000 lifetime max
Annual Maximum Benefit	$100,000

Hospital Certification Requirements	
Type of Admission	**What to Do**
Emergency Admission (Sain Hospital)	Notify UABT within 48 hours: 800-223-4590
Emergency Admission (Non-Sain Hospital)	Notify BRMS within 48 hours: 800-368-0767
Non-Emergency Admission Request form via UABT: 800-223-4590	Physicians must submit certification at least 10 days before admission
⚠ Penalty for No Certification: Failure to obtain pre-certification will result in a 50%reduction in benefits. This penalty must be paid directly to the provider and does not count toward your deductible or out-of-pocket maximum.	

Dental Benefit Summary	
Service	**Coverage / Copay**
Office Visit	Covered 100% (limited to 1 exam per year)
Annual Plan Maximum	$10 copay
Type 1 Services (Exams, x-rays, fluoride)	100% of negotiated fee schedule charges
Type 2 Services (Fillings, restorative crowns, root canal therapy, extractions, inlays)	100% of negotiated fee schedule charges
Type 3 Services (Removable or fixed bridges, pontics, partial or complete dentures)	100% of negotiated fee schedule charges
Orthodontics (adults and children)	lifetime max of $1,500

Terms to Know:

- **SAIN** – Is a network of contracted providers offering medical services to members along the Mexico–U.S. border.
- **UABT –** Tanimura & Antle's third-party administrator for managing medical benefits in Mexico.
- **BRMS –** Tanimura & Antle's third-party administrator responsible for managing medical benefits within the United States.

To view in-network providers and locations visit: sainmedical.com/sain-directory

Medical Coverage

How the Plans Work

Both plans use Cigna network and cover 100% of the cost for preventive care services like calendar year physicals and routine immunizations. The way you pay for care is different with each plan.

The PPO plan has set copays for some services and a deductible and coinsurance for others. Copays do not apply toward your deductible, so you will pay copays until you reach your calendar year out-of-pocket maximum.

With the Basic Coverage plan you pay the full cost of services until you meet your deductible. After that, the plan covers 80% and you pay 20% (coinsurance) until you reach the out-of-pocket maximum.

	PPO with or without Mexican Panel	Basic Coverage with or without Mexican Panel
Per-paycheck Cost for Coverage	Highest	Lowest
Calendar Year Deductible	Lowest	Highest
Calendar Year Out-of-pocket Maximum	Lowest	Highest
Using the Plan	Pay more with each paycheck and less when you need care in the USA, and the least when you need care in Mexico (only if enrolled with Mexican Panel)	Pay less with each paycheck and more when you need care in the USA, and the least when you need care in Mexico (only if enrolled with Mexican Panel)

Terms to Know

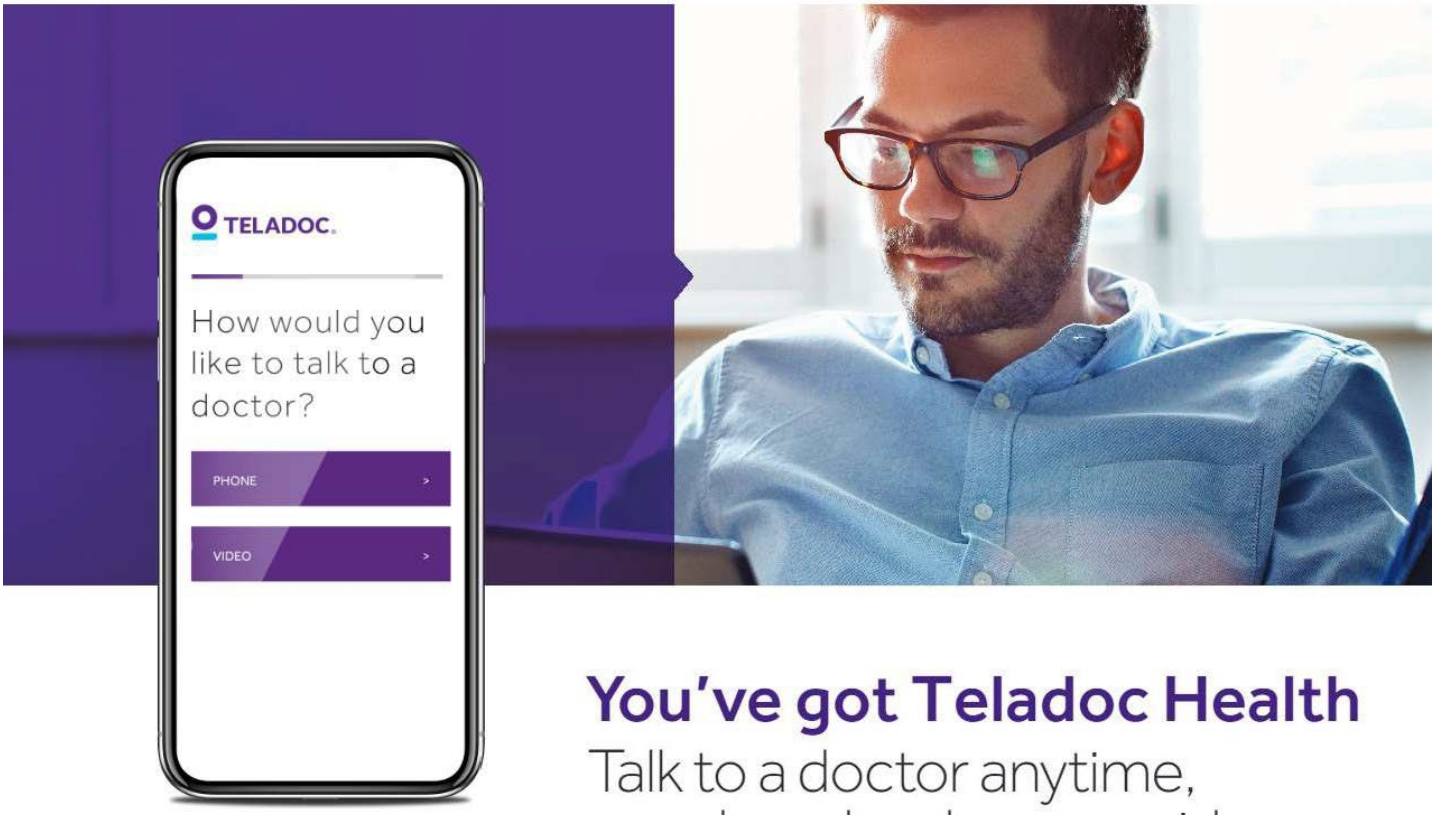
- **Copay** - A set dollar amount you pay for a covered health care service, usually when you receive the service.
- **Deductible** - What you pay out of pocket for health care services before the plan begins to pay a portion.
- **Coinsurance** - Your share of the costs of covered health care services after you reach the deductible. You pay the percentage noted in the table above, and the medical plan pays the rest.
- **Out-of-pocket Maximum** - What you have to pay before the plan pays 100% of your covered costs.
- **Network** - The facilities and providers the medical plan has contracted with to provide health care services. In-network providers typically provide services at a lower negotiated rate.

To view Explanation of Benefits, eligibility, access ID Cards, and more log into *myhealthbenefits.com.*



Teladoc HEALTH

Made available by:
Tanimura & Antle, Inc.



You've got Teladoc Health

Talk to a doctor anytime, anywhere by phone or video.

Set up your account today to talk to a U.S.-licensed physician for non-emergency medical conditions like the flu, sinus infections, bronchitis, and much more.

Create account
Use your phone, the app, or the website to create an account and complete your medical history

Talk to a doctor
Request a time and a Teladoc Health doctor will contact you

Feel better
The doctor will diagnose symptoms and send a prescription if necessary

Talk to a doctor for free

Visit Teladoc.com

Call 1-800-TELADOC (800-835-2362) | Download the app

Importance of Preventive Care

What Is Considered Preventive Care?

Preventive care helps detect or prevent serious diseases and medical problems before they become major. Annual exams, immunizations such as flu shots, as well as certain tests and screenings are a few examples of preventive care.

Examples of Common Preventive Health Services And Their Frequency:

- Annual check-up or physical—1 per calendar year, typically includes blood pressure & cholesterol screening, your doctor can include various preventive screenings based on your age and other risk factors
- Immunizations such as flu shots, Hepatitis A & B, HPV, Measles, & more (ask your provider for recommended frequency)
- Mammogram—1 per calendar year, usually after the age of 40
- Colorectal Cancer Screening – usually after the age of 45
- Childhood Vaccinations such as chickenpox and measles.

For a full list and frequency please refer to your plan document.

Examples of Non-Preventive Care Include:

- Diagnostic tests and screenings: If your radiologist finds something on your mammogram and wants another, it's considered a diagnostic mammogram and will typically not be covered as preventive care.
- Additional primary care visits: Most health plans will cover you for 1 annual check-up with your doctor. Other visits during the same calendar year will likely not be covered as preventive. For example, let's say you have flu symptoms and need to see your doctor—that's not a covered preventive care visit.
- Specialist visits: Visits to a specialist (gastroenterologist, orthopedist, neurologist, podiatrist, etc.) for a particular problem are not covered as preventive care.
- Alternative therapies: Services such as chiropractic, massage, acupuncture, and other alternative health services are not considered preventive care.

Preventive Care visits are crucial for early detection, disease prevention, improved overall health, and treating conditions early rather than finding them at a later stage.

Call and schedule your preventive care exam today! Visit Cigna.com, choose "Find a Doctor", and search by zip code.

Your health plan through Tanimura & Antle covers Preventive Care services at 100%

Ways to Use Your Medical Coverage

When you need medical care, you don't always have time to schedule with your primary care physician. Some conditions need to be treated quickly and require immediate attention. Therefore, we have explained some important information below on methods and most cost effective ways of receiving care.

What is Teladoc?

(For more information regarding Teladoc please refer to page 7.)

Teladoc doctors are available 24/7 by phone, video, or mobile app. They can diagnose symptoms, provide treatment plans, and prescribe medication at no cost to you.

What is Urgent Care?

Urgent care centers are for non-life-threatening conditions that require prompt attention but don't warrant an emergency room visit. They typically have extended hours, many include evenings and weekends and cost substantially less than visiting the emergency room.

When to Visit Urgent Care?

You can be treated at urgent care for infections, flu symptoms, minor injuries like sprains or strains, minor fractures, minor cuts and burns, and mild allergic reactions. Remember, urgent care centers are not a substitute for emergency care. Some urgent cares may determine your condition is too severe and advise you go to the emergency room.

How to Access Urgent Care?

- Search online for nearby urgent care facilities. Visit mycigna.com and filter to urgent care facilities within your zip code.
- Check their operating hours and if possible call ahead to inquire about wait times and your specific medical concern.

Bring Necessary Documents:

- Bring your identification and insurance ID card

When to Visit the Emergency Room?

Emergency room visits are for severe, life-threatening, or potentially disabling condition that require immediate medical attention. Examples include chest pain, severe injuries, difficulty breathing, severe allergic reactions, or signs of stroke or heart attack. Emergency room visits are typically the most expensive option due to the high level of care and resources available.



