



Guía de beneficios para empleados 2026

Contenido

4	¿Quién es elegible para recibir beneficios?	22	Cuenta de gastos flexibles
5	Cambios en sus beneficios	25	Básico de vida y AD&D
6	Inscribiéndose en los beneficios	26	Voluntario de vida y AD&D
7	¿Qué plan es el adecuado para usted?	27	Seguro de discapacidad
8	Explicación de CDHP y HSA	28	Beneficios para mascotas
10	Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	29	Jubilación 401(k)
11	Planes médicos	30	¡Salud!
15	Saber a dónde ir	31	Bienestar – Modern Health
17	Recomendaciones de medicamentos recetados	32	Programa de asistencia al empleado
18	Conozca Medicare	33	Descuentos en fitness
19	Plan Dental	35	Your Wine Store
20	Plan Visión	36	Contactos
21	Costo de los planes	37	Glosario
		40	Información importante del plan
		41	Avisos legales

AVISO IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE

Esta guía de beneficios describe brevemente sus opciones de beneficios y sus posibilidades de inscripción. Todos los beneficios, y su derecho a recibirlos, están sujetos a los términos y condiciones de los planes de beneficios, incluyendo los contratos de seguros colectivos.

Los beneficios descritos se aplican a los empleados con derecho a beneficios de Jackson Family Enterprises, Jackson Family Wines, Inc, Regal Wine Company, LLC, Jackson Family Investments, LLC y Hartford-Jackson, LLC, KJCB, Inc (denominadas colectivamente "La Empresa").

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

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



Empezando

Los beneficios son un valioso complemento a su compensación general en Jackson Family Wines, Inc.* Como empleado de Jackson Family Wines, usted recibe un paquete competitivo que ofrece flexibilidad, protección financiera y una base sólida para su futuro. Nuestros empleados son de suma importancia y nuestros beneficios están diseñados para crear un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal que satisfaga sus necesidades y las de su familia. Esta guía de beneficios le ayudará a comprender mejor los planes que ofrecemos y cómo inscribirse. Asegúrese de aprovecharlos al máximo dedicándose tiempo a comprender sus opciones y seleccionando la mejor cobertura para usted y su familia.

Esta guía de beneficios describe brevemente sus opciones de beneficios y las opciones de inscripción. Todos los beneficios y su elegibilidad para los mismos están sujetos a los términos y condiciones de los planes de beneficios, incluyendo los contratos de seguro grupal. Los beneficios descritos se aplican a los empleados elegibles para recibir beneficios en Jackson Family Wines.

Esta guía no pretende ser una descripción completa de los beneficios ni una descripción resumida del documento del plan. En caso de conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán estos últimos. Jackson Family Wines se reserva el derecho de modificar cualquiera o todos los componentes de los planes de beneficios de la empresa en cualquier momento y por cualquier motivo. Esta guía no garantiza el empleo ni los beneficios actuales o futuros.

Algunos programas de beneficios requieren contribuciones del empleado. Consulte la documentación sobre beneficios para obtener más información sobre cualquier plan.

*Los beneficios descritos se aplican a los empleados elegibles de Jackson Family Enterprises, Jackson Family Wines, Inc., Regal Wine Company, LLC., Jackson Family Investments, LLC y Hartford-Jackson, LLC, KJCB, Inc. (en conjunto, "La Empresa"). Los beneficios descritos en esta guía entran en vigor del 1º de enero al 31 de diciembre de 2026.

¿Quién es elegible para recibir beneficios?

Empleados

Usted es elegible si trabaja activamente 30 horas o más a la semana y está designado como empleado de tiempo completo.

Los empleados con horarios variables y horarios de temporada pueden ser considerados elegibles para los beneficios.

Dependientes Elegibles

- Su cónyuge. El término "cónyuge" se refiere a la persona con quien usted está legalmente casado.
- Su pareja doméstica debe cumplir con los criterios que se describen a continuación.
- Sus hijos menores de 26 años que cumplan los requisitos y que sean: biológicos, hijastros, adoptados o colocados bajo tutela legal.
- Sus hijos solteros mayores a 26 años que tengan una discapacidad, vivan con usted, dependan de su manutención y no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física.

Aviso para parejas domésticas

Tenga en cuenta que la cobertura de la pareja doméstica puede diferir de la cobertura del cónyuge cuando la elegibilidad para Medicare es un factor.

Medicare es el pagador principal para las parejas domésticas con cobertura de un plan de salud grupal de un empleador grande si una pareja doméstica puede obtener Medicare debido a su edad y tiene cobertura de un plan de salud grupal a través del empleador actual de su pareja.

Nota: El valor de la cobertura médica proporcionada a una pareja doméstica o a cualquier hijo dependiente inscrito de su pareja doméstica se considera un ingreso para usted a efectos fiscales federales (y, en la mayoría de los casos, estatales). Jackson Family Wines declarará el valor de la cobertura como ingreso en su formulario W-2 y retendrá los impuestos correspondientes. Se recomienda consultar con su asesor fiscal para obtener más información sobre cómo le afecta esto.

¿Cuándo puede inscribirse?

Los nuevos empleados pueden optar por los beneficios dentro de los 31 días posteriores a su fecha de contratación y la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Los empleados existentes pueden inscribirse durante el periodo anual de inscripción abierta, que generalmente se realiza en noviembre y entra en vigor el 1º de enero.

Fuera de estos periodos, solo puede realizar cambios si experimenta un evento de vida calificado, lo cual se describe en la siguiente página, en la sección "Realizando cambios a mitad de año".

¿Qué pasa si no se inscribe como nuevo empleado?

Como empleado recién elegible, si no inicia sesión para elegir o renunciar a la cobertura, se le asignará automáticamente en el plan médico Anthem Advantage Plus CDHP PPO-HSA con cobertura exclusiva para empleados, vigente a partir del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. La contribución quincenal del empleado de \$81.00 se deduce del primer periodo de pago del mes en que su cobertura entra en vigencia. Sin embargo, no quedará inscrito automáticamente en el seguro dental, de la vista ni en el seguro de vida voluntario.

También quedará inscrito automáticamente en los beneficios patrocinados por la compañía: seguro de vida básico y AD&D, discapacidad a corto y largo plazo, programa de asistencia al empleado y Modern Health, que entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Aviso sobre la Parte D de Medicare

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la sección de Avisos Importantes para obtener más detalles.

Realizando cambios a mitad de año

Fuera del periodo de inscripción abierta, es posible que pueda inscribirse o realizar cambios en sus elecciones de beneficios si experimenta un cambio importante en su vida, como:

- Cambio en el estado civil legal
- Cambio en el número de dependientes o en el estado de elegibilidad de los dependientes
- Cambio en el estado laboral que afecte su elegibilidad, la de su cónyuge o la de sus hijos dependientes
- Cambio de residencia que afecte el acceso a los proveedores de la red
- Cambio en su cobertura médica o la de su cónyuge debido al empleo del mismo
- Cambio en su elegibilidad o la de un dependiente para Medicare o Medicaid
- Orden judicial que exija cobertura para su hijo

Debe enviar cualquier cambio dentro de los 31 días posteriores al evento.

La vida pasa

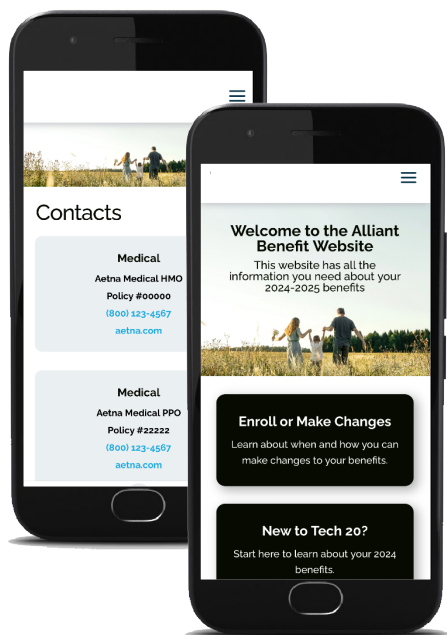
Un cambio en su vida podría permitirle actualizar sus opciones de beneficios. Mire el video para un resumen rápido de sus opciones.

Haga clic para reproducir el video



Una forma fácil de obtener información sobre beneficios

Esto es lo que encontrará en www.jfwbenefits.com



Beneficios

Consulte los detalles y costos de los beneficios de todos los planes para los que es elegible.

Aprenda

Vea presentaciones informativas sobre los beneficios disponibles.

Inscríbese

Acceda fácilmente al sistema de inscripción con su credencial de JFWNow a través de SSO.

Documentos

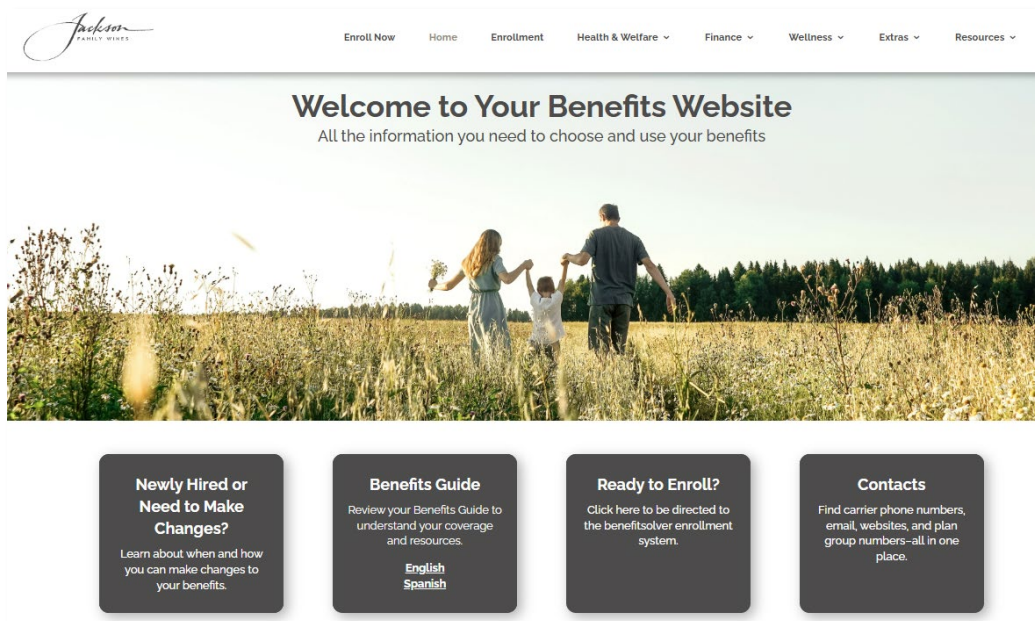
Lea avisos importantes sobre los planes de beneficios ("la letra pequeña").

Contactos

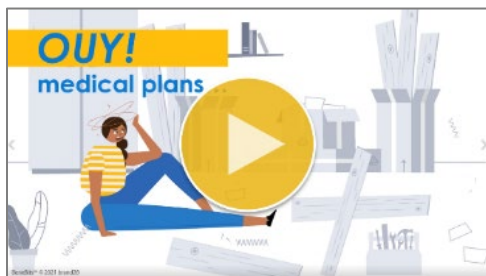
Encuentre información de contacto de recursos humanos, beneficios y compañías de seguros.

Obtenga ayuda

¿Necesita ayuda? Encuentre recursos útiles.



¿Qué plan es el adecuado para usted?



Todo sobre los planes médicos

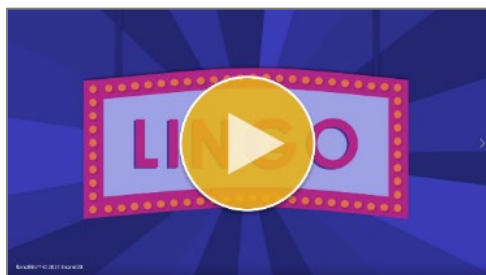
Definiciones de tipos de plan

- **HMO:** Organización para el Mantenimiento de la Salud
- **PPO:** Organización de Proveedores Preferidos
- **CDHP:** Plan de Salud Impulsado por el Consumidor

Al elegir un plan médico, es importante considerar su presupuesto, sus preferencias, su edad y estado de salud, así como la edad y el estado de salud de sus dependientes cubiertos. Debe considerar las diferencias clave entre los tipos de plan y elegir el que mejor se adapte a usted y a su familia.

Los planes difieren en las siguientes áreas:

- Costo de la cobertura, incluyendo las contribuciones a la nómina
- Deducible, copagos y coaseguro
- Gasto máximo de bolsillo
- Conveniencia, servicios cubiertos, acceso a proveedores, facilidad de uso



¡Juega Jerga de la Salud!

Considere una HMO si:

- Desea costos de bolsillo más bajos y predecibles.
- Le gusta tener un solo médico que administre su atención.
- Está satisfecho con la selección de proveedores de la red.
- No consulta a ningún médico fuera de la red.
- Tiene fácil acceso a las instalaciones de Kaiser.

Planes a considerar

- Anthem Value HMO (solo CA)
- Kaiser HMO (solo CA & OR)

Considere una PPO si:

- Desea poder consultar a cualquier proveedor, incluso un especialista, sin una referencia médica.
- Desea cobertura para proveedores fuera de la red (a un costo mayor).

Planes a considerar

- Anthem Value PPO

Considere un CDHP (con Cuenta de Ahorros para la Salud) si:

- Quiere poder consultar a cualquier proveedor, incluso un especialista, sin una referencia médica.
- Quiere cobertura para proveedores fuera de la red (con un costo mayor).
- Quiere ahorros libres de impuestos en sus gastos de atención médica.
- Quiere crear una cuenta de ahorros para gastos de atención médica para usted y sus familiares elegibles en el futuro.
- Quiere una forma adicional de aumentar sus ahorros para la jubilación.

Planes a considerar

- Anthem Advantage Plus CDHP-HSA

En un CDHP, primero debe cubrir su deducible. Una vez cubierto, pagará un porcentaje del costo (su coaseguro) hasta alcanzar su gasto máximo de bolsillo anual. Una vez alcanzado su gasto máximo de bolsillo anual, el plan pagará el 100% del costo de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. Tenga en cuenta que seguirá siendo responsable de los costos que excedan los límites razonables y habituales (solo aplica a proveedores fuera de la red).

El plan CDHP tiene un segundo componente: la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). La HSA le permite depositar fondos en una cuenta bancaria personal para compensar futuros gastos de atención médica y le ofrece un triple ahorro fiscal.

Anthem Advantage Plus CDHP - HSA

Ventajas de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

- Contribuciones libres de impuestos cuando usted o Jackson Family Wines aportan a la cuenta
- Intereses libres de impuestos sobre el saldo de su HSA y ganancias de inversión
- Retiros libres de impuestos para gastos calificados
- Los fondos no utilizados se transfieren y todos los fondos son suyos. *En algunos estados se aplican impuestos estatales sobre la nómina; consulte con su asesor fiscal.

Acerca de Anthem Advantage Plus CDHP - HSA

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

El plan Anthem Advantage Plus CDHP - HSA es un tipo especial de plan de salud que generalmente no tiene copagos; en cambio, usted pagará todos los servicios médicos y medicamentos recetados por adelantado hasta alcanzar su deducible. Después de alcanzar el deducible, la mayoría de los beneficios se pagan en porcentaje, en lugar de copagos fijos.

La atención preventiva está 100% cubierta cuando utiliza proveedores dentro de la red. Muchos medicamentos recetados preventivos están 100% cubiertos sin deducible ni copago (consulte el centro de referencia dentro del sistema de inscripción para obtener una lista de los medicamentos incluidos). Inscribirse en Anthem Advantage CDHP PPO/HSA le permite pagar los gastos de atención médica elegibles utilizando su propia cuenta de ahorros médicos libre de impuestos llamada HSA.

Cuenta de Ahorros para la Salud

Debe inscribirse en el plan Anthem Advantage Plus CDHP - HSA para poder abrir una HSA. Puede realizar aportaciones a su HSA hasta los límites establecidos por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Estos límites incluyen aportaciones de cualquier fuente y pueden aumentar anualmente según la inflación.

Jackson Family Wines financiará su HSA con los siguientes montos en 2026 (prorratedos según la fecha de contratación):

- \$500 para la cobertura solo empleados
- \$1,000 para la cobertura de empleados y familiares (si uno o más miembros de la familia están inscritos en el plan médico)

Financiación máxima para 2026 (contribuciones combinadas del empleado y JFW)

- \$4,400 para la cobertura solo empleados
- \$8,750 para la cobertura de empleados y familiares (si uno o más miembros de la familia están inscritos en el plan médico)
- \$1,000 de contribución adicional para cualquier persona mayor de 55 años (las contribuciones adicionales se pueden realizar en cualquier momento durante el año en que el participante de la HSA cumpla 55 años)

Componentes importantes de un CDHP y una HSA

Deducible

Su cobertura médica tradicional comienza después de alcanzar el deducible anual (\$1,700 si se inscribe solo, o \$3,600 si inscribe a uno o más miembros de su familia). Su deducible anual se restablece cada enero. Recuerde que puede usar su HSA para pagar el deducible y los gastos elegibles.

Gasto máximo de bolsillo

Su deducible anual, los servicios médicos no preventivos y los costos de medicamentos recetados no preventivos se aplican al gasto máximo de bolsillo anual de Anthem Advantage Plus CDHP - HSA. Una vez que haya alcanzado su gasto máximo de bolsillo anual, los gastos médicos y de medicamentos recetados están cubiertos al 100% (para los servicios cubiertos). Su gasto máximo de bolsillo se restablece cada enero.

Atención preventiva

La atención preventiva para adultos y niños está cubierta al 100% por el plan cuando utiliza proveedores de la red PPO (sin costo para usted). No necesita alcanzar ningún deducible para las consultas de atención preventiva siempre que utilice proveedores de la red. Además, ciertos medicamentos de mantenimiento/preventivos también están 100% cubiertos (sin deducible). Consulte la lista detallada en el centro de referencia del sistema de inscripción.

Inscripción en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Atención Médica

Debido a las regulaciones del IRS, si usted contribuye a una HSA, no puede contribuir a una FSA para Atención Médica. Sin embargo, puede contribuir a una FSA de Atención Médica Limitada (LPFSA) y a una FSA para el Cuidado de Dependientes. Obtenga más información sobre las FSA y sus diferencias con las HSA en la página 23.

Inscripción en su HSA

JFW colabora con HealthEquity para administrar nuestras cuentas bancarias HSA. La primera vez que se inscriba en el plan CDHP, como parte del proceso, deberá abrir activamente su cuenta HSA con HealthEquity. Si se inscribe en los beneficios en línea a través del portal y elige el plan CDHP, puede hacer clic en el enlace en pantalla para abrir su cuenta HSA en ese momento. Si no abre su cuenta HSA al inscribirse, puede visitar www.healthequity.com en cualquier momento para abrirla.

Realice cambios en su HSA

Puede modificar sus aportaciones a la HSA en cualquier momento a través de www.ifwbenefits.com seleccionando "Enroll" (Inscribirse) para acceder al sistema de inscripción e iniciar sesión. Seleccione "Qualified Status Change" (Cambio de estado calificado) en la página principal y después "HSA Change" (Cambio de HSA) como la razón.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Haga clic para reproducir los videos



¿Es usted elegible?

La HSA no es para todos. Solo es elegible si:

- Está inscrito en el plan médico Anthem Advantage Plus CDHP-HSA.
- No está inscrito en otra cobertura médica que no sea CDHP, como Medicare, Medicaid o Tricare.
- No es dependiente fiscal de nadie más.
- No está inscrito en una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica, a menos que sea una FSA de "propósito limitado" para gastos dentales y de la vista.

Descubra más

[Gastos Elegibles](#)

[Gastos no Elegibles](#)

Una cuenta de ahorros personal para la atención médica

Un Plan de Salud Impulsado por el Consumidor (CDHP) es un plan médico PPO. La ventaja de estar inscrito en un CDHP es que también le permite abrir una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Esta cuenta le permite reservar dinero antes de impuestos para gastos médicos, dentales y de la vista elegibles.

Cómo funciona el plan Anthem Advantage Plus CDHP-HSA

- JFW está trabajando con HealthEquity para administrar las cuentas bancarias HSA. La primera vez que se inscriba en el plan CDHP, como parte del proceso, deberá abrir activamente su cuenta HSA con HealthEquity.
- Si se inscribe en los beneficios en línea a través del portal y elige el plan CDHP, puede hacer clic en el enlace en pantalla para abrir su cuenta HSA en ese momento. Si no abre su cuenta HSA al momento de la inscripción, puede visitar www.healthequity.com en cualquier momento para hacerlo.
- Para ayudarlo a comenzar, Jackson Family Wines hará una contribución a su HSA:
Individual: \$500
Familiar: \$1,000
- Puede contribuir hasta el límite establecido por el IRS (incluyendo la contribución de Jackson Family Wines).
Individual: \$4,400 en 2026
Familiar: \$8,750 en 2026
Edad 55+: \$1,000 extra por año.
- Puede usar su tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles como visitas al consultorio, análisis de laboratorio, recetas, atención dental y de la vista, e incluso algunos artículos de farmacia.

Cuatro razones para amar una HSA

1. **Libre de impuestos.** No se aplican impuestos federales a las contribuciones ni impuestos estatales en la mayoría de los estados. Los retiros también están exentos de impuestos siempre y cuando se destinen a gastos de atención médica elegibles.
2. **Sin cláusula de "úselo o piérdalo."** Su saldo se transfiere de un año a otro. Usted es el propietario de la cuenta y puede seguir usándola incluso si cambia de plan médico o abandona la empresa.
3. **Úsela ahora o después.** Utilice su HSA para los gastos de atención médica que tiene hoy o ahorre el dinero para usarlo en el futuro.
4. **Aumente sus ahorros para la jubilación.** Después de jubilarse, puede utilizar su HSA para gastos de atención médica libres de impuestos. También puede utilizarla en gastos de vida habituales, que serán impositivos, pero no habrá penalizaciones.

Planes Médicos

Si aplica, usted paga el deducible y el copago (\$). El coaseguro (%) muestra lo que paga después del deducible.

	Anthem Advantage Plus CDHP-HSA**		Anthem Value PPO	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$1,700 Individual \$3,400 Miembro/\$3,600 Familiar		\$1,000 por miembro Máx. 3 deducibles separados por familia	\$2,000 por miembro Máx. 3 deducibles separados por familia
Gasto máximo de bolsillo	\$4,000 por miembro \$8,000 por familia (\$4,000 integrado)*	\$10,000 por miembro \$20,000 por familia	\$4,000 por miembro \$8,000 por familia	\$10,000 por miembro \$20,000 por familia
Coaseguro del miembro	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes				
Visita al PCP	20% después del deducible	50% después del deducible	\$30 por visita (sin deducible)	50% después del deducible
Visita al Especialista	20% después del deducible	50% después del deducible	\$50 por visita (sin deducible)	50% después del deducible
Atención preventiva	Sin copago (sin deducible)	50% después del deducible	Sin copago (sin deducible)	50% después del deducible
Servicios de diagnóstico				
Laboratorios y radiografías	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de instalaciones				
Atención de urgencias	20% después del deducible	50% después del deducible	\$30 por visita (sin deducible)	50% después del deducible
Sala de emergencias	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después de un deducible de \$150 (no aplica el deducible si se ingresa al paciente)	20% después de un deducible de \$150 (no aplica el deducible si se ingresa al paciente)
Cirugía ambulatoria	20% después del deducible	50% después del deducible	\$50 por visita (sin deducible)	50% después del deducible
Hospitalización	20% después del deducible	50% después del deducible	\$50 por visita (sin deducible)	Deducible de \$250 por admisión + 50% después del deducible
Medicamentos recetados				
Venta minorista (suministro para 30 días)	Después del deducible del plan: \$15/\$50/\$70/30% (copago máximo de \$250 por receta)	Después del deducible del plan: 50% del monto máximo permitido del medicamento recetado + costos que excedan el monto máximo permitido del medicamento recetado	\$15/\$50/\$70/30% (copago máximo de \$250 por receta)	Copago + 50% del monto máximo permitido del medicamento recetado + costos que excedan el monto máximo permitido del medicamento recetado
Pedido por correo (suministro para 90 días)	Después del deducible del plan: \$30/\$125/\$175/30% (copago máximo de \$500 por receta)	No cubierto	\$30/\$125/\$175/30% (copago máximo de \$500 por receta)	No cubierto

*Si inscribe a dependientes en el plan Anthem Advantage Plus CDHP - HSA, existen gastos máximos de bolsillo individuales integrados dentro de los límites familiares. Un solo miembro de la familia deberá cubrir el monto de gastos de bolsillo integrado en lugar del total de gastos de bolsillo familiar.

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

Planes Médicos

Si aplica, usted paga el deducible y el copago (\$). El coaseguro (%) muestra lo que paga después del deducible.

	Anthem Value HMO Solo dentro de la red (solo CA)	Kaiser HMO Solo dentro de la red (solo CA y OR)**
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo	\$3,500 por miembro \$7,000 por familia	\$3,000 por miembro \$6,000 por familia
Coaseguro del miembro	0% después del copago	0% después del copago
Exámenes		
Visita al PCP	\$30 por visita	\$30 por visita
Visita al Especialista	\$50 por visita	\$30 por visita
Atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de diagnóstico		
Laboratorios y radiografías	Sin costo \$100 por prueba de imágenes avanzadas	\$10 por encuentro
Servicios de instalaciones		
Atención de urgencias	Copago de \$50 por visita (Pueden aplicarse cargos adicionales según la atención brindada)	\$30 por visita
Sala de emergencias (copago eximido si es admitido)	\$150 por visita	\$150 por visita
Cirugía ambulatoria	\$400 por admisión	\$250 por procedimiento
Hospitalización	\$750 por día, máx. 3 días	\$500 por admisión
Medicamentos recetados		
Venta minorista (suministro para 30 días)	Después del deducible del plan: \$15/\$50/\$70/30% (copago máximo de \$250 por receta)	Genérico: copago de \$10 Marca: copago de \$30 Especialidad: 20% (copago máximo de \$250 por receta)
Pedido por correo (suministro para 90 días)	Después del deducible del plan: \$30/\$125/\$175/30% (copago máximo de \$500 por receta)	Genérico: copago de \$20. Marca: copago de \$60. *Suministro para 100 días.