Dental Coverage

Tanimura & Antle, Inc. offers a dental plan through **Delta Dental**. Dental services are included in all medical plan options – Basic Coverage and PPO. This plan pays a specified share toward your dental services from a table of allowance. Review the chart below for the amount Delta Dental will pay for each listed service.

	Delta Dental Plan
	In-Network Benefits
Calendar Year Deductible (Individual/Family)	$0
Calendar Year Maximum (Per Person)	$2,500
Preventive Care	Exam and Cleaning—100% (2x per year) Bitewings—$28
Basic Services	Fillings, two surfaces—$91 Filings, three surfaces—$107
Endontics	Root Canal (anterior—excludes final restoration) - $360
Periodontics	Scaling and root planing—$129
Major Services (Extractions, Crowns)	Crown—$531 Complete denture- maxillary —$823
Orthodontia (Adults and Children)	50% Lifetime Maximum $2,500

Note: Preventive services are not covered out of network.



Finding In-Network Dentists

You pay less for services when you use a dentist in the Delta Dental network. You can find an in-network dentist by visiting www.deltadental.com or calling 800.765.6003.

Vision Coverage

Tanimura & Antle, Inc. offers a vision plan through **Vision Service Plan (VSP).** Vision services are included in all medical plan options – Basic Coverage and PPO. VSP helps cover eye exams, glasses, and contacts. Review the chart below for the amount you will pay for each listed service.

	Vision Service Plan	
	In Network	Out of Network Reimbursement
Eye Exam (Once every 12 months)	$20 copay	Up to $45
Lenses (Once every 12 months) Single Vision Bifocal Trifocal	 $20 copay $20 copay $20 copay	 Up to $45 Up to $65 Up to $85
Frames (Once every 12 months)	Featured frame brands: Up to $170 allowance; Up to $150 allowance plus 20% off	Up to $47
Contact Lenses—In Lieu of Frames and Lenses (Once every 12 months) Separate Fitting Allowance Allowance Medically Necessary	 Up to $130 allowance plus 15% off Up to $130 allowance Covered in full	 N/A Up to $105 Up to $210

Finding In-network Eye Doctors

You can find an in-network eye doctor in the Vision Service Plan (VSP) network by visiting www.vsp.com or calling 800.877.7195.



Basic Life and AD&D Insurance

Life and AD&D Insurance—100% Tanimura & Antle Paid

The company provides basic life, accidental death, and dismemberment (AD&D) insurance through **Mutual of Omaha** at no cost to all eligible employees.

	How it Works
Life—$50,000	Your beneficiaries receive this benefit if you pass away
AD&D—$50,000	This benefit is paid to you or your beneficiaries in the event of accidental death or serious injury.

Voluntary Life Insurance—100% Employee Paid

If you want additional coverage, you must purchase voluntary coverage for yourself before you can purchase it for your spouse or children. Coverage is offered at our group rates. Guarantee issue is available for new hires only. Amounts over the guarantee issue will require an additional health application/evidence of insurability. For late entrants, all amounts require a health application/evidence of insurability.

How it Works	Voluntary Life (Employee-paid benefit)	Guarantee Issue
Your beneficiaries receive this benefit if you pass away	**You:** Increments of $10,000, 5x Annual earnings up to max $500,000 **Your spouse:** Increments of $5,000 up to $100,000, not to exceed 50% of EE's amount **Your child(ren):** Increments of $1,000 up to $10,000, not to exceed 50% of EE's amount	**You:** 5x annual earnings to max $150,000 **Your spouse:** $75,000 not to exceed 100% of EE's amount **Your child(ren):** NA

Per-paycheck Cost for Voluntary Life Insurance (per $1,000 of coverage)

Employee Age	< 29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
Employee	$0.01	$0.02	$0.03	$0.05	$0.08	$0.14	$0.23	$0.38	$0.58	$0.85	$1.55	$2.36
Spouse	$0.01	$0.02	$0.03	$0.05	$0.08	$0.14	$0.23	$0.38	$0.58	$0.85	$1.55	$2.36
Child(ren)	$0.020											

Note: Your life benefits will reduce by 50% at age 70.

Accident Insurance

Even with Medical coverage, there can be substantial out of pocket costs when you need care for an accident. Accident Insurance pays a cash benefit directly to you if you are injured in a covered accident. (Pp/pa—Per Person/ Per Accident)

EMERGENCY CARE & DIAGNOSTICS	Benefit Amounts
Ambulance - Ground	$400 pp/pa
Ambulance - Air	$2,000 pp/pa
Emergency Room	$300 pp/pa
Major Diagnostic Testing (MRI, CT Scan, EEG)	$300 pp/pa
X-Ray	$60 pp/pa
Pain Management/Epidural	$100 pp/pa
Initial Doctor's Visit	$100 pp/pa
ACCIDENT HOSPITALIZATION & SURGICAL BENEFITS	
Hospital Admission	$1,500 pp/pa
ICU Admission	$3,000 pp/pa
Hospital Confinement	$300 per day
ICU	$600 per day
Rehabilitation/Skilled Nursing Facility	$150 per day
Blood/Plasma/Platelets	$500 pp/pa
Surgery - Open Abdominal, Thoracic, Cranial	$3,000 per surgery
Surgery - Hernia	$1,500 per surgery
Surgery - Exploratory or Without Repair	$400 per surgery
Transportation	$500 per trip
Family Lodging (Up to 30 nights)	$125 per night
Coma (after 7 day duration)	$8,000 pp/pa
FOLLOW UP CARE	
Follow Up Doctor's Visit	$100 pp/pa
Physical Therapy and Chiropractic (up to 10 visits per accident)	$75 per visit
Medical Equipment	$400 pp/pa
Prosthetic Device (1 device per covered accident)	$2,500 pp/pa
COMMON INJURIES	
Burns	
Second Degree: 20 - 100 square centimeters	$100 pp/pa
Second Degree: 101 - 225 square centimeters	$200 pp/pa
Second Degree: More than 225 square centimeters	$800 pp/pa
Third Degree: 20 - 100 square centimeters	$800 pp/pa
Third Degree: 101 - 225 square centimeters	$6,000 pp/pa
Third Degree: More than 225 square centimeters	$20,000 pp/pa
Skin Grafts	25% of burn benefit
Paralysis	
Quadriplegia	$20,000 pp/pa
Paraplegia or Hemiplegia	$10,000 pp/pa
Uniplegia	$50,000 pp/pa
Lacerations	
Not requiring sutures	$50 pp/pa
Under 3 inches, required sutures	$80 pp/pa
3 to 6 inches, requires sutures	$150 pp/pa
Over 6 inches, requires sutures	$400 pp/pa
Emergency Dental Work	
Crown Repair	$200 pp/pa
Extraction	$100 pp/pa

Accident Insurance

COMMON INJURIES CONTINUED	Benefit Amounts
Eye Injuries	
Removal of Foreign Object	$60 pp/pa
Surgical Repair	$300 pp/pa
Specific Injuries	
Ruptured Disc	$600 pp/pa
Tendons/Ligaments (1 tear with surgical repair)	$800 pp/pa
Tendons/Ligaments (2 or more tears with surgical repair)	$1,200 pp/pa
Tendons/Ligaments (Arthroscopic surgery with no repair)	$300 pp/pa
Torn Knee Cartilage (Exploratory surgery with no repair)	$300 pp/pa
Torn Knee Cartilage (surgical repair)	$800 pp/pa
Concussion	$300 pp/pa
Dislocations (Closed Reduction) - 3 dislocation benefits per person, per accident maximum	
Hip	$5,000 per dislocation
Knee (except patella), Shoulder, Foot/Ankle, Wrist, Lower Jaw, Elbow	$2,000 per dislocation
Bones of the Hand (except fingers), Collarbone	$1,000 per dislocation
2 or more fingers/toes	$400 per dislocation
1 finger or toe	$150 per dislocation
Open Reduction	200% of dislocation benefit
Partial Dislocation	25% of dislocation benefit
Arm (upper), Shoulder Blade, Leg	$3,000 per fracture
Upper Jaw, Vertebral Proccesses, Knee Cap, Collarbone, Forearm, Foot/Ankle	$2,000 per fracture
Hand/Wrist, Lower Jaw	$1,500 per fracture
Ribs (2 or more), Facial Bones or Nose	$1,000 per fracture
1 rib, finger, or toe, Coccyx	$400 per fracture
Open Reduction	200% of fracture benefit
Bone Chip	25% of fracture benefit
Fractures (Closed Reduction) - 3 fracture benefits per person, per accident maximum	
Skull, Hip/Thigh, Vertebral Body (excluding vertebral processes), Pelvis	$5,000 per fracture
CATASTROPHIC ACCIDENT BENEFITS	
Accidental Death[1]	$50,000
Common Carrier Accidental Death[1]	$100,000
AD&D Benefits[1]	
Double Dismemberment (Loss of both hands, both feet or sight in both eyes)	
Loss of Speech or Hearing in both ears	$25,000
Loss of 1 hand and 1 foot	$50,000
Loss of 1 eye	$25,000
Loss of 1 hand or 1 foot	$25,000
Loss of 2 or more fingers or toes	$10,000
Loss of 1 finger or toe	$2,500

Weekly Premium	
Single	$2.80
Employee + Spouse	$4.93
Employee + Child(ren)	$6.20
Family	$8.81

Hospital Indemnity Insurance

Hospital Indemnity pays you a lump sum cash benefit if you are admitted or confined to the hospital. Even with medical insurance there can be substantial out of pocket expenses if you have a covered hospital stay. (pp/pcy—per person per calendar year)

IMPATIENT HOSPITAL BENEFITS	Benefit Amounts
500 days lifetime maximum unless otherwise noted	
Hospital Confinement	$1,500 first day, $150 day 2+, 30 incident(s) pp/pcy
Intensive Care Unit	$1,500 first day, $300 day 2+, 30 incident(s) pp/pcy
Substance Abuse Facility	$100 per day, 30 day(s) pp/pcy
Mental Health Facility	$100 per day, 30 day(s) pp/pcy
Nursing Facility This benefit is paid only if following a covered hospital stay of at least three consecutive days.	$100 per day, 30 day(s) pp/pcy
Wellness Screening—This payment goes directly to you if you complete an approved preventive care visit.	$50

Weekly Premium	
Employee	$4.77
Employee + Spouse	$10.17
Employee + Child(ren)	$7.82
Family	$14.16

pp/pcy=per person, per calendar year

Miscellaneous:

Portability is not available to employees/ dependents who reside in CA, CO, DC, HI, KY, LA, MN, NV, NH, NM, NY, OR, UT, VT, WA, WV
Should Portability not be available, then employees/dependents would be eligible for Extension of Coverage with no termination limit as long as the employer policy is active.

Critical Illness Insurance

Critical Illness insurance pays you a lump sum cash payment if you are diagnosed with one of the below critical illnesses after the effective date of the policy. If you are currently diagnosed with a critical illness and sign up it will not be covered. This payment goes directly to you to use on any out of pocket costs you want. Choose between coverage amounts of **$10,000, $20,000, and $30,000** for yourself and your spouse, and 50% of the benefit amount for your children.

COVERAGE DETAILS	
Core Benefits	Invasive Cancer: 100%, Non-Invasive Cancer: 50%, Skin Cancer: $500, Heart Attack: 100%, Stroke: 100%, Coronary Artery Disease Needing Surgery or Angioplasty: 50%, Sudden Cardiac Arrest: 100%, Transient Ischemic Attack: 50%, Major Organ Failure: 100%, End-Stage Renal Failure: 100%, Loss of Sight: 100%, Loss of Speech: 100%, Loss of Hearing: 100%, Paralysis: 100% (Covers Sickness and Accident), Severe Burns: 100%, Stem Cell Transplant: 100%
Neurological Conditions	ALS/Other Motor Neuron Disease: 100%, Advanced Alzheimer's: 100%, Parkinson's Disease: 100%, Advanced Multiple Sclerosis: 100%, Coma: 100% (Covers Accident and Sickness)
Childhood Conditions	Major Congenital Structural Anomaly: 100%, Congenital Metabolic Disorder: 100%, Congenital Chromosomal Abnormality: 100%, Chronic Medical Condition Commonly Diagnosed in Childhood: 100%
Additional Occurrences	If you are diagnosed with a Covered Critical Illness, and you are then, at least one day later, diagnosed with a different Covered Critical Illness, we will also pay the additional Critical Illness benefit for the second covered condition.
Options	
Health Screening Benefit	Pays an annual benefit amount of $50 when you complete an approved preventive screening.
Employee Benefit Amount(s)	
Critical Illness Employee Benefit: $10,000, $20,000, or $30,000	
Dependent Benefit Amount(s)	
Spouse Benefit: 100% of the benefit amount, Child Benefit: 50% of the benefit amount	

Weekly Premium Rates per $1,000 Benefit

Employee Only

Employee Attained Age	Per $1,000 of coverage
24 and Under	$0.07
25-29	$0.08
30-34	$0.10
35-39	$0.13
40-44	$0.20
45-49	$0.33
50-54	$0.54
55-59	$0.74
60-64	$1.08
65-69	$1.49
70-74	$2.12
75-79	$2.87
80-84	$3.04
85 and Over	$3.52

Weekly Premium Rates per $1,000 Benefit

Employee + Child

Employee Attained Age	Per $1,000 of coverage
24 and Under	$0.07
25-29	$0.08
30-34	$0.10
35-39	$0.13
40-44	$0.20
45-49	$0.33
50-54	$0.54
55-59	$0.74
60-64	$1.08
65-69	$1.49
70-74	$2.12
75-79	$2.87
80-84	$3.04
85 and Over	$3.52

Weekly Premium Rates per $1,000 Benefit

Employee + Spouse

Employee Attained Age	Per $1,000 of coverage
24 and Under	$0.17
25-29	$0.20
30-34	$0.24
35-39	$0.30
40-44	$0.45
45-49	$0.70
50-54	$1.09
55-59	$1.47
60-64	$2.05
65-69	$2.84
70-74	$3.95
75-79	$5.13
80-84	$6.13
85 and Over	$7.08

Weekly Premium Rates per $1,000 Benefit

Family

Employee Attained Age	Per $1,000 of coverage
24 and Under	$0.17
25-29	$0.20
30-34	$0.24
35-39	$0.30
40-44	$0.45
45-49	$0.70
50-54	$1.09
55-59	$1.47
60-64	$2.05
65-69	$2.84
70-74	$3.95
75-79	$5.13
80-84	$6.13
85 and Over	$7.08

Employee Assistance Program

EAP services are provided through **ComPsych.** To help you with personal issues and concerns, Tanimura & Antle provides you and your family with an employee assistance program (EAP) at **no cost. This benefit is for employees and all members of their household.**

Call ComPsych EAP 24/7 for confidential assistance with personal matters like family, finances, health and work. Experienced consultants are available to listen and help you find solutions. You also can receive up **to 5 face-to-face counseling sessions per issue per family member.** ComPsych has a large network of counselors available across the world, including Mexico.

Get support from confidential counselors or by browsing ComPysch's extensive library of wellness resources focusing on dozens of work-life issues such as:

- **Stress, anxiety, grief, loss, alcohol or drug use, marital and family conflicts**
- **Finances such as credit card/debt management, budgeting, estate planning and investment options**
- **Legal matters such as divorce, custody, adoption, bankruptcy, immigration concerns and wills**
- **Community services, finding child or elder care**
- **Discounts and more!**



ComPsych is the world's largest provider of employee assistance programs.

Access care at guidanceresources.com and use
WebID: TanAn
or call USA: 855.213.4651
Mexico: 800.681.5384

Contact Information

Benefit	Vendor	Phone	Website or Email
Medical	Cigna	888.624.7292	www.cigna.com
Mexican Panel	Sain Medical	+52.653.536.7800	www.Sainmedical.com
Dental	Delta Dental	800.765.6003	www.deltadental.com
Vision	Vision Service Plan (VSP)	800.877.7195	www.vsp.com
Life and AD&D	Mutual of Omaha	800.228.7104	www.mutualofomaha.com
Voluntary Life			
Employee Assistance Plan WebID: TanAn	ComPsych	USA: 855.213.4651 Mexico: 800.681.5381	www.guidanceresources.com
Voluntary Benefits (Accident, Critical Illness and Hospital Indemnity)	Symetra	800.497.3699	SYMSBA@Symetra.com
Tanimura & Antle Benefits Resources Team	Human Resources	800.772.4542	hr@taproduce.com
	Benefits Manager	831.455.3938	benefits@taproduce.com
	Benefits Coordinator	831.455.3539	
	Benefits Assistant	831.455.4038	

Patient Protections Disclosure

The Tanimura & Antle, Inc. Health Plan generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. Until you make this designation, Cigna designates one for you. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact the Cigna at 888.624.7292 or www.cigna.com.

For children, you may designate a pediatrician as the primary care provider.
You do not need prior authorization from Cigna or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact the Cigna at 888.624.7292 or www.cigna.com.

Women's Health & Cancer Rights Act

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA"). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner
determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under the plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

Plan 1: PPO Plan With or Without Mexican Panel (Individual: 10% coinsurance and $750 deductible; Family: 10% coinsurance and $1,250 deductible)

Plan 2: Basic Coverage With or Without Mexican Panel (Individual: 20% coinsurance and $5,000 deductible; Family: 20% coinsurance and $10,000 deductible)

If you would like more information on WHCRA benefits, please call your Plan Administrator at 831.455.3938 or anahisanchez@taproduce.com.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/ flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

Required Notices

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance- premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party -liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009- chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	**KANSAS – Medicaid**
Medicaid Website: Iowa Medicaid | Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	**LOUISIANA – Medicaid**
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI- HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP**
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/? language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	**NEBRASKA – Medicaid**
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

Required Notices

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	**NORTH DAKOTA – Medicaid**
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	**OREGON – Medicaid and CHIP**
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	**RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP**
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid- health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	**SOUTH DAKOTA - Medicaid**
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH – Medicaid and CHIP**
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/ famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	**WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	**WYOMING – Medicaid**
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and -eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the 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 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

HIPAA Notice of Privacy Practices Reminder

Protecting Your Health Information Privacy Rights

Tanimura & Antle, Inc. is committed to the privacy of your health information. The administrators of the Tanimura & Antle, Inc. Health Plan (the "Plan") use strict privacy standards to protect your health information from unauthorized use or disclosure.

The Plan's policies protecting your privacy rights and your rights under the law are described in the Plan's Notice of Privacy Practices. You may receive a copy of the Notice of Privacy Practices by contacting Anahi Sanchez - Benefit Coordinator at 831.455.3938 or anahisanchez@taproduce.com.

HIPAA Special Enrollment Rights

Tanimura & Antle, Inc. Health Plan Notice of Your HIPAA Special Enrollment Rights

Our records show that you are eligible to participate in the Tanimura & Antle, Inc. Health Plan (to actually participate, you must complete an enrollment form and pay part of the premium through payroll deduction).

A federal law called HIPAA requires that we notify you about an important provision in the plan - your right to enroll in the plan under its "special enrollment provision" if you acquire a new dependent, or if you decline coverage under this plan for yourself or an eligible dependent while other coverage is in effect and later lose that other coverage for certain qualifying reasons.

Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children's Health Insurance Program). If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Loss of Coverage for Medicaid or a State Children's Health Insurance Program. If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children's health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' coverage ends under Medicaid or a state children's health insurance program.

New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption. If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Eligibility for Premium Assistance Under Medicaid or a State Children's Health Insurance Program – If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children's health insurance program with respect to coverage under this plan, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' determination of eligibility for such assistance.

To request special enrollment or to obtain more information about the plan's special enrollment provisions, contact Anahi Sanchez - Benefit Coordinator at 831.455.3938 or anahisanchez@taproduce.com.

Important Warning

If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent, you must complete our form to decline coverage. On the form, you are required to state that coverage under another group health plan or other health insurance coverage (including Medicaid or a state children's health insurance program) is the reason for declining enrollment, and you are asked to identify that coverage. If you do not complete the form, you and your dependents will not be entitled to special enrollment rights upon a loss of other coverage as described above, but you will still have special enrollment rights when you have a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children's health insurance program with respect to coverage under this plan, as described above. If you do not gain special enrollment rights upon a loss of other coverage, you cannot enroll yourself or your dependents in the plan at any time other than the plan's annual open enrollment period, unless special enrollment rights apply because of a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children's health insurance program with respect to coverage under this plan.

Notice of Creditable Coverage

Important Notice from Tanimura & Antle, Inc.

About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Tanimura & Antle, Inc. and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Tanimura & Antle, Inc. has determined that the prescription drug coverage offered by the medical plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join a Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens to Your Current Coverage if You Decide to Join a Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Tanimura & Antle Fresh Foods, Inc. coverage may be affected.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Tanimura & Antle Fresh Foods, Inc. coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

When Will You Pay a Higher Premium (Penalty) to Join a Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Tanimura & Antle, Inc. and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage…

Contact the person listed below for further information. NOTE: You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Tanimura & Antle, Inc. changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage…

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage Notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date:	January 01, 2026
Name of Entity/Sender:	Tanimura & Antle, Inc.
Contact—Position/Office:	Anahi Sanchez - Benefit Coordinator
Office Address:	1 Harris Rd Salinas, California 93908-8608 United States
Phone Number:	831.455.3938

Marketplace Notice

Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health

Coverage PART A: General Information

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn't meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you're eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment-Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%[1] of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee's cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee's household income.[1] [2]

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

[1] Indexed annually; see https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf for 2023.
[2] An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the "minimum value standard," the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services **is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.**

Marketplace-eligible individuals who live in states served by HealthCare.gov and either- submit a new application or update an existing application on HealthCare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit HealthCare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ for more details.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered through your employment, please check your health plan's summary plan description or contact Anahi Sanchez.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name Tanimura & Antle Fresh Foods, Inc.		4. Employer Identification Number (EIN) 94-2906792
5. Employer address 1 Harris Rd		6. Employer phone number 831.455.3938
7. City Salinas	8. State California	9. ZIP code 93908-8608
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Anahi Sanchez		
11. Phone number (if different from above)	12. Email address anahisanchez@taproduce.com	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to: Please see plan documents for eligibilities details.

  ☒ All employees. Eligible employees are:

  ☐ Some employees. Eligible employees are:

- With respect to dependents:
  ☒ We do offer coverage. Eligible dependents are:

  ☐ We do not offer coverage.