*Esta información es solo una guía. Para obtener una descripción completa, consulte los documentos resumidos del plan. En caso de discrepancia, prevalecerán los documentos del plan.

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

Cómo encontrar un proveedor



Vaya a <https://www.anthem.com/ca/find-care/>

Inicie sesión para buscar proveedores dentro de la red o busque como invitado siguiendo estos pasos:

Seleccione el tipo de plan o red > “Medical Plan or Network” (Planes médicos o Red)

Seleccione el estado donde se ofrece el plan o red > “California”

Seleccione cómo recibe el seguro de salud > “Medical (Employer-Sponsored)” (Médico (patrocinado por el empleador))

Seleccione plan o red:

Miembros de HMO seleccionan > California Care HMO

o

Miembros Advantage Plus CDHP – HSA o Value PPO seleccionan > Prudent Buyer PPO

Clic > “continue” (continuar)

Ingrese la ubicación donde está buscando atención y busque por nombre específico del proveedor o por tipo de proveedor.



Vaya a www.kp.org

Selecciones > “Doctors & Locations” (Doctores y ubicación)

Seleccione su área > “California-Northern”, “California-Southern” o “Oregon/Washington”

Ingrese la ubicación donde está buscando atención y busque por nombre específico del proveedor o por tipo de proveedor.

Telemedicina

LiveHealth Online

En casa o fuera de ella, médicos y profesionales de la salud mental están aquí para usted. ¡Puede consultar con médicos y psiquiatras certificados desde su teléfono inteligente, tableta o computadora con LiveHealth Online!

- Consulte con un médico certificado las 24/7. Sin cita previa. Ellos siempre están disponibles para evaluar su condición y enviar una receta a la farmacia que elija, de ser necesario. Es una excelente opción si tiene conjuntivitis, resfriado, gripe, fiebre, alergias, sinusitis u otro problema de salud común. Para programar su cita, llame al 1-888-548-3432 los siete días de la semana.
- Consulte con un terapeuta certificado en cuatro días o menos. Tenga una videoconsulta con un terapeuta para obtener ayuda con la ansiedad, la depresión, el duelo, los ataques de pánico y más. Programe su cita en línea o llame al 1-888-548-3432 los siete días de la semana.
- Consulte con un psiquiatra certificado en un plazo de dos semanas. Si tiene más de 18 años, puede recibir apoyo con medicamentos para controlar una afección de salud mental. Para programar su cita, llame al 1-888-548-3432, los siete días de la semana.

Kaiser Permanente Minute Clinic

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

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

- Atención de urgencias de KP más cercana

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

- MinuteClinic más cercano
- Centro de atención de urgencias más cercano

Viajes internacionales

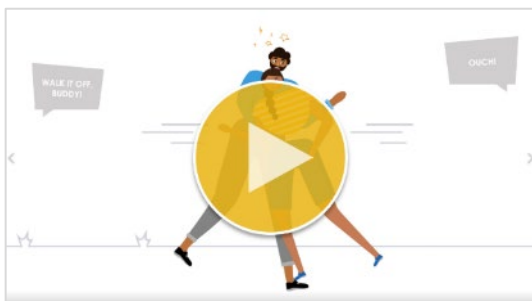
- Centro de atención de urgencias más cercano
- Hospital más cercano

Saber a dónde ir

El lugar donde recibe atención médica puede afectar significativamente el costo. Aquí tiene una guía rápida para ayudarlo a saber dónde acudir según su condición, presupuesto y tiempo.

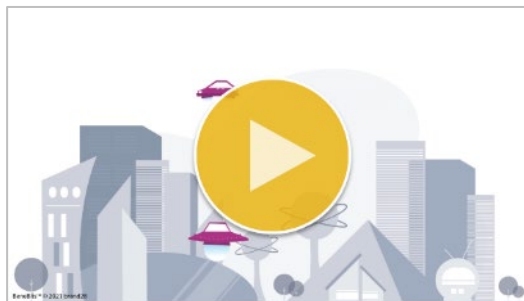
Tipo de visita	Úselo para
Línea de enfermería (\$) Normalmente disponible 24/7 sin costo alguno	<ul style="list-style-type: none">respuestas rápidas de un enfermero capacitado:<ul style="list-style-type: none">para determinar si se necesita atención inmediatapara opciones de tratamiento en el hogar y consejos
Visita en línea (\$) Normalmente disponible 24/7	<ul style="list-style-type: none">problemas de salud que no son de emergencia:<ul style="list-style-type: none">resfriado, gripe, alergias, dolor de cabeza, migrañaerupciones cutáneas, afecciones de la piellesiones levestemas de salud mental
Visita al consultorio (\$\$) Generalmente abierto durante el horario comercial habitual.	<ul style="list-style-type: none">atención y manejo médico de rutina:<ul style="list-style-type: none">atención médica preventivaenfermedad, lesionescondiciones existentes
Atención de urgencias (\$\$\$) Generalmente abierto, con horario extendido por la noche y los fines de semana.	<ul style="list-style-type: none">condiciones urgentes que no ponen en peligro la vida:<ul style="list-style-type: none">esguinces o puntadasmordeduras de animalesfiebre alta o infecciones respiratorias
Sala de emergencias (\$\$\$\$) Abierta 24/7.	<ul style="list-style-type: none">afecciones potencialmente mortales que requieren experiencia médica inmediata:<ul style="list-style-type: none">sospecha de ataque al corazón o accidente cerebrovascularhuesos rotos o sangrado excesivodolor severodificultad para respirar

Haga clic para reproducir el video



Atención de urgencias vs. sala de emergencias

Haga clic para reproducir el video



Salud Virtual

Centros alternativos

Si tiene tiempo para evaluar sus opciones de tratamientos de salud que no sean de emergencia, estas instalaciones alternativas pueden brindar los mismos resultados que un hospital a una fracción del costo.

Procedimiento	Alternativa	Características	Ahorros*
Cirugía	Centro de cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">• Se especializa en cirugías ambulatorias• Cataratas, colonoscopias, endoscopias del tracto gastrointestinal superior, cirugía ortopédica y más• Cumple con los mismos estándares de seguridad que los hospitales	Hasta un 50% frente a una estancia hospitalaria
Fisioterapia	Centro para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none">• La mayoría de los casos son aptos para fisioterapia ambulatoria• Los mismos tipos de tratamientos y terapeutas con habilidades similares a los de los centros de internación	40 a 60% frente a un hospital
Estudio del sueño	Pruebas en el hogar	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostica la apnea obstructiva del sueño• El seguro suele cubrir el costo si se considera médicamente necesario	Hasta \$4,500 frente a un laboratorio
Terapia de infusión	Infusión ambulatoria o en el hogar	<ul style="list-style-type: none">• Para medicamentos que deben administrarse mediante inyecciones intravenosas o epidurales• Administrados por un proveedor de terapia de infusión autorizado• Mantener un estilo de vida normal y la comodidad del hogar o del centro ambulatorio	Hasta un 90% frente a una estancia hospitalaria

**Las estimaciones de ahorro se basan en instalaciones y proveedores dentro de la red.*

Cómo encontrar un centro de tratamiento alternativo

Pregunte a su médico si su tratamiento debe ser administrado en el hospital.

También puede buscar centros quirúrgicos, fisioterapia y servicios similares en el sitio web de su plan o llamar a los servicios para miembros para obtener ayuda. Las herramientas en línea como healthcarebluebook.com y healthgrades.com lo

ayudan a comparar costos y calificaciones de los médicos.

Algunas instalaciones alternativas incluyen una tarifa para cubrir los costos generales. Para evitar una sorpresa en su factura, pregunte sobre las tarifas de las instalaciones antes de programar su cita.

¿Los medicamentos recetados están arruinando su presupuesto?

Comprender el formulario puede ahorrarle dinero

Si su médico le receta medicamentos, especialmente para una enfermedad crónica, no olvide consultar el formulario de medicamentos del plan de salud. Es una herramienta poderosa que puede ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de medicamentos e identificar la opción de menor costo.

¿Qué es un formulario?

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico. La mayoría de los formularios de medicamentos recetados dividen los medicamentos que cubren en cuatro o cinco categorías de medicamentos o “niveles”. Estas agrupaciones varían desde el costo más bajo hasta el más alto para usted. Los medicamentos “preferidos” generalmente le cuestan menos que los medicamentos “no preferidos”.

Aproveche al máximo su cobertura

Para aprovechar al máximo su cobertura de medicamentos recetados, observe en qué niveles del formulario de medicamentos de su plan se encuentran sus medicamentos recetados y pídale consejo a su médico. Los medicamentos genéricos suelen ser la opción de menor costo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos sean tan eficaces como los medicamentos equivalentes de marca.

Para averiguar si un medicamento está en el formulario de su plan, visite el sitio web del plan o llame al número de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación.

Otras opciones de descuento en medicamentos recetados

Además de consultar con su plan de seguros, puede encontrar gastos de bolsillo más bajos a través de tarjetas de descuento y programas de cupones como GoodRx, SingleCare, WellRx, Optum Perks, America's Pharmacy y varias tarjetas de descuento patrocinadas por el condado.

Use el programa para comparar el costo en la farmacia (con el descuento) con el copago de su seguro o el precio en efectivo; elija la opción de gasto de bolsillo más baja.

Presente la tarjeta de descuento o el cupón en la farmacia al surtir la receta. Si el precio con descuento es menor que el copago de su seguro, usted puede ahorrar más usando la tarjeta.

Tenga en cuenta que usar estos programas de descuento puede significar pagar en efectivo en la farmacia (sin presentar la solicitud a través de su seguro). Esto puede afectar si el monto se considera para su deducible o su máximo de gastos de bolsillo.

Haga clic para reproducir el video



Los niveles del medicamento del formulario determinan su costo.

\$

Medicamentos genéricos

\$\$

Medicamentos de marca

\$\$\$

Medicamentos especializados

¿Se acerca a los 65? Conozca Medicare

Se aproximan fechas límites importantes

La mayoría de las personas cumplen los requisitos para Medicare a los 65 años. En ese momento, deberá tomar decisiones importantes sobre su seguro médico.

Pero la decisión no siempre es fácil. Quizás siga trabajando después de los 65. Quizás tenga dependientes cubiertos por su seguro patrocinado de Jackson Family Wines. Quizás simplemente no esté seguro de qué opciones podrían ser las más adecuadas para su situación.



[Medicare 101](#)

Servicio de Concierge para Inscripción — McNally Insurance Services

Jackson Family Wines se ha asociado con McNally Insurance Services para ayudarle con sus preguntas sobre seguros médicos, dentales y de la vista al dejar un plan grupal a través de su trabajo. A continuación, se presentan algunas situaciones comunes en las que puede considerar contactar con McNally Insurance Services:

- Sus hijos dependientes han superado la edad límite de su plan médico grupal.
- Cumplió 65 años, es elegible para Medicare y aún planea trabajar.
- Se jubila o deja su empleo por otras razones.

Estos tienen un gran impacto en nuestras necesidades personales y familiares. McNally Insurance Services está disponible gratuitamente para los empleados de Jackson Family Wines para garantizar que tomen las mejores decisiones posibles para sus necesidades.

Para obtener ayuda, comuníquese con:

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

Cobertura dental

Si aplica, usted paga el deducible y el copago (\$). El coaseguro (%) muestra lo que paga después del deducible.

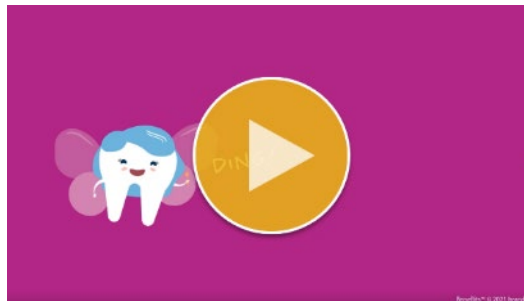
Delta Dental PPO		
	Dentista Delta PPO	Dentista Non-Delta
Deducible	\$50 por persona / \$150 por familia	
Máximo del plan anual	\$2,000	\$1,500
Servicios Dentales		
Diagnóstico y preventivo	0% deducible eximido	0% de UCR* deducible eximido
Básico	10% después del deducible	20% de UCR* después del deducible
Mayor	40% después del deducible	50% de UCR* después del deducible
Endodoncia	10% después del deducible	20% de UCR* después del deducible
Periodoncia	10% después del deducible	20% de UCR* después del deducible
Implantes	40% después del deducible	50% de UCR* después del deducible
Ortodoncia		
Cobertura para	Adultos y niños	
Servicios de ortodoncia	50% hasta un máximo de por vida de \$2,000 por persona	

¿Por qué contratar un seguro dental?

Cepillarse los dientes y usar hilo dental es excelente, pero los exámenes regulares detectan los problemas dentales a tiempo. Si surge algún problema, nuestro plan dental facilita y abarata la atención que necesita para mantener su sonrisa. Su proveedor verificará su elegibilidad para los beneficios dentales. Visite www.deltadental.com para encontrar proveedores dentro de la red.

¡Descubra cómo funciona!

Haga clic para reproducir el video



*A los proveedores fuera de la red se les pagará según los límites usuales, habituales y razonables (UCR). Usted será responsable de cualquier cargo que exceda el UCR.

Esta información es solo una guía. Para obtener una descripción completa, consulte los documentos resumidos del plan. En caso de discrepancia, prevalecerán los documentos del plan.