☒ If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may
be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, HealthCare.gov will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit HealthCare.gov to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

Required Notices

The information below corresponds to the Marketplace Employer Coverage Tool. Completing this section is optional for employers, but will help ensure employees understand their coverage choices.

13. **Is the employee currently eligible for coverage offered by this employer, or will the employee be eligible in the next 3 months?**

☒ **Yes** (Continue)
13a. If the employee is not eligible today, including as a result of a waiting or probationary period, when is the employee eligible for coverage? (Continue)

☐ **No** (STOP and return this form to employee)

---

14. Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*?

☒ Yes (Go to question 15) ☐ No (STOP and return form to employee)

---

15. For the lowest cost plan that meets the minimum value standard* **offered only to the employee** (don't include family plans): If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and didn't receive any other discounts based on wellness programs.
a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? Please consult with HR
b. How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly - Please consult with HR

If the plan year will end soon and you know that the health plans offered will change, go to question 16. If you don't know, STOP and return form to employee.

---

16. What change will the employer make for the new plan year? No changes
☐ Employer won't offer health coverage
☐ Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard.* (Premium should reflect the discount for wellness programs. See question 15.)
a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? Please consult with HR
b. How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly - Please consult with HR

* An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

Notes



EMPLOYEE OWNED FAMILY FARM

TANIMURA & ANTLE®

PREMIUM FRESH PRODUCE

This benefit summary prepared by

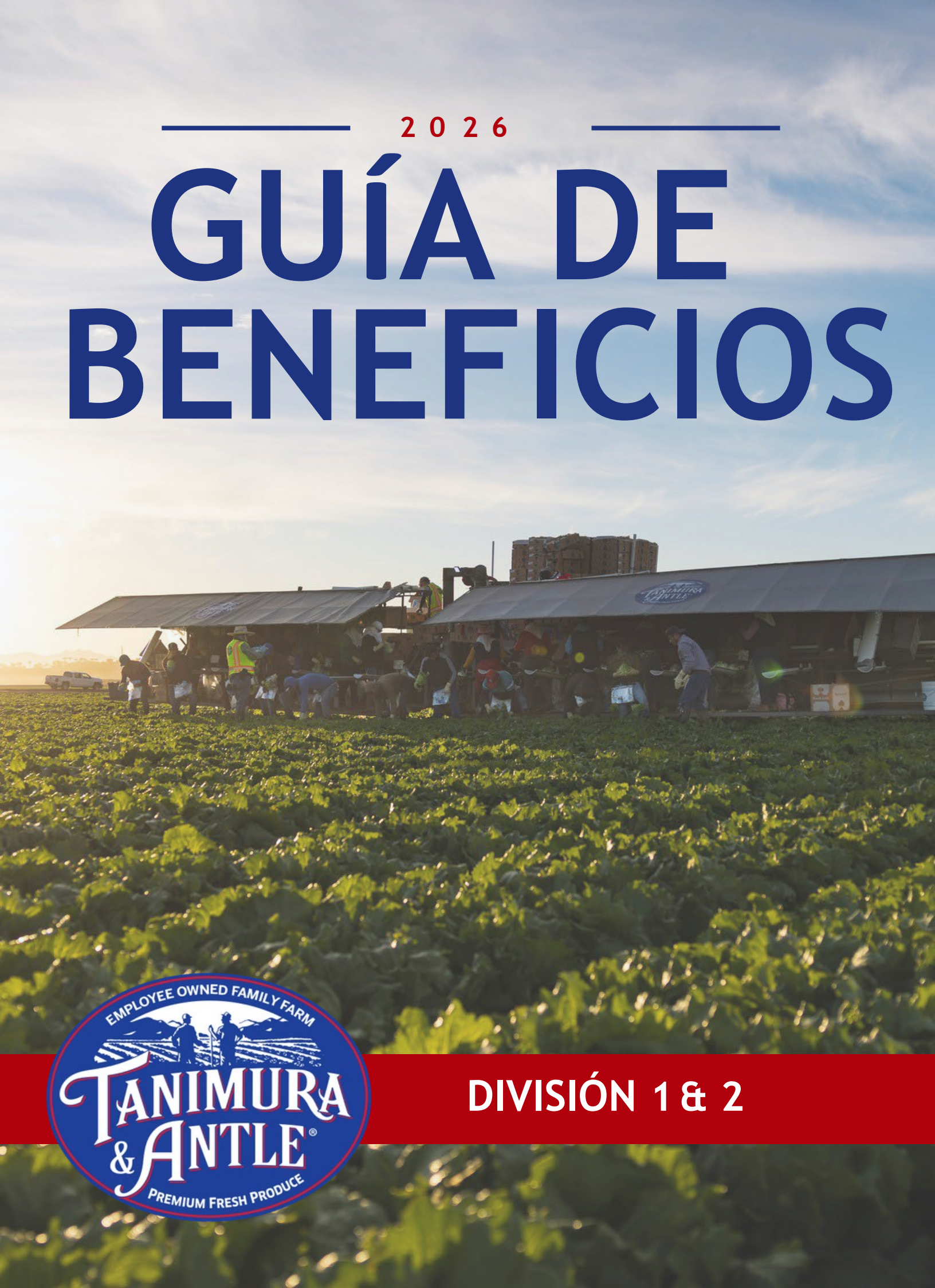
Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

©2025 Gallagher Benefit Services, Inc. All rights reserved.

2026

GUÍA DE BENEFICIOS



EMPLOYEE OWNED FAMILY FARM

TANIMURA & ANTLE®

PREMIUM FRESH PRODUCE

DIVISIÓN 1 & 2

Acerca de los beneficios

En Tanimura & Antle, estamos comprometidos a brindar un paquete de beneficios completo y asequible para usted y su familia. Lea esta guía para conocer sus opciones y poder aprovechar al máximo los beneficios de su empresa. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el equipo de Recursos Humanos de Tanimura & Antle usando la información que aparece en la página de contactos.

Índice	
Acerca de los beneficios	1
Cobertura médica	2
Cobertura de medicamentos recetados	3
Beneficios de Panel Mexicano	4
Cobertura dental	9
Cobertura de la vista	10
Seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento, y de vida voluntario	11
Accidentes, enfermedades críticas, indemnización hospitalaria	12
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	16
ESOP & Plan de Ahorro para el Retiro 401(k)	17
Información de contacto	19
Avisos requeridos	20

Período de inscripción abierta

El período de inscripción abierta es un momento único en el año en el que puede hacer cambios en las elecciones con respecto a sus beneficios, como agregar o quitar cobertura, o agregar un dependiente. No podrá hacer otros cambios fuera del período de inscripción abierta, al menos que se experimente un evento de vida calificado (consulte la lista de eventos de vida calificados a continuación). Todas las elecciones de beneficios que se hagan durante el período de inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de enero de 2026.

Fue contratado recientemente

Usted tiene 30 días a partir de la fecha de contratación para elegir los beneficios. Si no hace las elecciones, solo estará inscrito en la cobertura de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) básica, y en el Programa de Asistencia al Empleado, provisto por la empresa sin costo. No podrá inscribirse a ninguna otra cobertura ni hacer cambios en la elección de beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida calificado.

Elegibilidad e inscripción

Usted es elegible para participar en los beneficios de la empresa si es un empleado a tiempo completo que cumple, al menos, 120 horas pormes (entre el 15 del mes y el 14 de del mes siguiente). Si se inscribe para los beneficios, también puede brindarles cobertura a estas personas:

- Cónyuge legal
- Hijos hasta los 26 años
- Hijos solteros de cualquier edad con discapacidad mental o física

Usted tiene 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los beneficios. Sus beneficios comienzan el primer día del mes después de que complete las 120 horas trabajadas.

Si usted tiene Medicare o será elegible para tenerlo dentro de los próximos 12 meses, la ley federal le ofrece más opciones en cuanto a su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 27 para conocer más detalles.

Eventos de vida calificados

Durante el año, puede cambiar los beneficios solo si tiene un evento de vida calificado. Entre los ejemplos de eventos de vida calificado se incluyen los siguientes:

- Regreso de descanso temporal.
- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento o adopción de un hijo.
- Cambio en el estado de elegibilidad de un dependiente.
- Cambio en su estatus laboral o en el de sus dependientes que dé como resultado la pérdida o adquisición de cobertura.
- Cambio en el costo de la atención a los dependientes (solo para las cuentas de gastos flexibles para la atención a los dependientes).
- Muerte de un dependiente.

Tiene 30 días a partir de la fecha del evento para notificar a Recursos Humanos y realizar los cambios correspondientes, y deberá presentar también la documentación de respaldo.

Este documento es un resumen de la cobertura que ofrecen los planes de beneficios de su empleador, según la información facilitada por su empresa. No se incluyen todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones ni las condiciones que se detallan en el documento oficial del plan y en las pólizas de seguro y los contratos vigentes (llamados colectivamente los "documentos del plan"). Es necesario leer los documentos del plan para conocer esos detalles. La finalidad de este documento es proporcionarle información general acerca de los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los temas específicos que pueden aplicarse a su caso. No debe interpretarse como un asesoramiento legal ni se pretende que lo sea. En la medida en que cualquier información que contenga este documento sea incoherente con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan prevalecerán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene alguna pregunta sobre temas específicos o sobre determinadas disposiciones del plan, debe ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos o de Beneficios.

Cobertura médica

Tiene la opción de elegir entre dos planes médicos a través de Cigna: el plan PPO y el plan de Cobertura Básica, que incluye un paquete de servicios médicos, medicamentos recetados, dental y visión. Cada plan está disponible con o sin acceso a una red de proveedores de atención médica en México (panel mexicano). Revise la tabla a continuación para conocer los costos semanales de la cobertura de salud.

Nivel de cobertura	Plan PPO con panel mexicano	Plan PPO sin panel mexicano	Cobertura básica con panel mexicano	Cobertura básica sin panel mexicano
Solo para el empleado	$34.67	$27.29	$14.57	$11.32
Empleado + cónyuge	$96.66	$85.41	$30.27	$21.51
Empleado + hijos	$89.76	$76.50	$27.05	$19.25
Empleado + familia	$143.82	$130.97	$43.25	$28.15

	Plan PPO con o sin panel mexicano		Cobertura básica con o sin panel mexicano	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario (individual/familiar)	$750/$1,250	$750/$1,250	$5,000/$10,000	No disponible
Coseguro	10 %	30 %	20 %	Sin cobertura
Gasto máximo de bolsillo por año calendario (individual/familiar)	$1,500/$3,000	$4,500/$4,500	$6,000/$12,000	No disponible
Atención preventiva	0 %	Sin cobertura	0 %	Sin cobertura
Visitas al consultorio				
Telemedicina con Teladoc	Cobertura al 100 %	Sin cobertura	Cobertura al 100 %	Sin cobertura
Atención primaria	Copago de $20*	30 % después del deducible	20 % después del deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	Copago de $20	30 % después del deducible	20 % después del deducible	Sin cobertura
Especialista	Copago de $20*	30 % después del deducible	20 % después del deducible	Sin cobertura
Sala de emergencias	Copago de $100 y luego un 10 % después del deducible (30 % después del deducible para atención que no sea de emergencia) (No se aplica copago si se hospitaliza)		20 % después del deducible	

* Deducible eximido

Términos que debe conocer

- **Copago:** monto fijo en dólares que usted paga por un servicio médico cubierto, generalmente al momento de recibirlo.
- **Deducible:** lo que usted paga de su bolsillo por los servicios médicos antes de que el plan pague una parte.
- **Coseguro:** su parte de los costos de los servicios médicos cubiertos después de alcanzar el deducible. Usted paga el porcentaje indicado en la tabla anterior y el plan médico paga el resto.
- **Gasto máximo de bolsillo:** lo que usted tiene que pagar antes de que el plan pague el 100% de sus costos cubiertos.
- **Red:** los centros y proveedores con los que el plan médico tiene un contrato para prestar servicios médicos. Los proveedores dentro de la red suelen prestar servicios a una tarifa negociada más baja.

Para ver la Explicación de beneficios, la elegibilidad, las tarjetas de identificación de acceso y más, inicie sesión en *myhealthbenefits.com*.

Cobertura de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados a través de **Optum RX** está incluida en todas las opciones de planes médicos: Cobertura Básica y PPO. Revise la tabla a continuación para conocer el monto que deberá pagar por los medicamentos recetados que se indican.

	Plan PPO con o sin panel mexicano		Cobertura básica con o sin panel mexicano	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Venta minorista (suministro de 30 días)				
Genéricos	Copago de $10	En las farmacias fuera de la red, el participante debe pagar la totalidad y solicitar el reembolso a Optum.	20 % después del deducible	En las farmacias fuera de la red, el participante debe pagar la totalidad y solicitar el reembolso a Optum.
Preferidos	Copago de $30		25 % después del deducible	
No preferidos	Copago de $50		30 % después del deducible	
Pedido por correo (suministro para 90 días)				
Genéricos	Copago de $10	En las farmacias fuera de la red, el participante debe pagar la totalidad y solicitar el reembolso a Optum.	30 % después del deducible	En las farmacias fuera de la red, el participante debe pagar la totalidad y solicitar el reembolso a Optum.
Preferidos	Copago de $30			
No preferidos	Copago de $50			
Medicamentos de especialidad (suministro de 30 días)	20 % después del deducible	Sin cobertura	30 % después del deducible	Sin cobertura

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentosy Medicamentos (FDA) y han demostrado ser tan seguros y eficaces como sus equivalentes de marca más caros. Si elige un medicamento de marca habiendo un medicamento genérico disponible, usted pagará el copago del medicamento de marca más la diferencia en costo entre el equivalente genérico y el medicamento de marca.

Medicamentos preferidos

Cigna revisa regularmente los últimos medicamentos recetados del mercado y mantiene una lista de medicamentos preferidos que son clínicamente efectivos y cuyos costos no resultan restrictivos. Estos medicamentos están disponibles a un precio más bajo que los que no están incluidos en la lista, que se denominan "medicamentos no preferidos".

Medicamentos no preferidos

Los medicamentos no preferidos son aquellos medicamentos recetados que no aparecen en la lista de medicamentos preferidos. Estos medicamentos están disponibles a un precio más alto que los que están incluidos en la lista, que se denominan "medicamentos preferidos".

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad suelen utilizarse para tratar enfermedades crónicas como el cáncer o la esclerosis múltiple. Estos medicamentos suelen ser más costosos y, por lo general, requieren una manipulación y un control especiales.

Pedidos por correo

Podría ahorrar dinero utilizando la farmacia de pedidos por correo de Cigna, especialmente si toma medicamentos de especialidad. Puede registrarse en la farmacia de pedidos por correo iniciando sesión en www.cigna.com.

Beneficios del Panel Mexicano

¿Dónde Está Disponible la Cobertura?
SAIN ofrece cobertura médica a través de proveedores contratados en las siguientes ciudades a lo largo de la frontera México–Estados Unidos: Tijuana, Mexicali y San Luis Río Colorado.

Resumen de Beneficios	
Servicio	**Cobertura / Copago**
Examen Preventivo	100% cubierto (limitado a 1 examen por año)
Visita al Proveedor	Copago de $10
Admisión Hospitalaria	Copago de $10
Farmacia	Copago de $10
Suministros para Aparatos Auditivos	Copago único de $50
Salud Mental y Uso de Sustancias	Máximo anual de $1,000 / Máximo vitalicio de $2,000
Beneficio Máximo Anual	$100,000

Requisitos de Certificación Hospitalaria	
Tipo de Admisión	**Qué Hacer**
Admisión de Emergencia (Hospital SAIN)	Notificar a UABT dentro de las 48 horas: 800-223-4590
Admisión de Emergencia (Hospital no SAIN)	Notificar a BRMS dentro de las 48 horas: 800-368-0767
Admisión No Emergente - Solicite el formulario a través de UABT: 800-223-4590	El médico debe enviar la certificación al menos 10 días antes de la admisión.
⚠ Penalización por No Obtener Certificación: No obtener la certificación previa resultará en una reducción del 50% en los beneficios. Esta penalización debe ser pagada directamente al proveedor y no aplica para su deducible ni para el máximo de gastos de bolsillo.	

Resumen de Beneficios Dentales	
Servicio	**Cobertura / Copago**
Visita al consultorio	Cubierto al 100% (limitado a 1 examen por año)
Máximo anual del plan	Copago de $10
Servicios Tipo 1 (Exámenes, radiografías, flúor)	100% de los cargos según la tarifa negociada
Servicios Tipo 2 (Empastes, coronas restaurativas, terapia de conductos, extracciones, incrustaciones)	100% de los cargos según la tarifa negociada
Servicios Tipo 3 (Puentes removibles o fijos, pónticos, dentaduras parciales o completas)	100% de los cargos según la tarifa negociada
Ortodoncia (adultos y niños)	Hasta un máximo de por vida de $1,000

Términos que Debe Conocer
- SAIN – Red de proveedores médicos contratados que ofrecen servicios a miembros en ciudades a lo largo de la frontera México–Estados Unidos.
- UABT – Administrador externo de beneficios médicos de Tanimura & Antle para servicios en México.
- BRMS – Administrador externo de beneficios médicos de Tanimura & Antle para servicios en los Estados Unidos.

To view in-network providers and locations visit: sainmedical.com/sain-directory

Cobertura médica

Cómo funcionan los planes

Ambos planes utilizan la red de Cigna y cubren el 100 % del costo de los servicios de atención preventiva como los exámenes físicos anuales y las vacunas de rutina. La manera en que paga sus cuidados es diferente con cada plan.

El plan PPO tiene copagos fijos para algunos servicios y un deducible y un coseguro para otros. Los copagos no se aplican a su deducible, por lo que pagará copagos hasta que alcance su monto máximo de gastos de bolsillo para el año calendario.

Con el plan de cobertura básica, usted paga el costo total de los servicios hasta que alcance su deducible. Después de eso, el plan cubre el 80% y usted paga el 20% (coseguro) hasta alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo

	Plan PPO con o sin panel mexicano	Cobertura básica con o sin panel mexicano
Costo de cobertura por salario	El más alto	El más bajo
Deducible por año calendario	El más bajo	El más alto
Gasto máximo de bolsillo por año calendario	El más bajo	El más alto
Uso del plan	Pague más en cada cheque y menos cuando necesite atención en EE. UU., y lo mínimo cuando necesite atención en México (solo si está inscrito en el Panel Mexicano)	Pague menos cada cheque y mas cuando necesite atención en EE. UU., y lo mínimo cuando necesite atención en México (solo si está inscrito en el Panel Mexicano)

Cómo buscar proveedores que forman parte de la red

Usted ahorra la mayor cantidad de dinero cuando elige médicos, centros y farmacias dentro de la red. Inicie sesión en www.cigna.com o llame al 888.624.7292 para buscar proveedores en la red de Cigna.



Teladoc HEALTH

Traído a usted por:
Tanimura & Antle, Inc.



¡Ya tiene Teladoc!

Configure su cuenta hoy para hablar con un médico matriculado de EE. UU. en relación con afecciones médicas que no sean de emergencia, como gripe, infecciones sinusales, bronquitis y mucho más.

Crear cuenta

Llame al 1-800-TELADOC (800-835-2362) para crear una cuenta y completar la historia

Consulte a un médico

Seleccione un horario y un médico de Teladoc se comunicará con usted

Comience a sentirse mejor

El médico analizará los síntomas y enviará una receta, si es necesario.

Consulte con un médico por solo gratis por visita

Visite Teladoc.com

Llame al 1-800-TELADOC (800-835-2362) | Descargar la aplicación

© Teladoc Health, Inc. 2 Manhattanville Rd. Ste 203, Purchase, NY 10577. All rights reserved. The marks and logos of Teladoc Health and Teladoc Health wholly owned subsidiaries are trademarks of Teladoc Health, Inc. All programs and services are subject to applicable terms and conditions. Todos los derechos reservados. Las marcas y logotipos de Teladoc Health y de las subsidiarias propiedad de Teladoc Health son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. Todos los programas y servicios están sujetos a los términos y condiciones aplicables.

10X-101_413370312_11062019

Group ID: 331485

Importancia de la atención preventiva

¿Qué es la atención preventiva?

La atención preventiva ayuda a detectar o prevenir enfermedades graves y problemas médicos antes de que se tornen graves. Las evaluaciones anuales, las vacunas, como la de la gripe, y ciertas pruebas y controles son algunos ejemplos de atención preventiva.

Ejemplos de servicios de salud preventiva comunes y su frecuencia:

- Examen físico anual: 1 por año calendario. Suele incluir control de la presión y el colesterol. Su médico puede incluir diversas pruebas preventivas según su edad y otros factores de riesgo.
- Vacunas, como la vacuna contra la gripe, contra la hepatitis A y B, el VPH, sarampión, entre otras.
- Mamografía: 1 por año calendario, generalmente después de los 40 años.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal. Generalmente después de los 45 años de edad
- Vacunas pediátricas, como la vacuna contra la varicela, el sarampión o la rubéola.

Para ver una lista completa, consulte el documento del plan.

Ejemplos de atención no preventiva:

- Pruebas y evaluaciones de diagnóstico: si su radiólogo encuentra algo en la mamografía y quiere hacer otra, se considerará una mamografía de diagnóstico y, en general, no está cubierta como atención preventiva.
- Visitas de atención primaria adicionales: la mayoría de los planes de salud le cubrirán 1 examen fisico anual con su médico. Es probable que las demás visitas durante el mismo año calendario no estén cubiertas como preventivas. Por ejemplo, si tiene síntomas de gripe y necesita ver a su médico, no se considera una visita de atención preventiva cubierta.
- Visitas a especialistas: las visitas a un especialista (gastroenterólogo, ortopedista, neurólogo, podólogo) por un problema particular no están cubiertas como atención preventiva.
- Terapias alternativas: los servicios como atención quiropráctica, masajes, acupuntura y otros servicios médicos alternativos no se consideran atención preventiva.

Las visitas de atención preventiva son cruciales para la detección temprana, la prevención de enfermedades y la mejora de la salud en general.

¡Llame y programe su examen de atención preventiva hoy mismo! Visite Cigna.com, elija “Find a Doctor” (Buscar un médico) y busque por código postal.