Plan de visión

Si aplica, usted paga el copago (\$) y cualquier costo que exceda la asignación del plan.

	En la red	Fuera de la red
Exámenes		
Cobertura	Copago de \$25	Reembolso de hasta \$45*
Frecuencia	Cada año calendario	
Materiales		
Cobertura	Copago de \$25	Vea asignación para lentes y monturas
Marcos		
Cobertura	Asignación de hasta \$200	Reembolso de hasta \$70*
Frecuencia	Cada dos años calendario	
Lentes		
Monofocal	Cubierto en su totalidad	Hasta \$30*
Bifocal	Cubierto en su totalidad	Hasta \$50*
Trifocal	Cubierto en su totalidad	Hasta \$65*
Frecuencia	Cada año calendario	
Lentes de contacto en vez de anteojos		
Electivo	Asignación de hasta \$180	Reembolso de hasta \$105*
Ajuste y seguimiento	Copago de hasta \$60	
Otros servicios		
Gafas y lentes de sol	20% de descuento en anteojos y gafas de sol adicionales, incluyendo opciones de lentes, con cualquier médico de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último Well Vision Exam (Examen de bienestar visual).	
Corrección de la visión con láser	Promedio de 15% de descuento sobre el precio regular; descuento disponible en centros contratados.	

¿Por qué contratar un seguro de visión?

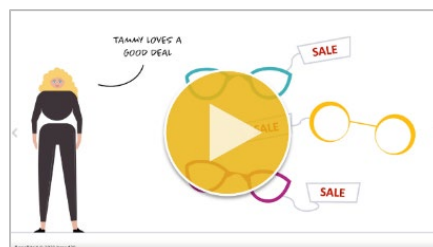
Incluso si tiene una visión perfecta, un examen ocular anual revisa la salud de sus ojos y puede detectar otros problemas de salud. Si necesita anteojos o lentes de contacto, el seguro de visión le ayudará con el costo.

Su proveedor verificará su elegibilidad para los beneficios de la vista. VSP ofrece la red más grande de proveedores de cuidado de la vista. Visite www.vsp.com para más detalles.

**Esta información es solo una guía. Para obtener una descripción completa, consulte los documentos resumidos del plan. En caso de discrepancia, prevalecerán los documentos del plan.*

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

Haga clic para reproducir el video



Sus costos quincenales de beneficios

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija y de cuántos dependientes cubra. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos (antes de calcular los impuestos federales, estatales y del Seguro Social), lo que reduce sus ingresos imponibles.

	Anthem Advantage Plus CDHP – HSA	Anthem Value PPO	Anthem HMO	Kaiser HMO
Solo empleado	\$81.00	\$149.00	\$129.00	\$141.00
Empleado + Cónyuge/DP	\$181.00	\$330.00	\$286.00	\$311.00
Empleado + Hijos	\$148.00	\$270.00	\$234.00	\$255.00
Empleado + Familia	\$255.00	\$465.00	\$404.00	\$438.00

	Delta Dental	VSP Vision
Solo empleado	\$10.24	\$1.82
Empleado + Cónyuge/DP	\$18.32	\$2.56
Empleado + Hijos	\$17.91	\$2.91
Empleado + Familia	\$27.64	\$4.65

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja doméstica sea su dependiente fiscal, según la definición del IRS, las contribuciones para la cobertura de la pareja doméstica deben realizarse después de impuestos. De igual manera, la contribución de la empresa a la cobertura de su pareja doméstica y sus dependientes se declarará como ingreso tributable en su formulario W-2. Para obtener más información sobre cómo se aplica este tratamiento fiscal, comuníquese con su asesor fiscal. Notifique a JFW si su pareja doméstica es su dependiente fiscal.

Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA)

Haga clic para reproducir el video



¿Es usted elegible?

No es necesario que se inscriba en uno de nuestros planes médicos para participar en la FSA de atención médica. Sin embargo, si usted o su cónyuge están inscritos en un plan de salud con deducible alto, como el plan Anthem Advantage Plus CDHP - HSA, sólo puede participar en la FSA de propósito limitado para gastos dentales y de la vista.

Para empleados inscritos en el plan médico Anthem Advantage Plus CDHP - HSA: Solo pueden inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Atención Médica Limitada. Solo los gastos no médicos (como dentales y de la vista) son elegibles con una FSA de Atención Médica Limitada.

Reserve dinero para atención médica durante el año

Una FSA de atención médica le permite reservar dinero libre de impuestos para pagar los gastos de atención médica que espera tener durante el próximo año.

Cómo funciona la Cuenta de Gastos Flexibles

- Calcule los costos de bolsillo que usted y sus dependientes tendrán que pagar el próximo año. Piense en los costos de bolsillo que espera tener para gastos elegibles, como visitas al consultorio, cirugías, gastos dentales y de la vista, medicamentos recetados y ciertos artículos de farmacia.
- Puede contribuir hasta \$3,400, el límite anual establecido por el IRS. Las contribuciones se deducen de su salario antes de impuestos, lo que significa que no hay impuestos federales ni estatales sobre ese monto.
- Durante el año, puedes usar su tarjeta de débito FSA para pagar servicios y productos. Los retiros están libres de impuestos siempre y cuando sean para gastos de atención médica elegibles.

¡Calcule con cuidado!

Si no gasta todo el dinero de su cuenta, puede transferir hasta \$680 para utilizarlos el año siguiente. El saldo restante adicional se perderá.

Posibles Ahorros Fiscales

Debido a que las contribuciones a la FSA son antes de impuestos, reducen el monto total de sus ingresos sobre los cuales el gobierno le hace pagar impuestos. Los ahorros fiscales varían según el estado civil y otras variables.

Descubra más

www.wexinc.com

[Gastos Elegibles](#)

[Gastos no elegibles](#)

Comparación de FSA y HSA

RECORDATORIO: DEBE REINSCRIBIRSE EN LA FSA PARA 2026. SU ELECCIÓN DEL AÑO ANTERIOR NO SE TRANSFIERE.

Las Cuentas de Gastos Flexibles son similares a las HSA en el sentido de que puede usar el dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos, dentales y de la vista elegibles. Dado que una FSA puede usarse para pagar gastos muy similares a los de una HSA, el IRS no permite que los empleados tengan ambos tipos de cuentas durante el mismo año del plan. Esto significa que si participa en un plan FSA que no se considera un plan FSA de propósito limitado, no podrá abrir ni aportar fondos a una HSA durante el mismo año del plan. Sin embargo, esto NO afecta su capacidad para inscribirse en la sección de Cuidado de Dependientes de una FSA (solo afecta la de Atención Médica).

	Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica (FSA)	Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
Requisitos de elegibilidad	Ninguno	Debe inscribirse en Anthem Advantage Plus CDHP-HSA
Límites de contribución para 2026	\$3,400 por empleado	\$4,400 individual \$8,750 familiar
¿Contribuciones de actualización?	Ninguno	Puede aportar \$1,000 adicionales si es mayor de 55 años
¿Quién es el titular de la cuenta?	Empleador	Empleado
Cambios en las contribuciones	Solo para eventos de vida calificados	Por nómina
¿Disponibilidad de tarjeta de débito?	Sí	Sí
Transferencia de saldo	El plan tiene un periodo de 90 días para presentar reclamos del año anterior. Puede transferir hasta \$680 de los fondos no utilizados de 2026 al siguiente año del plan	Sí. Los fondos no utilizados se transfieren de un año a otro
Portabilidad o pérdida de derechos	No es transferible. Al finalizar la relación laboral, se pierden los fondos no utilizados. Excepción: si es elegible para la continuación de la FSA a través de COBRA	Sí. El saldo de la HSA no se pierde al cambiar de empleador o de plan de salud
Acceso a los fondos	Se puede acceder al dinero antes de que se deposite en la cuenta	Solo se puede acceder a los fondos depositados en la cuenta
¿Se requiere comprobante de gastos?	Sí	No; sin embargo, el IRS podría solicitarle que justifique cualquier gasto incurrido, el monto del gasto y su elegibilidad
Gastos no médicos	Los fondos de la FSA no se pueden usar para gastos no médicos	Los fondos de la HSA pueden usarse para distribuciones no relacionadas con la atención médica, pero se incluyen en los ingresos brutos y estarán sujetos a una multa del 20% si usted es menor de 65 años
¿Se generan intereses en la cuenta?	No	Sí; el monto varía según el banco que administra la HSA
Efecto fiscal (varía según el estado)	Las contribuciones son antes de impuestos y las distribuciones no están sujetas a impuestos	Aportaciones libres de impuestos al aportar a la cuenta, intereses libres de impuestos sobre el saldo de la HSA y las ganancias de inversión, y retiros libres de impuestos para gastos médicos calificados

FSA para el cuidado de dependientes (DCFSA)

Cada oportunidad de ahorro

La mayor deducción de su sueldo probablemente sea el impuesto federal sobre la renta. ¿Por qué no reducir sus impuestos y pagar gastos necesarios con dinero libre de impuestos?

¡Calcule con cuidado!

No puede cambiar el monto de su FSA a mitad de año a menos que se produzca un evento calificado. El dinero aportado a una FSA para el cuidado de dependientes debe usarse para cubrir los gastos incurridos durante el mismo año del plan. Los fondos no utilizados se perderán.

FSA para el cuidado de dependientes: hasta \$7,500 libres de impuestos

Obtenga más información sobre los beneficios de una DCFSA haciendo clic [aquí](#).

¿Desea configurar un reembolso recurrente? Haga clic [aquí](#) para acceder al formulario de reclamo.

Así funciona el plan:

Usted reserva dinero de su sueldo, antes de impuestos, para cubrir los gastos de guardería relacionados con el trabajo. Los gastos elegibles incluyen no solo el cuidado de niños, sino también programas de cuidado antes y después de la escuela, preescolar y campamentos de verano para niños menores de 13 años.

La cuenta también se puede usar para el cuidado de un cónyuge u otro adulto dependiente que viva con usted y sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo.

Puede reservar hasta \$7,500 en 2026. Puede pagar a su proveedor de cuidado de dependientes directamente desde su cuenta FSA o puede presentar solicitudes para obtener un reembolso por los gastos elegibles de cuidado de dependientes que pague de su bolsillo.

Beneficios de transporte

Los Beneficios de Transporte son administrados por Wex y son una opción disponible antes de impuestos para cubrir los gastos de transporte y estacionamiento elegibles. Estos beneficios permiten a los empleados reservar mensualmente fondos antes de impuestos para cubrir gastos de transporte y estacionamiento calificados relacionados con el trabajo.

Cuenta de Transporte Público: Si utiliza transporte público para ir y volver del trabajo, como autobús, tren o autos compartidos calificados, puede reservar hasta \$340 al mes antes de impuestos para pagar fichas, tarjetas de viaje, pases u otros gastos de transporte calificados.

Cuenta de Estacionamiento: Si paga por estacionar su auto en el trabajo o en una terminal de pasajeros, puede reservar hasta \$340 al mes antes de impuestos para cubrir gastos de estacionamiento calificados.

Cómo usar su tarjeta de débito Wex FSA

Tiene una consulta médica. En lugar de pagarle al médico en efectivo o con cheque, use su tarjeta de débito FSA (similar a una tarjeta de crédito) para pagar el copago de su consulta.

El médico le entrega una receta médica para que la surta. Usted va a la farmacia de la red y usa la tarjeta de débito FSA para pagar el copago de su receta.

Está hospitalizado. Después de que la compañía de seguros haya pagado su parte de la factura, quedan \$1,200 en gastos de los que es responsable. Pague la factura con su tarjeta de débito FSA.

Va al dentista para que le empasten una carie. Use su tarjeta de débito FSA para realizar el pago de su coaseguro.

Nota: También puede optar por no usar la tarjeta de débito y pagar sus gastos médicos de su bolsillo y luego presentar una solicitud de reembolso. Haga clic [aquí](#) para aprender cómo presentar una reclamación de reembolso.

Seguro de Vida y AD&D proporcionado por Jackson Family Wines

Nota sobre impuestos

La cobertura de seguro de vida proporcionada por la compañía superior a \$50,000 se considera un beneficio tributable. El valor del beneficio superior a \$50,000 se declarará como ingreso tributable en su formulario W-2 anual.

Seguro de Vida Básico y AD&D

El seguro de vida básico paga a su beneficiario una suma global en caso de fallecimiento. La cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le ofrece un beneficio si sufre la pérdida de una extremidad, el habla, la vista o la audición, o a su beneficiario si sufre un accidente mortal. El costo de la cobertura lo cubre Jackson Family Wine en su totalidad.

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

Los montos de los beneficios anteriores se reducirán si tiene 65 años o más.

Reducción de beneficios:

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

Beneficiarios: Información importante

Debe nombrar a un beneficiario para sus beneficios de vida y AD&D. Los cambios de beneficiario se pueden realizar en cualquier momento durante el año del plan.



Seguro de Voluntario Vida y AD&D

El seguro voluntario de vida y AD&D le permite comprar un seguro de vida adicional para proteger la seguridad financiera de su familia. Hay cobertura disponible para su cónyuge y/o hijos si compra cobertura para usted mismo.