Su plan de salud mediante Tanimura & Antle cubre los servicios de atención preventiva al 100%

Maneras de buscar atención medica

Cuando necesita atención médica, no siempre tiene tiempo de coordinar con su médico de atención primaria. Algunas condiciones deben tratarse rápidamente y necesitan atención inmediata. Por lo tanto, hemos proporcionado algunas opciones a continuación.

¿Qué es Teladoc?

Los médicos de Teladoc están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana por teléfono, video o aplicación móvil. Pueden diagnosticar a partir de los síntomas, definir planes de tratamiento y recetar medicamentos **sin costo para usted**. (Para obtener más información, consulte la página 6).

¿Qué es la atención de urgencia?

Los centros de atención de urgencia tratan condiciones que no ponen en riesgo la vida y que necesitan ser atendidas de inmediato, pero que no justifican una visita a la sala de emergencias. Suelen abrir en horario extendido. Muchas incluyen atención por las tardes y los fines de semana, y el costo es sustancialmente menor que el de una sala de emergencias.

¿Cuándo buscar atención de urgencia?

Pueden tratarlo en un centro de atención de urgencias por infecciones, síntomas de gripe, lesiones leves, como torceduras o esguinces, fracturas leves, cortes y quemaduras superficiales, y reacciones alérgicas leves. Recuerde que los centros de atención de urgencia no sustituyen la atención de emergencia. Algunos centros de atención de urgencia pueden determinar que su condicion es muy grave y recomendarle que se dirija a una sala de emergencias.

¿Cómo acceder a la atención de urgencia?

Investigue sobre centros cercanos:

- Busque en línea instituciones de atención de urgencia cercanas. Visite mycigna.com y filtre las instituciones de atención de urgencia con su código postal.
- Verifique sus horarios de atención y, si es posible, llame antes para preguntar sobre los tiempos de espera y su condicion médica específica.

Lleve la documentación necesaria:

- Lleve su identificación y la tarjeta de identificación del seguro.

¿Cuándo acudir a una sala de emergencias?

Las salas de emergencia tratan condiciones graves, que ponen en riesgo la vida o condiciones potencialmente incapacitantes que exigen atención médica inmediata. Algunos ejemplos son dolor en el pecho, lesiones graves, dificultad para respirar, reacciones alérgicas graves o signos de accidente cerebrovascular (ACV) o ataque cardíaco. Las visitas a la sala de emergencias suelen ser la opción más cara por el alto nivel de atención y recursos disponibles.



Cobertura dental

Tanimura & Antle, Inc. ofrece un plan dental a través de **Delta Dental**. Los servicios dentales están incluidos en todas las opciones de planes médicos: Cobertura Básica y PPO. Revise la tabla a continuación para ver el monto que Delta Dental pagará por cada servicio listado.

	Plan Delta Dental
	Dentro de la red
Deducible por año calendario (individual/familiar)	$0
Máximo por año calendario (Por persona)	$2,500
Atención preventiva	Examen y limpieza: 100 % (2 veces por año) Aleta de mordida: $28
Servicios básicos	Empastes dentales, dos superficies: $91 Empastes dentales, tres superficies:$107
Endodoncia	Tratamiento de conducto (anterior; no incluye restauración final): $360
Periodoncia	Eliminación de sarro y alisado radicular: $129
Servicios de mayor complejidad (extracciones, coronas)	Corona: $531 Dentadura completa (maxilar): $823
Ortodoncia (Adultos y niños)	Se aplicara a la lista de terifias Vida Máxima: $2,500

Nota: Los servicios preventivos no están cubiertos fuera de la red.



Cómo buscar dentistas que formen parte de la red

Estos procedimientos solo están cubiertos con los proveedores aprobados de Delta Dental. Puede encontrar un dentista que forme parte de la red en www.deltadental.com o llamando al 800.765.6003.

Cobertura de la vista

Tanimura & Antle, Inc. ofrece cobertura de visión a través de **Vision Service Plan (VSP).** Los servicios de visión están incluidos en todas las opciones de planes médicos: Cobertura Básica y PPO. VSP ayuda a cubrir exámenes de la vista, lentes y lentes de contacto. Revise la tabla a continuación para ver los montos de cobertura.

	Plan para la vista	
	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen de la vista (Una vez cada 12 meses)	Copago de $20	Hasta $45
Lentes (Una vez cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de $20	Hasta $45
Bifocales	Copago de $20	Hasta $65
Trifocales	Copago de $20	Hasta $85
Monturas (Una vez cada 12 meses)	Marcos de marcas destacadas: asignación de hasta $170; asignación de hasta $150 más 20 % de descuento	Hasta $47
Lentes de contacto (en lugar de monturas y lentes) (Una vez cada 12 meses)		
Asignación separada para ajuste	Asignación de hasta $130 más 15 % de descuento	No disponible
Asignación Necesarios por razones médicas	Asignación de hasta $130 Cobertura total	Hasta $105 Hasta $210

Cómo buscar oftalmólogos dentro de la red Puede encontrar un oftalmólogo dentro de la red Vision Service Plan (VSP) en www.vsp.com o llamando al 800.877.7195.



Seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento

Seguro de vida y AD&D: pagado al 100 % por Tanimura & Antle

La empresa proporciona un seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) por medio de Mutual of Omaha sin costo alguno para todos los empleados elegibles.

	Cómo funciona
Vida: $50,000	Sus beneficiarios reciben este beneficio si usted fallece.
AD&D: $50,000	Este beneficio se paga a usted o a sus beneficiarios en caso de muerte accidental o lesión grave.

Seguro de vida voluntario: pagado 100 % por el empleado

Si desea cobertura adicional, debe adquirir cobertura voluntaria para usted antes de poder adquirirla para su cónyuge o hijos. La cobertura se ofrece a nuestras tarifas grupales. La emisión garantizada está disponible para los nuevos empleados. Los montos superiores al límite de emisión garantizada requerirán una solicitud de salud o evidencia de asegurabilidad. Para los ingresantes tardíos, todos los montos requerirán una solicitud de salud o evidencia de asegurabilidad.

Cómo funciona	Seguro de vida voluntario (Beneficio que paga el empleado)	Emisión de la garantía
Sus beneficiarios reciben este beneficio si usted fallece.	**Usted:** Incrementos de $10,000, 5 veces las ganancias anuales hasta un máximo de $500,000 **Su cónyuge:** Incrementos de $5,000 hasta $100,000, sin superar el 50 % del monto del empleado **Sus hijos:** Incrementos de $1,000 hasta $10,000, sin superar el 50 % del monto del empleado	**Usted:** 5 veces sus ganancias anuales hasta $150,000 **Su cónyuge:** $75,000, sin superar el 100 % del monto del empleado **Sus hijos:** No corresponde

Costo por salario para el seguro de vida voluntario (por cada $1,000 de cobertura)

Edad del empleado	<29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	80 años o más
Empleado	$0.01	$0.02	$0.03	$0.05	$0.08	$0.14	$0.23	$0.38	$0.58	$0.85	$1.55	$2.36
Cónyuge	$0.01	$0.02	$0.03	$0.05	$0.08	$0.14	$0.23	$0.38	$0.58	$0.85	$1.55	$2.36
Hijos	$0.020											

Nota: Sus beneficios de vida se reducirán en un 50 % a los 70 años.

Seguro contra accidentes

Incluso con cobertura médica, pueden producirse costos de bolsillo importantes cuando necesita atención por un accidente. El seguro contra accidentes le paga un beneficio en efectivo directamente a usted si se lesiona en un accidente cubierto. (Pp/pa: por persona/por accidente)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DIAGNÓSTICO	Montos de los beneficios
Ambulancia (terrestre)	$400 pp/pa
Ambulancia (aérea)	$2,000 pp/pa
Sala de emergencias	$300 pp/pa
Pruebas de diagnóstico de complejidad (resonancia magnética [RM], tomografía computada [TC], electroencefalograma [EEG])	$300 pp/pa
Radiografías	$60 pp/pa
Tratamiento del dolor/epidural	$100 pp/pa
Visita inicial al médico	$100 pp/pa
HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y BENEFICIOS QUIRÚRGICOS	
Ingreso hospitalario	$1,500 pp/pa
Admisión en la UCI	$3,000 pp/pa
Hospitalización permanente	$300 por día
UCI	$600 por día
Rehabilitación/Centro de enfermería especializada	$150 por día
Sangre, plasma o plaquetas	$500 pp/pa
Cirugía (abierta abdominal, torácica, craneal)	$3,000 por cirugía
Cirugía (hernia)	$1,500 por cirugía
Cirugía (exploratoria o sin reparación)	$400 por cirugía
Transporte	$500 por viaje
Hospedaje para familiares (hasta 30 noches)	$125 por noche
Coma (después de 7 días de duración)	$8,000 pp/pa
ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO	
Visita de seguimiento con el médico	$100 pp/pa
Fisioterapia y terapia quiropráctica (hasta 10 visitas por accidente)	$75 por visita
Equipamiento médico	$400 pp/pa
Prótesis (1 dispositivo por accidente cubierto)	$2,500 pp/pa
LESIONES COMUNES	
Quemaduras	
Segundo grado: 20 - 100 centímetros cuadrados	$100 pp/pa
Segundo grado: 101 - 225 centímetros cuadrados	$200 pp/pa
Segundo grado: Más de 225 centímetros cuadrados	$800 pp/pa
Tercer grado: 20 - 100 centímetros cuadrados	$800 pp/pa
Tercer grado: 101 - 225 centímetros cuadrados	$6,000 pp/pa
Tercer grado: Más de 225 centímetros cuadrados	$20,000 pp/pa
Injertos de piel	Beneficio para el 25 % de la quemadura
Parálisis	
Tetraplejia	$20,000 pp/pa
Paraplejia o hemiplejia	$10,000 pp/pa
Monoplejia	$50,000 pp/pa
Laceraciones	
Sin sutura	$50 pp/pa
Menos de 3 pulgadas, con sutura	$80 pp/pa
3 a 6 pulgadas, con sutura	$150 pp/pa
Más de 6 pulgadas, con sutura	$400 pp/pa
Trabajo dental de emergencia	
Reparación de corona	$200 pp/pa
Extracción	$100 pp/pa

Seguro contra accidentes

LESIONES COMUNES (CONTINUACIÓN)	Montos de los beneficios
Lesiones en los ojos	
Remoción de objeto extraño	$60 pp/pa
Reparación quirúrgica	$300 pp/pa
Lesiones específicas	
Lesiones discales	$600 pp/pa
Tendones/ligamentos (1 desgarro con reparación quirúrgica)	$800 pp/pa
Tendones/ligamentos (2 o más desgarros con reparación quirúrgica)	$1,200 pp/pa
Tendones/ligamentos (artroscopia quirúrgica sin reparación)	$300 pp/pa
Rotura del cartílago de la rodilla (cirugía exploratoria sin reparación)	$300 pp/pa
Rotura del cartílago de la rodilla (reparación quirúrgica)	$800 pp/pa
Conmoción cerebral	$300 pp/pa
Luxaciones (reducción cerrada): 3 beneficios de luxación por persona, por máximo de accidente	
Cadera	$5,000 por luxación
Rodilla (excepto la rótula), hombro, pie/tobillo, muñeca, maxilar inferior, codo	$2,000 por luxación
Huesos de la mano (excepto dedos), clavícula	$1,000 por luxación
2 o más dedos de la mano o del pie	$400 por luxación
1 dedo de la mano o del pie	$150 por luxación
Reducción abierta	200 % del beneficio de luxación
Luxación parcial	25 % del beneficio de luxación
Brazo, escápula, pierna	$3,000 por fractura
Maxilar superior, procesos vertebrales, rótula, clavícula, antebrazo, pie/tobillo	$2,000 por fractura
Mano/muñeca, maxilar inferior	$1,500 por fractura
Costillas (2 o más), huesos de la cara o nariz	$1,000 por fractura
1 costilla, dedo de la mano o del pie, cóccix	$400 por fractura
Reducción abierta	200 % del beneficio de fractura
Esquirlas óseas	25 % del beneficio de fractura
Fracturas (reducción cerrada): 3 beneficios de fractura por persona, por máximo de accidente	
Cráneo, cadera/muslo, cuerpo vertebral (excepto los procesos vertebrales), pelvis	$5,000 por fractura
BENEFICIOS POR ACCIDENTE CATASTRÓFICO	
Muerte accidental[1]	$50,000
Muerte accidental en transporte público[1]	$100,000
Beneficios por AD&D[1]	
Doble desmembramiento (pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista en ambos ojos)	
Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos	$25,000
Pérdida de 1 mano y 1 pie	$50,000
Pérdida de 1 ojo	$25,000
Pérdida de 1 mano o 1 pie	$25,000
Pérdida de 2 o más dedos de la mano o del pie	$10,000
Pérdida de 1 dedo de la mano o del pie	$2,500

Prima semanal	
Individual	$2.80
Empleado + cónyuge	$4.93
Empleado + hijos	$6.20
Familia	$8.81

Seguro de indemnización hospitalaria

La indemnización hospitalaria paga un beneficio en efectivo una sola vez si lo ingresan o queda internado en el hospital. Incluso con seguro médico, pueden generarse gastos de bolsillo sustanciales si tiene una estancia hospitalaria cubierta (pp/pac: por persona por año calendario).

BENEFICIOS HOSPITALARIOS PARA INTERNACIONES	Montos de los beneficios
Máximo de por vida de 500 días, salvo que se especifique algo diferente	
Confinamiento hospitalario	$1,500 el primer día $150 a partir del día 2 30 incidentes pp/pac
Unidad de cuidados intensivos	$1,500 el primer día $300 a partir del día 2 30 incidentes pp/pac
Institución para el tratamiento por abuso de sustancias	$100 por día, 30 días pp/pac
Institución de tratamiento de salud mental	$100 por día, 30 días pp/pac
Centro de atención de enfermería Este beneficio se paga solamente después de una estancia hospitalaria cubierta de, al menos, tres días consecutivos.	$100 por día, 30 días pp/pac
Evaluación de bienestar: usted recibe este pago directamente si completa una visita de atención preventiva aprobada.	$50
Prima semanal	
Empleado	$4.77
Empleado + cónyuge	$10.17
Empleado + hijos	$7.82
Familia	$14.16

pp/pac = por persona, por año calendario

<u>Misceláneo:</u>
La portabilidad no está disponible para los empleados o dependientes que vivan en CA, CO, DC, HI, KY, LA, MN, NV, NH, NM, NY, OR, UT, VT, WA o WV. Si la portabilidad no está disponible, los empleados o dependientes cumplirían los requisitos para una extensión de la cobertura sin límite de finalización, siempre y cuando la póliza del empleador esté activa.

Seguro por enfermedades graves

El seguro por enfermedades graves le pagará una suma de dinero única en efectivo si le diagnostican una de las siguientes enfermedades graves después de la fecha de entrada en vigencia de la póliza. Si tiene una enfermedad grave ya diagnosticada y se inscribe, no estará cubierta. Usted recibirá este pago directamente para los costos de bolsillo que desee. Elija entre montos de cobertura de **$10,000, $20,000 y $30,000** para usted y su cónyuge, y un 50 % del monto del beneficio para sus hijos.

DETALLES DE LA COBERTURA	
Beneficios básicos	Cáncer invasivo: 100 %, cáncer no invasivo: 50 %, cáncer de piel: $500, ataque cardíaco: 100 %, ACV: 100 %, arteriopatía coronaria que requiere cirugía o angioplastia: 50 %, paro cardíaco súbito: 100 %, accidente isquémico transitorio: 50 %, insuficiencia en un órgano principal: 100 %, insuficiencia renal en etapa terminal: 100 %, pérdida de la visión: 100 %, pérdida del habla: 100 %, pérdida de la audición: 100 %, parálisis: 100 % (cubre enfermedad y accidente), quemaduras graves: 100 %, trasplante de células madre: 100 %
Condiciones neurológicas	Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)/otras enfermedades de las motoneuronas: 100 %, Alzheimer en etapa avanzada: 100 %, enfermedad de Parkinson: 100 %, esclerosis múltiple en etapa avanzada: 100 %, coma: 100 % (cubre accidentes y enfermedades)
Enfermedades pediátricas	Anomalía congénita estructural importante: 100 %, trastorno metabólico congénito: 100 %, anomalía cromosómica congénita: 100 %, enfermedad crónica comúnmente diagnosticada en la infancia: 100 %
Ocurrencias adicionales	Si le diagnostican una enfermedad grave cubierta y luego, al menos un día después, le diagnostican una enfermedad grave cubierta diferente, también pagaremos el beneficio adicional de enfermedad grave por la segunda condición cubierta.
Opciones	
Beneficio de evaluación de la salud	Paga un beneficio anual de $50 cuando completa una evaluación preventiva aprobada.
Montos del beneficio para el empleado	
Beneficio del empleado por enfermedad grave: $10,000, $20,000 o $30,000.	
Montos de beneficio para el dependiente	
Beneficio para el cónyuge: 100 % del monto del beneficio; beneficio para hijos: 50 % del monto del beneficio.	

Tasas de primas semanales por cada $1,000 de beneficios

Solo para el empleado

Edad cumplida del empleado	Por cada $1,000 de cobertura
24 años o menos	$0.07
De 25 a 29 años	$0.08
De 30 a 34 años	$0.10
De 35 a 39 años	$0.13
De 40 a 44 años	$0.20
De 45 a 49 años	$0.33
De 50 a 54 años	$0.54
De 55 a 59 años	$0.74
De 60 a 64 años	$1.08
De 65 a 69 años	$1.49
De 70 a 74 años	$2.12
De 75 a 79 años	$2.87
De 80 a 84 años	$3.04
85 años o más	$3.52

Tasas de primas semanales por cada $1,000 de beneficios

Empleado + hijo

Edad cumplida del empleado	Por cada $1,000 de cobertura
24 años o menos	$0.07
De 25 a 29 años	$0.08
De 30 a 34 años	$0.10
De 35 a 39 años	$0.13
De 40 a 44 años	$0.20
De 45 a 49 años	$0.33
De 50 a 54 años	$0.54
De 55 a 59 años	$0.74
De 60 a 64 años	$1.08
De 65 a 69 años	$1.49
De 70 a 74 años	$2.12
De 75 a 79 años	$2.87
De 80 a 84 años	$3.04
85 años o más	$3.52

Tasas de primas semanales por cada $1,000 de beneficios

Empleado + cónyuge

Edad cumplida del empleado	Por cada $1,000 de cobertura
24 años o menos	$0.17
De 25 a 29 años	$0.20
De 30 a 34 años	$0.24
De 35 a 39 años	$0.30
De 40 a 44 años	$0.45
De 45 a 49 años	$0.70
De 50 a 54 años	$1.09
De 55 a 59 años	$1.47
De 60 a 64 años	$2.05
De 65 a 69 años	$2.84
De 70 a 74 años	$3.95
De 75 a 79 años	$5.13
De 80 a 84 años	$6,13
85 años o más	$7.08

Tasas de primas semanales por cada $1,000 de beneficios

Familia

Edad cumplida del empleado	Por cada $1,000 de cobertura
24 años o menos	$0.17
De 25 a 29 años	$0.20
De 30 a 34 años	$0.24
De 35 a 39 años	$0.30
De 40 a 44 años	$0.45
De 45 a 49 años	$0.70
De 50 a 54 años	$1.09
De 55 a 59 años	$1.47
De 60 a 64 años	$2.05
De 65 a 69 años	$2.84
De 70 a 74 años	$3.95
De 75 a 79 años	$5.13
De 80 a 84 años	$6,13
85 años o más	$7.08

Programa de Asistencia al Empleado

Los servicios del EAP se brindan por medio de **ComPsych**. Para ayudar con problemas e inquietudes personales, Tanimura & Antle le brinda a usted y a su familia un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) **sin costo**. **Este beneficio es para empleados y para todos los miembros de su grupo familiar.**

Llame al EAP de ComPsych las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir asistencia confidencial con cuestiones personales relacionadas con la familia, las finanzas, la salud y el trabajo. Los asesores experimentados están disponibles para escuchar y ayudar a encontrar soluciones. También puede recibir **hasta 5 sesiones de asesoría presenciales por asunto por familiar**. ComPsych cuenta con una amplia red de asesores en todo el mundo, incluido México.

Obtenga apoyo de asesores confidenciales o buscando en la extensa biblioteca de ComPsych sobre recursos de bienestar centrados en decenas de problemas del trabajo y la vida, como los siguientes:

- **Estrés, ansiedad, duelo, pérdida, abuso de drogas o alcohol, conflictos matrimoniales o familiares.**
- **Finanzas, como gestión de tarjetas de crédito y débito, planificación de sucesiones y opciones de inversión.**
- **Cuestiones legales, como divorcio, custodia, adopción, bancarrota, inquietudes sobre inmigración y testamentos.**
- **Servicios comunitarios, búsqueda de cuidado para niños o personas mayores.**
- **Descuentos y más.**



ComPsych es el mayor proveedor de programas de asistencia al empleado del mundo.

Acceda a la atención desde
guidanceresources.com
y use la WebID: TanAn
O llame en EE. UU.: 855.213.4651 En México: 800.681.5384

Plan de Propiedad de Acciones para Empleados(ESOP)

El ESOP le permite participar en el valor y crecimiento de la Compañía al adquirir propiedad en las acciones. Su participación en el ESOP generalmente aumenta mientras más tiempo permanezca en la empresa. Su cuenta puede crecer a través de Aportaciones del Empleador (si las hay), aumentos en el valor de las acciones y la redistribución de acciones de participantes que se retiran, diversifican o dejan la empresa.

Elegibilidad:

- Los empleados elegibles se convierten en Participantes el primer día del Año del Plan en el que completen un año completo de servicio (con al menos 1,000 horas trabajadas) y alcancen al menos los 18 años de edad.
- No son elegibles para el ESOP quienes estén cubiertos por un contrato colectivo de trabajo, sean empleados contratados por terceros, extranjeros no residentes sin ingresos de fuente estadounidense o extranjeros no residentes trabajando bajo una visa H-2A.