Seguro de Vida Voluntario y AD&D para Empleados	<ul style="list-style-type: none"> • Puede adquirir cobertura adicional en incrementos de \$25,000. • Cobertura máxima: \$1,050,000*. • Solicitud de cobertura adicional sujeta a la finalización y aprobación del formulario de evidencia de asegurabilidad si no se elige al momento de ser elegible por primera vez. • Póliza de seguro de vida a término. • A los 70 y 75 años, hay reducciones en el monto del seguro de vida. • Para el beneficio por AD&D, el monto coincide con su elección voluntaria de cobertura de vida. • Proporciona cobertura en caso de muerte accidental o desmembramiento. • Los beneficios se pagan en caso de pérdida de la vida, extremidades, vista, habla o audición.
Seguro de Vida Voluntario y AD&D para Cónyuge**	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible cuando el empleado se inscribe en la Cobertura Voluntaria de Vida y AD&D. • Existen dos opciones de cobertura para la cobertura del cónyuge/pareja doméstica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Monto fijo de beneficio de \$13,000. 2. Unidades de incrementos de \$25,000 con un máximo de \$525,000 (sin exceder el 50% del monto elegido por el empleado). • La solicitud para agregar cobertura está sujeta a completar y aprobar el formulario de evidencia de asegurabilidad si la elección no se realizó al momento de la elegibilidad inicial. • Póliza de seguro de vida a término. • A los 70 y 75 años, existen reducciones en el monto del seguro de vida. • Para el beneficio de AD&D, el monto coincide con su elección de cobertura de vida opcional. • Proporciona cobertura en caso de muerte accidental o desmembramiento. • Los beneficios se pagan en caso de pérdida de la vida, extremidades, visión, habla o audición.
Seguro de Vida Voluntario y AD&D para Hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible cuando el empleado se inscribe en la Cobertura Voluntaria de Vida y AD&D. • Monto de cobertura de \$5,000 disponible por hijo elegible. • Póliza de seguro de vida a término. • Elegible hasta que el hijo cumpla 26 años. • Para el beneficio de AD&D, el monto coincide con su elección de cobertura de vida opcional. • Brinda cobertura en caso de muerte accidental o desmembramiento. • Los beneficios se pagan en caso de pérdida de la vida, extremidades, vista, habla o audición.
Emisión Garantizada***	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntario para el Empleado: \$750,000. • Voluntario para el cónyuge/pareja doméstica: \$25,000. • Voluntario para Hijo(s): \$5,000.

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

**El costo de la cobertura depende de la edad de su cónyuge.

***Las nuevas contrataciones y los empleados recién elegibles pueden optar por una cobertura hasta la Emisión Garantizada sin la aprobación de la compañía de seguros. Si solicita una cobertura para usted o su cónyuge superior a la cobertura garantizada, no se emitirá la cobertura que exceda dicha cobertura hasta que la compañía de seguros apruebe una prueba aceptable de buena salud. Los aumentos en la cobertura se aplican el primer día de actividad laboral después de la entrada en vigor de la nueva cobertura.

Emisión garantizada

Si compra una cobertura de seguro de vida por encima de un cierto límite (el monto de "emisión garantizada") o después de su periodo de elegibilidad inicial, deberá presentar evidencia de asegurabilidad con información adicional sobre su salud para que la compañía de seguros apruebe el monto de la cobertura.

Evidencia de asegurabilidad

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

- No se inscribe en la cobertura al momento de estar disponible y decide inscribirse después.
- Desea ampliar su cobertura después de su inscripción inicial.

Seguro de discapacidad

Todos los empleados con derecho a prestaciones y tres o más meses de servicio están cubiertos por el plan de Discapacidad a Corto Plazo. Este plan ofrece un reemplazo salarial en caso de discapacidad laboral debido a una lesión o enfermedad, incluyendo la discapacidad por embarazo. Las prestaciones recibidas bajo este plan se compensarán con las prestaciones que reciba o tenga derecho a recibir bajo cualquier ley estatal o federal de prestaciones obligatorias, como la discapacidad estatal, la compensación laboral y el Seguro Social. Dependiendo de su antigüedad, podría calificar para recibir más del 60% de su salario semanal base.

Jackson Family Wines ofrece a todos los empleados con derecho a prestaciones un seguro de Discapacidad a Largo Plazo pagado por la empresa a través de New York Life. Si su discapacidad dura más de 90 días, podría ser elegible para recibir prestaciones por discapacidad bajo nuestro plan de Discapacidad a Largo Plazo (LTD). Continuará recibiendo pagos bajo el plan LTD mientras se le considere "discapacitado" hasta que alcance la edad de jubilación normal del Seguro Social, que es la última de estas últimas: 65 años o la Edad Normal de Jubilación.

Plan	Monto y plazo del beneficio
Discapacidad a corto plazo (STD)	<p>Tiempo completo regular con más de un año de servicio</p> <ul style="list-style-type: none">• Continuación del salario del 100%* hasta por 4 semanas• Continuación del salario del 60 %* hasta por 8 semanas adicionales <p>Tiempo completo regular con menos de un año de servicio</p> <ul style="list-style-type: none">• Continuación del salario del 60%* hasta por 12 semanas
Discapacidad a largo plazo (LTD)	<ul style="list-style-type: none">• Ofrece cobertura después de un periodo de eliminación de 90 días• Comuníquese con New York Life para presentar su solicitud de LTD al 800-362-4462• Reemplaza el 66 2/3% de su salario mensual (máximo mensual de \$15,000)*• Se aplican condiciones preexistentes

*Los beneficios se reducen por cualquier beneficio de discapacidad estatal, compensación laboral o de seguridad social.

NOTA: Si queda discapacitado durante los primeros 12 meses de cobertura debido a una condición preexistente, es posible que los planes de discapacidad no paguen beneficios. La fecha de vigencia de su cobertura es el primer día del mes siguiente a 30 días de empleo o el primer día del mes siguiente a 30 días de transferirse a una clasificación elegible para beneficios. Para obtener información más detallada, consulte las descripciones resumidas de los planes disponibles en: www.jfwbenefits.com

Licencia Familiar Remunerada

La Compañía proporcionará una continuación del salario del 100% por hasta ocho semanas a los empleados de tiempo completo elegibles para beneficios con más de un año de servicio y hasta dos semanas a los empleados de tiempo completo elegibles para beneficios con menos de un año de servicio que tomen la licencia familiar para establecer vínculos y cuidar a un recién nacido (dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento), cuidar a un niño después de su adopción o acogimiento familiar (dentro de los meses posteriores a la adopción o acogimiento familiar), o cuidar a un padre, hijo, cónyuge o pareja doméstica registrada gravemente enfermo. Para ser elegibles, los empleados en los estados que ofrecen Licencia Familiar Remunerada deben solicitar y recibir los beneficios disponibles a través del estado.

Este beneficio permitirá a los empleados con más de un año de servicio tomar ocho semanas de licencia para el cuidado del bebé o licencia familiar con goce de sueldo. Estos beneficios se aplicarán simultáneamente con cualquier protección de licencia sin goce de sueldo bajo la Ley de Derechos Familiares de California o la Ley de Licencia Médica Familiar.

Beneficios para mascotas

Sus mascotas son parte de la familia y hará todo lo posible por mantenerlas felices y sanas. Pero con el aumento en el costo del cuidado de mascotas, no siempre es fácil.

Por eso ofrecemos el Plan Total Pet, que hace que el cuidado de sus mascotas sea más asequible. ¡Inscríbase en Total Pet y obtenga los mismos productos y servicios de alta calidad a los que sus mascotas están acostumbradas, solo que a un precio más bajo!

El Plan Total Pet de Benefit Solutions es un paquete de cuidado para mascotas con descuento que le ayuda a ahorrar en todo lo que su mascota necesita por un precio bajo. No hay exclusiones; incluso las mascotas con afecciones preexistentes están cubiertas.

Combinando lo mejor en cuidado de mascotas, los miembros del Plan Pet Total tienen acceso a:

Descuentos en productos y medicamentos recetados

- Hasta un 40% de descuento en productos como medicamentos recetados, preventivos, alimentos, juguetes y más
- El envío siempre es gratuito y hay opción para recoger el mismo día para la mayoría de los medicamentos recetados de uso humano
- Descuentos en atención veterinaria
- Ahorro instantáneo del 25% en los servicios médicos a domicilio de su mascota en las veterinarias participantes
- Sin exclusiones por edad, salud, condiciones preexistentes o tipo de mascota

Telesalud para mascotas 24/7

- Acceso a asistencia veterinaria en tiempo real, incluso cuando su consultorio esté cerrado
- Asistencia ilimitada sobre la salud, el bienestar, el comportamiento de su mascota y más



Servicio de recuperación de mascotas perdidas

- Placa de identificación duradera para ayudar a las mascotas perdidas a regresar a casa más rápido que un microchip
- Actualice fácilmente su información en línea sin necesidad de solicitar una nueva placa

Descuentos exclusivos para miembros

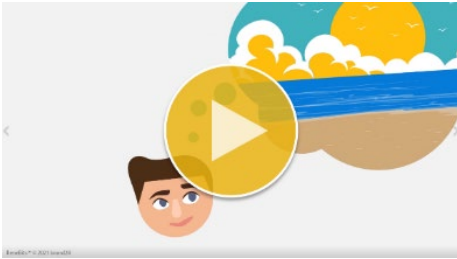
- Ofertas y promociones especiales de minoristas y proveedores de servicios de mascotas nacionales
- Fácil acceso directamente desde su cuenta de miembro en línea

Visite www.petbenefits.com para localizar veterinarios participantes y descuentos en productos

1 Mascota	Multi mascota (2+)
\$11.75 por mes	\$18.50 por mes

Ahorre ahora, disfrute después

Haga clic para reproducir el video



¿Cuáles son sus planes?

Muchos de nosotros no podemos planificar más allá del fin de semana, y mucho menos pensar en ahorrar para la jubilación. Nuestro plan de jubilación 401(k) le ayudará a establecer una meta de ahorro para la jubilación y a cumplirla.

Lo importante es empezar ahora y ahorrar lo que pueda, incluso si cree que es muy poco.

Contribución máxima para 2026

(Los límites del IRS se evalúan anualmente)

- Hasta \$24,500
- Si tiene entre 50 y 59 años, puede aportar \$7,500 adicionales*.
- Y si tiene entre 60 y 63 años, puede aportar \$11,250 adicionales*

*Si tiene 50 años o más y ganó más de **\$145,000 en salarios FICA** el año pasado, cualquier **contribución de recuperación** que realice debe designarse como **contribuciones Roth**. Si actualmente realiza contribuciones de recuperación y gana más de \$145,000 en 2025, sus contribuciones se transferirán automáticamente a **Roth de recuperación**.

*Quienes ganaron **\$145,000 o menos** en salarios FICA el año pasado pueden continuar realizando **contribuciones de recuperación antes de impuestos** y no están obligados a usar Roth.

Plan de ahorro para la jubilación 401(k): hasta \$24,500 al año (o más)

Nuestro plan de ahorro para la jubilación 401(k) le ayuda a ahorrar para su retiro. El plan ofrece ahorros fiscales mediante aportaciones antes de impuestos. Todos los empleados regulares a tiempo completo mayores de 18 años pueden participar el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Los demás empleados pueden participar al completar 1,000 horas en un periodo consecutivo de 12 meses o dos años consecutivos con más de 500 horas de servicio y tener 18 años o más. El plan permite a los empleados aportar hasta el 50% de su salario antes de impuestos, con un límite de \$23,000 por año calendario (o \$30,500 si tiene 50 años o más). Puede transferir dinero del plan con calificación fiscal de su empleador anterior al Plan 401(k) de Jackson Family Enterprises.

Inscripción Automática: El tres por ciento (3%) de su salario antes de impuestos se aporta automáticamente al plan 30 días después de su fecha de elegibilidad, a menos que opte por no aportar. La aportación del 3% se invierte automáticamente en un Fondo con Fecha Objetivo, seleccionado según su año de jubilación estimado según su fecha de nacimiento. Si desea cambiar o renunciar a la deducción automática, o elegir cómo desea invertir sus aportaciones, puede contactar a Vanguard al 1-800-523-1188 o visitar www.ownyourfuture.vanguard.com

Aumento Automático de Ahorros: Para facilitar aún más las cosas, el plan ofrece aumentos automáticos de ahorros para ayudarle a ahorrar más dinero. Su tasa de ahorro aumentará un 1% cada enero hasta alcanzar el 6%. (Para los empleados contratados durante los últimos tres meses del año, el aumento entrará en vigor en enero del año posterior). Puede optar por no participar en el aumento automático de ahorros contactando a Vanguard al 1-800-523-1188 o visitando www.ownyourfuture.vanguard.com

Aporte de la empresa: Quincenalmente, la empresa puede realizar un aporte discrecional de hasta el 100% del primer 3% y el 50% del siguiente 2% de la compensación elegible que difiera al plan durante el periodo de pago, hasta un máximo de \$5,200 por año calendario. Será elegible para el aporte discrecional de la empresa si está difiriendo activamente la compensación al plan durante el periodo de pago. Tendrá derecho al 100% del aporte de la empresa y a sus diferimientos inmediatamente.



iSalud!



Our Rewards & Recognition Program

Cheers to You!/Salud

It is important to **give your colleagues kudos and recognize their hard work** with a personal shout-out. By taking a few minutes to recognize people on the 'Cheers to You!/Salud' online platform, we can **celebrate** the effort and the wins, and show how much we **value** one another. **Recognize your team!** The people you work with and rely on to make it happen. Or your cross-functional partner who helped you finish a project. Or **that person who made a real difference in your day.**

More Info:

Recognize your colleagues with reward points that can be used to purchase merchandise such as:

JFW Merch

Gift cards

Experiences

Charitable donations & more!

Earn additional points for completing certain tasks such as:

Learning Courses

Festive Activities

Company-related participation

Build community -Get involved and show support for colleagues!

How to Access:

Go to JFWnow > My Favorites >CTY/Salud

App:

When accessing Cheer to You via the web, login should happen automatically with your company login/ Single Sign On (SSO). The mobile app is also SSO, but may require you to login and go through two factor authentication, depending if you are connected to company Wi-Fi or not.

Link: <https://jfw.awardco.com>

Scan the QR code below: use the camera on your smartphone or device to **access website.**



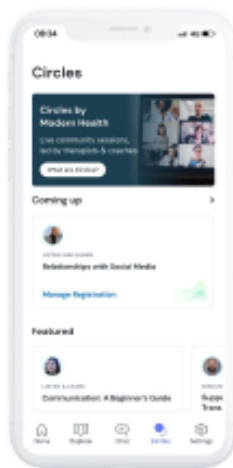
Recursos de bienestar

Modern Health

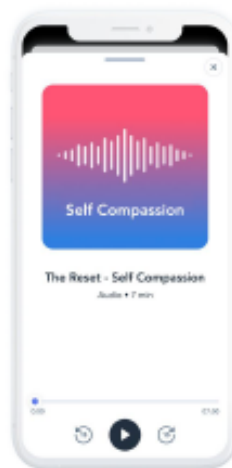
Bienvenido a Modern Health, su recurso para el bienestar mental que le permitirá alcanzar su máximo potencial, tanto en casa como en el trabajo. Modern Health es un servicio gratuito de JFW que le brinda a usted y a sus familiares elegibles acceso a asesoramiento y coaching individualizados, recursos grupales y de autoservicio para apoyar su bienestar. Acceder a la atención es fácil y siempre con total confidencialidad.



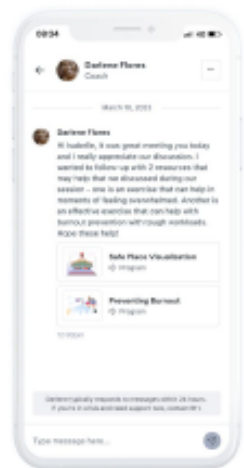
**Terapia y
entrenamiento
individual**



**Sesiones grupales
en vivo**



**Meditaciones y
programas**



**Mensajes
ilimitados**

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



**Salud
emocional**



**Salud
profesional**



**Salud
social**



**Salud
física**



**Salud
financiera**

Da el primer paso para que tú seas la prioridad:

Escanea este código QR o visita my.modernhealth.com para comenzar.
¿Preguntas? Mándanos un mensaje a help@modernhealth.com.



Programa de asistencia al empleado (EAP)

Haga clic para reproducir el video



Ayuda para usted y su familia

Hay momentos en que todos necesitamos un poco de ayuda, consejo o asistencia con un problema grave. El EAP de Servicios para la Vida Laboral puede ayudarle a gestionar una amplia variedad de problemas personales, como salud emocional, trastornos por consumo de sustancias, necesidades de crianza y cuidado infantil, asesoramiento financiero, consulta legal y recursos para el cuidado de personas mayores.

Lo mejor de todo es que contactar con el EAP es completamente confidencial y gratuito para cualquier miembro de su familia inmediata.

Recursos gratuitos del EAP

El EAP está disponible las 24 horas para garantizarle acceso a los recursos que necesita:

- Acceso telefónico ilimitado 24/7
- Acceso web ilimitado a artículos útiles, recursos y herramientas de autoevaluación

Contacte con el EAP

Teléfono: (866) 535-6463

Sitio web:

modernhealth.helpwhereyouare.com

Asesoramiento

- Problemas en las relaciones
- Angustia emocional
- Estrés laboral
- Problemas de comunicación
- Conflictos interpersonales
- Consumo de alcohol o drogas
- Pérdida y duelo

Cuidado de ancianos

- Ayuda encontrando recursos de atención para familiares mayores o con discapacidad

Consulta financiera

- Gestión de dinero y deudas
- Resolución de robo de identidad
- Asuntos fiscales
- Bancarrota

Crianza y cuidado de niños

- Derivaciones de calidad
- Cuidado diurno familiar
- Centros infantiles y preescolares
- Cuidado antes y después de la escuela
- Cuidado las 24 horas

Recursos en línea

- Herramientas de autoayuda para mejorar la resiliencia y el bienestar
- Información y enlaces a diversos servicios y temas

Servicios convenientes

- Cuidado de mascotas
- Apoyo para mudanzas
- Información de viajes
- Servicios de limpieza y más

Todo lo que necesita para comenzar a ejercitarse este otoño

Tarifa de inscripción de **\$0** con el código: **FITFOCUS¹**



Opciones de gimnasios de primera categoría por tan solo \$28 al mes.²



Centros de ejercicio prémium boutique con 20%-70% de descuento.²



Sin contratos a largo plazo: cambie de gimnasio o cancele con facilidad.



Cree una cuenta gratuita para obtener +15,000 videos de entrenamiento en casa.



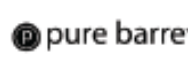
Asesoría de bienestar personalizada³ sobre nutrición, estrés, sueño y, ahora, pérdida de peso asistida mediante el uso de péptidos glucagonoides de tipo 1 (glucagon-like peptide-1, GLP-1). **(¡Nuevo!)**

+12,700 gimnasios estándar



+ Más

+9,800 gimnasios prémium



+ Más

Obtenga más información:

Ingrese en la página de internet para afiliados y haga clic en el enlace para Descuentos.



¹ Las tarifas de inscripción de \$28 se aplican para gimnasios estándar y prémium desde el 9/1/25 12:01 a.m. - 11/30/25 11:59 p.m. PT.

² Más las tarifas de inscripción y los impuestos correspondientes. Los costos de los centros de ejercicios prémium están por encima de \$28 al mes, más las tarifas de inscripción y los impuestos correspondientes. Las tarifas varían según los centros de ejercicio prémium seleccionados.

³ El programa Active&Fit Direct™ no es un proveedor médico ni farmacéutico, y sus asesores no ofrecen orientación médica ni farmacéutica. No pueden diagnosticar ni tratar afecciones médicas, mentales ni otra condición de salud. Los asesores proporcionan información general únicamente con fines educativos. Para cualquier problema médico o de salud, consulte a un profesional médico cualificado.

M966-249W-SP-ANTH 8/25 © 2025 American Specialty Health Incorporated (ASH). Todos los derechos reservados. El programa Active&Fit Direct lo ofrece American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de ASH. Active&Fit Direct y los logotipos de Active&Fit Direct son marcas registradas de ASH. Otros nombres o logotipos pueden ser marcas registradas de sus respectivos propietarios. La participación en los centros de acondicionamiento físico estándar y centros de ejercicio prémium varía según la sede y está sujeta a cambios. Pueden aplicarse otras restricciones según la ubicación del centro de acondicionamiento físico que elija. Es posible que algunas grandes cadenas no ofrezcan acceso a múltiples ubicaciones bajo su marca. Algunos centros de acondicionamiento físico no participan en la red de Active&Fit Direct para todos los patrocinadores del programa. Los videos bajo demanda de entrenamiento físico están sujetos a cambios. ASH se reserva el derecho de modificar cualquier aspecto del programa (entre otros, sin limitación, la(s) tarifa(s) de inscripción, la(s) tarifa(s) mensual(es), cualquier tarifa de mantenimiento anual futura o el periodo introductorio) en cualquier momento según los términos y condiciones. Si modificamos una tarifa o hacemos un cambio importante en el programa, se lo notificaremos al menos con 30 días de antelación a la fecha de entrada en vigor del cambio. Podemos interrumpir el programa en cualquier momento, a través de un aviso previo por escrito.



Acceda fácilmente a su bienestar integral

Obtenga apoyo para alcanzar sus metas de salud.

Elija un plan One Pass Select Affinity que se adapte a su estilo de vida

Únase a One Pass Select Affinity de Optum y comprométase con su bienestar general.¹ Elija un plan de acondicionamiento físico y obtenga acceso ilimitado a todas las ubicaciones incluidas, junto con una amplia variedad de recursos digitales.

- Cinco niveles de membresía con diferentes tarifas mensuales²
- Unos 19,000 gimnasios y estudios *boutique*
- Más de 24,000 clases en vivo y disponibles al instante
- Herramientas digitales para monitorear el progreso y un generador de ejercicios impulsado por IA
- Un 10 % de descuento en membresías para familiares y amigos
- Sin contratos a largo plazo: cambie de nivel mensualmente o cancele con un aviso de 30 días
- Entrega de alimentos y artículos para el hogar con Walmart+ y Shipt

Ahorre en servicios para el bienestar

Los miembros de Kaiser Permanente pueden acceder al programa musculoesquelético Affinity de Optum.³

Muestre su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y disfrute de un 20 % de descuento en servicios de quiropráctica, acupuntura y masajes de proveedores participantes.

1. Los servicios mencionados anteriormente no son beneficios de su plan de salud ni están sujetos a los términos establecidos en la Evidencia de Cobertura u otros documentos del plan. Los servicios pueden suspenderse en cualquier momento y sin previo aviso.

2. En Colorado, los empleados elegibles con One Pass Select pagan una tarifa anual de \$100 para acceder al nivel clásico. Este nivel permite acceder a otros niveles dentro de la red de gimnasios mediante un pago adicional. En Hawái, los miembros pagan \$200 al año por el nivel clásico (programa Fit Rewards). Quienes se ejerciten 45 días durante al menos 30 minutos por sesión obtendrán una recompensa de \$200. (Se cuenta solo una sesión diaria para el total de 45 días). 3. Ver la nota 1.

Planes de salud de Kaiser Permanente en todo el país: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., en las regiones Norte y Sur de California y en Hawái • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., en Maryland, Virginia y Washington D. C., 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057.

YOURWINESTORE

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

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

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

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

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

PARA COMENZAR

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

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

YourWineStore

info@yourwinestore.com 707-535-8477

Contactos y recursos del plan

General

Sitio de beneficios

Sitio web: jfwbenefits.com

Soporte de beneficios

jfwbenefits@alliant.com

Teléfono: (888) 907-1391

Recursos humanos

Correo electrónico:

hrdirect@jfwmail.com

Correo electrónico :

kristy.vanlare@jfwmail.com

Teléfono: (707) 525-6213

Médico

Anthem Blue Cross

Póliza No. L00837

Teléfono: (866) 207-9878

Teléfono PPO: (800) 888-8288

Teléfono HMO : (833) 913-2236

Sitio web: anthem.com/ca

Kaiser

Póliza NCal/SCal No.

38765/229286

Teléfono: (800) 464-4000

Póliza Oregon No. 19769

Teléfono: (800) 813-2000

Sitio web: kp.org

Dental

Delta Dental

Póliza No. 01633

Teléfono: (800_ 765-6003

Sitio web: deltadental.com

Visión

VSP

Póliza No. 12146160

Teléfono: (800) 877-7195

Sitio web: vsp.com

HSA

HealthEquity

Teléfono: (866) 735-8195

Sitio web: healthequity.com

Vida & Discapacidad

New York Life

Póliza de vida No. FLX-964763

Póliza AD&D No. OK-966373

Póliza LTD No. LK-963332

Teléfono: (800) 362-4462

Sitio web: newyorklife.com

Apoyo al bienestar

Modern Health

Sitio web: modernhealth.com

EAP

Modern Health

Clave de compañía:

Jackson Family Wines

Teléfono: (866) 535-6463

FSA

Wex

Póliza No. 16125

Teléfono: (866) 451-3399

Sitio web: wexinc.com

401(k)

Vanguard

Póliza No. 095683

Teléfono: (800) 523-1188

Sitio web:

ownyourfuture.vanguard.com

Viajes de negocios

The Hartford

Póliza No. ETB-112402

Teléfono: (800) 243-6108

Sitio web: thehartford.com

Beneficios para Mascotas

Pet Benefit Solutions

Póliza No. 9327

Teléfono: (800) 891-2565

Sitio web: petbenefits.com

Glosario

Accumulation Period (Periodo de acumulación)

El periodo durante el cual puede incurrir en gastos elegibles para su deducible, gasto máximo de bolsillo y limitaciones de visitas. El periodo de acumulación de su deducible y gasto máximo de bolsillo puede diferir del periodo de limitaciones de visitas.

Aggregate Deductible (Deducible agregado)

Un tipo de deducible en el que una familia debe alcanzar todo el deducible familiar antes de que el plan cubra los gastos elegibles de cualquier individuo.

Aggregate Out-of-Pocket Max (Gasto máximo de bolsillo agregado)

Un tipo de gasto máximo de bolsillo en el que una familia debe alcanzar el desembolso máximo familiar completo antes de que el plan pague el 100% de los gastos elegibles de cualquier individuo.

Allowed Amount (Cantidad permitida)

El monto máximo que su plan de seguro pagará por un gasto elegible. Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle más del monto permitido.