Aportaciones:

- Los empleados no contribuyen al ESOP; todas las aportaciones provienen de la Compañía.
- Nuestro ESOP es un plan maduro. Las aportaciones, si las hay, se realizan a discreción de la Compañía, y las acciones de la Compañía (si son asignadas) se distribuyen anualmente después de cada año de servicio que califique.
- La Junta Directiva decide el monto (si lo hay) y la fórmula para las Aportaciones del Empleador en cada Año del Plan.
- Para ser elegible a las Aportaciones del Empleador, usted debe:
  - Completar al menos 1,000 horas de servicio durante el Año del Plan, y
  - Estar empleado activamente (o en licencia aprobada) en el último día del Año del Plan (31 de diciembre).
- Las aportaciones se asignan en base a la Compensación de cada participante, en proporción a la Compensación total de todos los participantes elegibles del ESOP.

Tabla de Adquisición:

La adquisición se basa en los años de Servicio Acreditado	
Menos de dos años	0%
Dos años	20%
Tres años	40%
Cuatro años	60%
Cinco años	80%
Seis años o más	100%

Servicio Acreditado se define como un Año del Plan en el cual usted complete al menos 1,000 horas de servicio.

Para más información sobre el ESOP, incluyendo el documento completo del plan, por favor comuníquese con el equipo de beneficios de Tanimura & Antle.

Plan de Ahorro para el Retiro 401(k) y Roth 401(k)

El Plan 401(k) le ayuda a ahorrar para su jubilación con ventajas fiscales y aportaciones equivalentes de la Compañía. Usted decide cuánto aportar, y la Compañía le ayuda a hacer crecer sus ahorros con una aportación.

¿Por qué participar?

- Obtenga una aportación equivalente del 100% en sus contribuciones hasta el 5% de su salario.
- Ahorre antes de impuestos con un 401(k) Tradicional (reduce sus impuestos ahora), o después de impuestos con un Roth 401(k) (retiros libres de impuestos más adelante).
- Sus aportaciones y la aportación equivalente de la Compañía están 100% consolidadas de inmediato.
- Incluso pequeñas aportaciones pueden crecer significativamente con el interés compuesto a lo largo del tiempo.

Detalles clave

- Elegibilidad: Todos los empleados de 18 años o más, después de 30 días de servicio.
- Límites de aportación:
  - Los límites son establecidos cada año por el IRS y pueden cambiar anualmente.
  - Revise los límites más recientes en irs.gov/retirement-plans.
- Opciones de inversión: Hay una amplia variedad de fondos disponibles a través de su Plan. Revise el Aviso de Rendimientos de Inversión y Comparación de Tarifas del Plan en empowermyretirement.com para obtener información sobre las opciones de inversión.

401(k) Tradicional vs. Roth 401(k)

Pregunta	401(k) Tradicional	Roth 401(k)
¿Cuándo pago impuestos?	Después – cuando retire el dinero	Ahora – antes de aportar
¿Beneficio fiscal hoy?	Sí	No
Retiros en la jubilación	Gravados como ingreso	No (si tiene 59½ años y cumple la regla de 5 años)
Mejor para mí si...	Espero estar en una tasa de impuestos más baja al jubilarme	Espero estar en la misma o en una tasa de impuestos más alta al jubilarme

Cómo inscribirse

Inscríbase en cualquier momento en empowermyretirement.com o llamando al 1-844-465-4455.

¡Empiece a contribuir! ¡Incluso pequeñas cantidades pueden crecer significativamente con el tiempo!

Información de contacto

Beneficio	Proveedor	Teléfono	Sitio web o correo electrónico
Atención médica	Cigna	888.624.7292	www.cigna.com
Panel mexicano	Sain Medical	+52.653.536.7800	www.Sainmedical.com
Atención dental	Delta Dental	800.765.6003	www.deltadental.com
Atención para la vista	Vision Service Plan (VSP)	800.877.7195	www.vsp.com
Seguro de vida y por AD&D	Mutual of Omaha	800.228.7104	www.mutualofomaha.com
Seguro de vida voluntario			
Plan de asistencia al empleado (EAP) WebID: TanAn	ComPsych	EE. UU.: 855.213.4651 En México: 800.681.5384	www.guidanceresources.com
Beneficios voluntarios (Accidentes, enfermedades graves e indemnización hospitalaria)	Symetra	800.497.3699	SYMSBA@Symetra.com
Equipo de recursos humanos y beneficios de Tanimura & Antle	Recursos Humanos	800.772.4542	hr@taproduce.com
	Gerente de beneficios	831.455.3938	benefits@taproduce.com
	Coordinadora de beneficios	831.455.3539	
	Asistente de beneficios	831.455.4038	

Avisos Requeridos

Divulgación de protección al paciente
El plan de salud de Tanimura & Antle, Inc. generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar cualquier proveedor de atención primaria que par cipe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

Hasta que usted haga esta designación, Cigna designará una para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Cigna al 888.624.7292 o www.cigna.com

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.
No necesita autorización previa de Cigna ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para
realizar derivaciones. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Cigna al 888.624.7292 o www.cigna.com.

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer
Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tengas derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el lymphedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujeto a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: Plan PPO (Individual: 10 % d e coseguro y $750 de deducible; Familia: 10% de coseguro y $1,250 d e deducible)
Plan 2: Plan de Ahorro d e Salud (Individual: 1 0% de coseguro y $1,500 d e deducible; Familia: 10% d e coseguro y $3,000 d e deducible) Plan 3: Cobertura Básica con Panel Mexicano (Individual: 20% coseguro y $5,000 deducible; Familiar: 20% coseguro y $10,000 deducible)
Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al 831.455.3938

o mande un correo electrónico a: anahisanchez@taproduce.com

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)

Recordatorio de aviso de prácticas de privacidad de HIPPA

Tanimura & Antle, Inc. está comprometido con la privacidad de su información de salud. Los administradores del Plan de Salud de Tanimura & Antle, Inc. (el Plan) utilizan estrictos estándares de privacidad para proteger su información de salud del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos conforme a la ley se describen en la Notificación de prácticas de privacidad del Plan. Puede recibir una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad comunicándose con Anahi Sanchez Supervisora de Beneficios al 831.455.3938 o anahisanchez@taproduce.com.

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 enero de 2024. 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.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

Avisos Requeridos

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.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.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (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 y CHIP**
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/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access 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

Avisos Requeridos

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.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.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (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 y CHIP**
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/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access 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 enero 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

Plan de salud de Tanimura & Antle, Inc. Notificación de sus derechos de inscripción especial de HIPPA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de Tanimura & AntleFresh Foods, Inc. (para realmente participar, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPPA requiere que le notifiquemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan bajo su disposición de inscripción especial si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o una persona elegible. Dependiente mientras otra cobertura está vigente y luego pierde esa otra cobertura por ciertas razones que califican.

Pérdida de otra cobertura (excluyendo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra seguro médico o cobertura de plan médico grupal está vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad. Para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que su otra cobertura o la de sus dependientes finalice (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños Si rechaza la inscripción para usted o pata un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, deber solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que su cobertura o la de sus dependientes finalice bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción colocación para adopción.

Elegibilidad para recibir asistencia para las primas según Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para dicha asistencia o la de sus dependientes.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, comuníquese con Anahi Sanchez Supervisora de Beneficios al 831.455.3938 o anahisanchez@taproduce.com

Advertencia importante
Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, debe indicar que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) es el motivo del rechazo de la inscripción, y se solicita que identifique esa cobertura.

Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derechos de inscripción especiales en caso de pérdida de otra cobertura como se describe anteriormente, pero seguirá teniendo derechos de inscripción especiales cuando tenga un nuevo matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o en virtud de obtener elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, como se describe anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especiales al perder otra cobertura, no puede inscribirse ni a sus dependientes en el plan en ningún otro momento que no sea el período de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especiales debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o en virtud de obtener elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

Departamento de Salud u Servicios Humanos de EE.UU. Centros de servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov

Avisos Requeridos

Aviso importante de Tanimura & Antle, Inc.Acerca de su receta sobre de cobertura de medicamentos u Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Tanimura & Antle, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Esta información quede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comprar su cobertura actual, incluidos qué costo, con la cobertura u los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. 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 necesita saber sobre su cobertura actual u la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Tanimura & Antle, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico es, por promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera

cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Coberturas Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Tanimura & Antle, Inc. tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima (multa) más alta para inscribirse en un plan de medicamentos Medicare?

También debe saber que, si cancelar o pierde su cobertura actual con Tanimure & Antle Fresh Foods, Inc. y no se inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario do Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo. Si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una muta) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte. **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...**

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare u si esta cobertura a través de Tanimura & Antle, Inc. cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la coberturade 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. Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Pata obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite: www.medicare.gov
- A su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual Medicare y Usted"" para conocer su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
  Llame al 800.MEDICARE (800.633.4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en: www.socialsecurity.gov, o llámelos al 800.772.1213 (TTY-800.325.0778)

Fecha	**01 de enero de 2026**
Nombre de la entidad/ remitente- Posición/oficina de contacto- Dirección de la oficina-	**Tanimura & Antle, Inc. Anahi Sanchez- Supervisora de Beneficios 1 Harris Rd Salinas, CA 93908-8608 United States**
Número de teléfono-	**831.455.3938**

Recuerde: Guarde este Aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscribe para demonstrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no a pagar una prima más alta (una multa).

COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU

COBERTURA DE SALUD

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del

9.12 %[1] de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no
se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.1 2

© 2024 Arthur J. Gallagher & Co.

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

[1] Indexado anualmente; consulte https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.

[2] Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

© 2024 Arthur J. Gallagher & Co.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con anahisanchez@produce.com

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

3. Nombre del empleador Tanimura & Antle Fresh Foods, Inc.		4. Número de identificación patronal (EIN) 94-2906792
5. Dirección del empleador 1 Harris Rd		6. Número de teléfono del empleador 831.455.3938
7. Ciudad Salinas	8. Estado California	9. Código postal 93908-8608
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Anahi Sanchez		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico anahisanchez@produce.com	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para: Consulte los documentos del plan para conocer los detalles de elegibilidad.

☒ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

© 2024 Arthur J. Gallagher & Co.

☐ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
- Respecto a los dependientes:

☐ No No ofrecemos cobertura.

☒ Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

☒ Sí (Continuar)

☐ 13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? (Continuar).

No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo*?

☒

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar. Consulte los documentos del plan para conocer los detalles de elegibilidad.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? Consulte los documentos del plan para conocer los detalles de elegibilidad.

b. ¿Con qué ☐Semanalmente ☐Cada 2 semanas ☐Dos veces al mes ☐Mensualmente ☐Trimestralmente ☐ Anualmente - Consulte los documentos del plan para conocer

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986]

© 2024 Arthur J. Gallagher & Co.

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? Ningun

☐ Cambio El empleador no ofrecerá cobertura de salud

☐ Empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? Consulte los documentos del plan para conocer los detalles de elegibilidad.

b. ¿Con qué frecuencia?

☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente
☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

© 2024 Arthur J. Gallagher & Co.



EMPLOYEE OWNED FAMILY FARM

TANIMURA & ANTLE®

PREMIUM FRESH PRODUCE

This benefit summary prepared by

Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

©2025 Gallagher Benefit Services, Inc. All rights reserved.