Ambulatory Surgery Center (Centro de cirugía ambulatoria)

Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día.

Annual Limit (Límite anual)

El monto máximo en dólares o la cantidad de visitas que su plan cubrirá para un servicio específico durante un año del plan. Si alcanza un límite anual, deberá pagar todos los costos asociados a ese servicio durante el resto del año del plan.

Balance Billing (Facturación de saldo)

La facturación de saldo se produce cuando un proveedor fuera de la red le factura más del monto permitido por su plan. Por ejemplo, si el proveedor cobra \$100 pero el monto permitido del plan es solo \$70, un proveedor fuera de la red puede facturar la diferencia de \$30. Es posible que no se permita la facturación del saldo para todos los servicios. Consulte los documentos de su plan de seguro para obtener más detalles.

Beneficiary (Beneficiario)

Las personas o entidades que selecciona para recibir un beneficio si usted muere. Debe nombrar beneficiarios para los planes de vida, AD&D y de jubilación para garantizar que el dinero se distribuya de acuerdo con sus deseos.

Brand-Name Drug (Medicamento de marca)

Un medicamento vendido bajo su nombre de marca registrada. Por ejemplo, Lipitor es el nombre de marca de un medicamento común para el colesterol. Su coaseguro por medicamentos de marca puede ser mayor si hay un equivalente genérico disponible.

Claim (Reclamo)

Una solicitud de pago que usted o su proveedor envían a su plan de seguro después de recibir los servicios.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) es una ley federal que le permite conservar temporalmente su seguro médico después de que finalice su empleo, en función de ciertos eventos calificativos. Si elige la cobertura COBRA, paga el 100% de las primas, incluyendo la parte que solía pagar su empleador, más una pequeña tarifa administrativa.

Coinsurance (Coaseguro)

El porcentaje del monto permitido que usted debe pagar por un gasto elegible. El coaseguro siempre sumará el 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70% del monto permitido, su coaseguro es del 30%. Si su plan tiene un deducible, usted paga el 100% de la mayoría de los costos hasta que haya pagado el monto del deducible.

Copayment – Copay (Copago)

Una tarifa fija que usted paga por algunos servicios de atención médica, como una visita al consultorio del médico. Usted paga el copago en el momento de recibir atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para su deducible.

Deductible (Deducible)

El monto en dólares que debe pagar por los gastos elegibles antes de que su seguro comience a cubrir una parte. El deducible no se aplica a la atención preventiva ni a otros servicios.

Dental Basic Services (Servicios dentales básicos)

Servicios tales como empastes, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía oral.

Dental Diagnostic & Preventive (Diagnósticos y Preventivos dentales)

Generalmente incluye limpiezas de rutina, exámenes orales, radiografías y tratamientos con flúor. La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Dental Major Services (Servicios dentales mayores)

Trabajos dentales complejos o restauradores, como coronas, puentes, prótesis dentales, inlays y onlays.

Eligible Expense (Gastos elegibles)

También conocido como servicio cubierto, es un servicio o producto por el cual su plan de seguro pagará una parte del monto permitido. Su plan no cubrirá ninguna parte del costo si el gasto no es elegible y el monto que pague no contará para su deducible.

Embedded Deductible (Deducible integrado)

Un tipo de deducible familiar en el que el plan cubre los gastos elegibles de cada persona tan pronto como alcanza su deducible individual.

Embedded Out-of-Pocket Max (Gasto máximo de bolsillo incorporado)

Un tipo de gasto máximo de bolsillo familiar en el que el plan paga el 100% de los gastos elegibles de una persona tan pronto como alcanza su gasto máximo de bolsillo individual.

Excluded Service (Servicio excluido)

Un servicio por el cual su seguro no paga ninguna parte del costo. Estos servicios también pueden denominarse “no elegibles”, “no cubiertos” o “no permitidos”.

Glosario

Formulary (Formulario)

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o plan de medicamentos recetados. También se denomina lista de medicamentos preferidos.

Generic Drug (Medicamento Genérico)

Medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca pero que se vende con un nombre diferente. Por ejemplo, Atorvastatina es el nombre genérico de medicamentos con la misma fórmula que el medicamento de marca Lipitor.

Grandfathered (Plan con derechos adquiridos)

Un plan médico que está exento de ciertas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

In Network (Dentro de la red)

También conocidos como proveedores participantes, estos proveedores tienen un contrato con su plan de seguros. Generalmente son la opción de menor costo porque han acordado no cobrarle más del monto permitido y porque su seguro cubrirá una porción mayor de los gastos elegibles que con proveedores fuera de la red.

Mail Order (Pedido por correo)

Una característica del plan médico o de medicamentos recetados que le permite recibir por correo un suministro de 90 días de los medicamentos que toma regularmente.

Out of Network (Fuera de la red)

También conocidos como proveedores no participantes, estos proveedores no tienen contrato con su plan de seguros. Por lo general, son una opción de mayor costo porque pueden cobrarle más que el monto permitido por su plan y porque su seguro cubrirá una porción menor de los gastos elegibles que con los proveedores dentro de la red. Algunos planes no cubren en absoluto los servicios fuera de la red.

Out-of-Pocket Costs (Gasto de bolsillo)

Gastos de atención médica que usted es responsable de pagar, ya sea desde su cuenta bancaria, desde una tarjeta de crédito o desde una cuenta de ahorros para la salud, como una HSA, FSA o HRA. Estos costos incluyen los deducibles, copagos y coaseguros que usted paga por gastos elegibles, junto con el costo de cualquier servicio que su seguro no cubra.

Out-of-Pocket Maximum (Gasto máximo de bolsillo)

La cantidad máxima de dinero que tendrá que gastar en gastos elegibles durante un año del plan. Después de gastar esta cantidad, su plan cubre el 100% de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.

Outpatient Care (Atención ambulatoria)

Atención hospitalaria o clínica que no requiere que usted pase la noche.

Participating Pharmacy (Farmacia participante)

También conocida como farmacia dentro de la red, una farmacia participante tiene un contrato con su plan médico o de medicamentos recetados. Por lo general, pagará costos de medicamentos recetados más bajos en una farmacia participante.

Plan Year (Año del plan)

Un periodo de 12 meses de cobertura de beneficios. El periodo de 12 meses puede o no ser el mismo que el año calendario.

Preferred Drug (Medicamento preferido)

Una lista de medicamentos recetados que su seguro cubrirá con el nivel de beneficio más alto. La lista, también conocida como “formulario”, se basa en una evaluación de la eficacia y el costo. Su coaseguro puede ser más alto para los medicamentos que no están en esta lista, o su seguro puede no cubrirlos.

Preventive Care (Atención preventiva)

Servicios de atención médica de rutina que pueden incluir exámenes de detección, pruebas, chequeos, vacunas y asesoría al paciente para prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

Primary Care Provider (Proveedor de atención primaria (PCP))

Su médico principal. Algunos planes médicos requieren que usted designe un PCP, quien dirigirá o aprobará toda su atención médica y sus derivaciones.

Provider (Proveedor)

Un médico, dentista, asistente médico, enfermera, hospital, laboratorio u otro profesional o centro de atención médica que brinde servicios de atención médica.

Telehealth/Telemedicine (Telesalud/Telemedicina)

Una visita virtual a un médico mediante el chat de video en una computadora, tableta o teléfono inteligente.

Usual, Customary, and Reasonable (Usual, Consuetudinario y Razonable (UCR))

El costo de un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. Su plan puede utilizar el monto UCR como monto permitido.

Urgent Care (Atención de urgencias)

Atención de una enfermedad, lesión o afección que necesita tratamiento de inmediato pero que no es lo suficientemente severo como para requerir una sala de emergencias. El tratamiento en un centro de atención de urgencia generalmente cuesta menos que una visita a la sala de emergencias.

Vaccinations (Vacunas)

También conocidas como “inmunizaciones”, las vacunas son preparaciones biológicas que ayudan a prevenir o reducir la gravedad de enfermedades específicas.

Voluntary Benefit (Beneficio voluntario)

Un beneficio opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa, generalmente mediante una deducción de nómina.

Documentos del Plan

Los documentos importantes para nuestro plan de salud y plan de jubilación están disponibles a través de la página de www.jfwbenefits.com y accediendo al centro de referencia del sistema de inscripción, o bien contactando a Recursos Humanos. Hay copias impresas de estos documentos y avisos disponibles si usted las solicita. Si desea una copia impresa, comuníquese con el administrador del plan.

Descripciones resumidas del plan (SPD)

El documento legal para describir los beneficios proporcionados bajo el plan, así como los derechos y obligaciones del plan para los participantes y beneficiarios.

- Jackson Family Enterprises Health Care Plan

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Un documento requerido por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) que presenta las características del plan de beneficios en un formato estandarizado. Los documentos del SBC están disponibles en línea visitando www.jfwbenefits.com y accediendo al centro de referencia del sistema de inscripción, o comunicándose con Recursos Humanos.

- Anthem Advantage Plus CDHP - HSA
- Anthem Premium PPO
- Anthem Value PPO
- Anthem HMO
- Kaiser HMO

Declaración de modificaciones materiales

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de modificaciones materiales (SMM) del Plan de salud y bienestar de Jackson Family Enterprises. Su objetivo es complementar o reemplazar cierta información del SPD, por lo que debe conservarla para futuras referencias junto con su SPD. Comparta estos materiales con los miembros de su familia cubiertos.

Información importante del plan

Avisos del plan de salud

Estos avisos deben proporcionarse a los participantes del plan anualmente y están disponibles en el documento Avisos anuales, visite www.jfwbenefits.com y navegue al centro de referencia del sistema de inscripción para obtener todos los documentos del plan.

- **Cobertura para parejas doméstica** (consulte la página 4 de esta guía).
- **Acuerdo de arbitraje del Plan Anthem.**
- **Acuerdo de arbitraje entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Kaiser Permanente Insurance Company.**
- **Aviso de la Parte D de Medicare:** Describe las opciones para acceder a la cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare.
- **Ley de derechos de la mujer en materia de salud y cáncer:** Describe los beneficios disponibles para quienes se someterán o se sometieron a una mastectomía.
- **Ley de protección de la salud de los recién nacidos y de las madres:** Describe los derechos de la madre y del recién nacido a permanecer en el hospital entre 48 y 96 horas después del parto.
- **Aviso de HIPAA sobre derechos especiales de inscripción:** Describe cuándo puede inscribirse usted y/o inscribir a sus dependientes en una cobertura de salud fuera del periodo de inscripción abierta.
- **Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA:** Describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud.
- **Aviso de elección de proveedores:** Le notifica que su plan requiere que usted nombre un médico de atención primaria (PCP) o le permite seleccionar uno.
- **Asistencia con la prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP):** Describe la disponibilidad de asistencia con la prima para los dependientes elegibles para Medicaid.
- **Aviso legal de la ACA:** Le informa que podría no calificar para subsidios gubernamentales.
- **Terminación de la cobertura para dependientes no elegibles:** Inscribir a sabiendas a dependientes no elegibles resultará en la terminación retroactiva de la cobertura y de cualquier reclamación previamente pagada, lo que hará que la persona deba pagarla. El empleador puede considerar medidas disciplinarias que pueden incluir el despido.
- **Aviso del Mercado de Seguros Médicos:** Describe la disponibilidad de los planes del Mercado de Seguros Médicos.
- **Ley de divulgación de cobertura del consumidor de Illinois:** Proporciona a los empleados de Illinois una lista que compara los beneficios esenciales del seguro médico ofrecidos por el plan de salud grupal del empleador con los beneficios esenciales de salud regulados por el estado de Illinois.

Cobertura de continuación de COBRA

Usted y/o sus dependientes pueden tener derecho a continuar con la cobertura después de perder la elegibilidad según los términos de nuestro plan de salud. Al inscribirse, usted y sus dependientes reciben un Aviso inicial de COBRA que describe las circunstancias en las que la cobertura continua está disponible y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimentan un evento calificado. Lea este aviso detenidamente para asegurarse de comprender sus derechos y obligaciones.

2026 Legal Notices

ACUERDO DE ARBITRAJE DEL PLAN ANTHEM

SI SOLICITA COBERTURA, TENGA EN CUENTA QUE ANTHEM BLUE CROSS Y ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY EXIGEN ARBITRAJE VINCULANTE PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUYENDO, ENTRE OTRAS, LAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BAJO EL PLAN/PÓLIZA O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON EL PLAN/PÓLIZA, Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMOS MENORES Y LA DISPUTA PUEDE SOMETERSE A ARBITRAJE VINCULANTE BAJO LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES, INCLUYENDO, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE LA SALUD ASEQUIBLE.

Se entiende que cualquier disputa, incluyendo disputas relacionadas con la prestación de servicios bajo el plan/póliza o cualquier otro asunto relacionado con el plan/póliza, incluyendo cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o si se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje según lo permitido y previsto por la ley federal y de California, incluyendo, entre otros, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y no mediante una demanda ni recurso a un proceso judicial, salvo que la ley de California prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se resuelva en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje. ESTO SIGNIFICA QUE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ESTÁN RENUNCIANDO AL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO Y A PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA POR RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA Y CUALQUIER OTRA DISPUTA, INCLUYENDO DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BAJO EL PLAN/PÓLIZA O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON EL PLAN/PÓLIZA.

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

Entiendo que (excepto en casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura sujeta a la regulación del procedimiento de reclamos de ERISA (29 CFR 2560.503-1), ciertas disputas relacionadas con beneficios*) cualquier disputa entre yo, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por el presunto incumplimiento de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la membresía en KFHP o la cobertura de KPIC, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados, o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o en relación con la cobertura La solicitud o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe resolverse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante demanda ni recurso a un proceso judicial, salvo que la ley aplicable prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la cláusula completa de arbitraje se encuentra en la Evidencia de Cobertura y en el Certificado de Seguro.

Las disputas que surjan de cualquiera de los siguientes productos de KPIC no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) Niveles 2 y 3 de los Planes de Punto de Servicio (POS); 2) los Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y de Indemnización Fuera del Área (OOA); y 3) los planes dentales de KPIC.

Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de Jackson Family Enterprises sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Jackson Family Enterprises y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, analice su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, comparándola con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Jackson Family Enterprises ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan de salud grupal, pague para todos los participantes regulares del plan, lo equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede quedarse con esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando se vuelva elegible para recibir Medicare y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a usted, también será elegible para un Periodo Especial de Inscripción (que en inglés se conoce como SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura con Jackson Family Enterprises no se verá afectada. Vea más información a continuación sobre lo que sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Debido a que la actual cobertura de medicamentos recetados bajo el plan Jackson Family Enterprises es acreditable (es decir, equivalente a la cobertura de Medicare), usted puede mantener su cobertura actual de medicamentos recetados y puede elegir no inscribirse en un plan Parte D; o puede inscribirse en un plan Parte D como un complemento a su cobertura actual de medicamentos recetados, o en vez de su cobertura actual.

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados de Jackson Family Enterprises, tome en cuenta que usted y sus dependientes pueden volver a obtener esta cobertura únicamente durante las inscripciones abiertas, o si ocurre algún evento que le otorgue el derecho a una inscripción especial de HIPAA.

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

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con Jackson Family Enterprises y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días seguidos, contados a partir de la finalización de su cobertura actual, usted podría pagar una prima más alta (una sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días seguidos o más sin tener una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podría elevarse por lo menos un 1% de la prima base de los beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin tener cobertura acreditable, su prima podría ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de los beneficiarios de Medicare. Usted podría tener que pagar esta prima más alta (una sanción) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted podría tener que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que se indica abajo para más información, o llame al centro de servicio de beneficios al (888) 907-1391. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en el que se podrá inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare y si hay cambios en esta cobertura a través de Jackson Family Enterprises. Usted también puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted), podrá encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llame al programa de ayuda de los seguros de salud de su estado (vea la contraportada interior de la copia de su manual “Medicare & You” para el número de teléfono) a fin de obtener ayuda específica para su caso.
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página del Seguro Social en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso sobre la Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le podría exigir que entregue una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha: 01/01/2026
Nombre de la Entidad/Emisor: Jackson Family Enterprises
Contacto - Puesto/Oficina: Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos
Dirección: 420 Aviation Blvd, Santa Rosa, CA 95403
Número telefónico: (707) 525-6213

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si usted se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se ofrecerá de la manera que se determine luego de consultar con el médico de cabecera y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía;
- La cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- La prótesis; y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán estando sujetos a los mismos deducibles y coaseguros que se aplican para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplicarán los deducibles y coaseguros que se muestran en la sección médica de la guía de beneficios. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a la administradora de su plan, Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos, al correo kristy.vanlare@jfwmail.com o al (707) 525-6213.

Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos

De acuerdo con la ley federal, por lo general los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud no pueden reducir los beneficios de permanencia en el hospital que le corresponden a la madre o el recién nacido en conexión con el parto, acortando la estancia a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal, por lo general no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o del recién nacido le dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, según corresponda), luego de consultar sobre esto con la madre. En cualquier caso, de acuerdo con la ley federal, los planes y los emisores de seguros de salud no pueden exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para ordenar una duración de la estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos, al correo kristy.vanlare@jfwmail.com o al (707) 525-6213.

Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial

Si usted declina inscribirse en el plan de salud de Jackson Family Enterprises para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene cobertura de otro seguro de salud o de otro plan de salud grupal, usted o sus dependientes podrían inscribirse en un plan de salud de Jackson Family Enterprises sin tener que esperar hasta el próximo periodo de inscripciones, si usted:

- Pierde el otro seguro de salud o la cobertura del plan de salud grupal. Usted debe pedir inscribirse en los siguientes 31 días luego de perder la otra cobertura.
- Obtiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción. Usted puede solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 31 días luego del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (CHIP) debido a que ya no es elegible. Usted debe solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 60 días luego de perder esa cobertura.

Si usted solicita un cambio debido a un evento que amerita una inscripción especial en el periodo de tiempo de 31 días, la cobertura se volverá vigente en la fecha del nacimiento, la adopción o la colocación del niño en su hogar para su adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Además, usted podría inscribirse en el plan de salud de Jackson Family Enterprises si se vuelve elegible para un programa estatal de ayuda con las primas bajo Medicaid o CHIP. Usted debe solicitar la inscripción en los siguientes 60 días luego de que se vuelva elegible para la cobertura del plan de salud. Si solicita este cambio, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Podrían existir ciertas restricciones específicas, dependiendo de las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para los derechos de inscripción especial, usted podrá añadir a ese dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad

Nosotros mantenemos el aviso HIPAA sobre las prácticas de privacidad para Jackson Family Enterprises donde se describe qué tanta información médica sobre usted se puede usar y divulgar. Puede obtener una copia del aviso sobre las prácticas de privacidad, comunicándose con Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos a kristy.vanlare@jfwmail.com o (707) 525-6213. También se puede obtener una copia de nuestros avisos por Internet, ingresando a: www.jfwbenefits.com

Aviso sobre la selección de proveedores

El plan Anthem HMO generalmente exige la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, el plan Anthem Blue Cross HMO hará la designación por usted. Para obtener información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Anthem al (833) 913-2236.

Para los niños, usted puede designar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita la autorización previa del plan Anthem Blue Cross HMO ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para tener acceso al cuidado de obstetricia o ginecología por parte de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le podría exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo obtener la previa autorización para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o que siga los procedimientos establecidos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, comuníquese con Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos al correo kristy.vanlare@jfwmail.com o (707) 525-6213.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de sus empleadores, 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.healthcare.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 www.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 **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 el 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/> | Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico de AK | Sitio web: <http://myakhipp.com/> |
Teléfono: 1-866-251-4861 | Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com | Elegibilidad Medicaid:
<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/> | Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP): <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322 | Fax: 916-440-5676 | Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 | Relay Estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente CHP+: 1-800-359-1991 | Relay Estatal 711
Programa Health Insurance Buy-In (HIBI): <https://www.mychohibi.com/> |
Servicio al cliente HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, presiona 1

Sitio web GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra> | Teléfono: 678-564-1162, presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás sitios web de Medicaid: <https://www.in.gov/medicaid/> | <http://www.in.gov/fssa/dfcr/> | Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: (800) 403-0864 | Teléfono Servicios para Miembros: (800) 457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web Medicaid: [Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos](#) | Teléfono Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web Hawki: [Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa | Salud y Servicios Humanos](#) | Teléfono Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web HIPP: [Pago de Primas del Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](#)

Teléfono HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> | Teléfono: 1-800-792-4884 | Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> | Teléfono: 1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web KCHIP: <https://kynect.ky.gov> | Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web Kentucky Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 1-800-442-6003 | TTY: Maine relay 711

Página web de primas de seguros médicos privados: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 800-977-6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> | Teléfono: 1-800-862-4840 | TTY: 711

Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> | Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> | Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084 | correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633 | Lincoln: 402-473-7000 | Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web Medicaid: <http://dhcfr.nv.gov> | Teléfono Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218 | Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | Teléfono: 800-356-1561
Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392 | Sitio web CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ | Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/> | Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare> | Teléfono: 1-866-614-6005

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> | Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html> | Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web CHIP: [Children's Health Insurance Program \(CHIP\) \(pa.gov\)](#) | Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/> | Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov> | Teléfono: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov> | Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos de Texas](#)
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación Premium para Seguros de Salud (UPP) de Utah: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov | Teléfono: 1-888-222-2542 |
Sitio web Adult Expansion: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont](#)
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> o
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/> | Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>

Teléfono Medicaid: 304-558-1700 | Teléfono gratuito CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm> | Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> | Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

Aviso legal de la ACA

Esta oferta de cobertura puede descalificarlo de recibir subsidios del gobierno para un plan de Exchange, incluso si elige no inscribirse. Para ser elegible para el subsidio, debe establecer que esta oferta no es asequible para usted, lo que significa que la contribución requerida para la cobertura solo para empleados bajo nuestro plan base excede el 9.02% en 2025 (9.96% de 2026) de su ingreso familiar ajustado modificado.

Terminación de la cobertura para dependientes no elegibles

Inscribir a sabiendas a un dependiente no elegible o mantenerlo intencionalmente en el plan cuando ya no cumple con los requisitos constituye fraude de seguros y constituye una tergiversación sustancial de los hechos. Si el plan descubre que un dependiente no es elegible, cancelará la cobertura retroactivamente y volverá a procesar las reclamaciones, dejándolas a cargo de dicha persona. El patrocinador del plan también explorará la posibilidad de tomar medidas disciplinarias contra cualquier empleado que incurra en esta falta, incluyendo, entre otras, el despido.

Aviso de cobertura del Mercado de Seguros Médicos

Parte A: Información general

En 2014 entraron en vigor partes clave de la ley de atención médica y surgió una nueva forma de adquirir un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura médica a través del empleo que ofrece Jackson Family Enterprises.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que se ajuste a sus necesidades y presupuesto. El Mercado ofrece un servicio integral para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre y la cobertura comienza a partir del 1º de enero.

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

Podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si la cobertura que ofrece no cumple con ciertos estándares. El ahorro en su prima al que es elegible depende de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura médica de su empleador afecta la elegibilidad para obtener ahorros en las primas a través del Mercado de Seguros Médicos?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos y podría optar por inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo anual de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) supera el 9.5% de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, podría ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: Si contrata un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos en lugar de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, podría perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por este. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos, al correo kristy.vanlare@jfwmail.com o al 707-525-6213.

El Mercado de Seguros Médicos puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite www.HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área. Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos.

PARTE B: Información general sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Jackson Family Wines Jackson Family Enterprises Regal III, LLC Jackson Family Investments Hartford-Jackson, LLC KJCB, Inc	4. Número de identificación del empleador (EIN) 94-3040414 20-5780901 27-4098644 94-3304190 68-0371964 83-2545193	
5. Dirección del empleador 425 Aviation Blvd	6. Teléfono del empleador 707-525-6212	
7. Ciudad Santa Rosa	8. Estado CA	9. Código postal 95403
10. ¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura médica de los empleados de este trabajo? Kristy Van Lare, Directora de Beneficios y Operaciones de Recursos Humanos.		
11. Teléfono (si es diferente al anterior) (707) 525-6213	11. Correo electrónico kristy.vanlare@jfwmail.com	

Aquí tiene información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a:

- ☐ Todos los empleados.
- ☒ Empleados regulares a tiempo completo que trabajan regularmente más de 30 horas semanales.
Empleados temporales a tiempo completo que trabajan más de 30 horas semanales y empleados con horario variable que han trabajado más de 30 horas semanales durante su periodo de medición de un año.

Con respecto a los dependientes:

- ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
 - Cónyuge, pareja doméstica del mismo sexo o de sexo opuesto (consulte la Guía de Beneficios para obtener más información).
 - Hijos dependientes solteros menores de 26 años, siempre y cuando no tengan seguro colectivo a través de su empleador.
 - Hijos dependientes con una discapacidad física o mental, según la definición de la Administración del Seguro Social.
- ☐ No ofrecemos cobertura.
- ☒ Si marca esta casilla, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y su costo es asequible, según el sueldo del empleado.*

****Incluso si su empleador desea que su cobertura sea asequible, aún podría ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos. 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, su salario varía de una semana a otra (quizás trabaja por hora o a comisión), si se contrató a mitad de año o si ha sufrido otras pérdidas de ingresos, aún podría ser elegible para un descuento en la prima.**

Si decide buscar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) le guiará en el proceso.

Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor de Illinois

La Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor requiere que los empleadores notifiquen a los empleados de Illinois cuáles de los Beneficios de Salud Esenciales enumerados a continuación están y no están cubiertos por la cobertura de seguro de salud grupal proporcionada por el empleador. Consulte [Access to Care and Treatment Benchmark Plan](#) y [Pediatric Dental Plan](#) para hacer referencia a las páginas que se enumeran a continuación.

Nombre del empleador:	Jackson Family Enterprises
Estado de ubicación del empleador:	CA
Nombre del emisor:	Anthem Blue Cross
Nombre del plan de mercadeo:	Anthem Value PPO Anthem Premium PPO Anthem Advantage Plus CDHP - HSA
Año del plan:	2026

Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
ítem	Beneficios de EHB	Categorías de EHB	Página de referencia	
1	Lesión accidental—Dental	Ambulatorio	Págs. 10 & 17	Sí
2	Inyecciones y pruebas de alergia	Ambulatorio	Pág. 11	Sí
3	Audífonos osteointegrados	Ambulatorio	Págs. 17 & 35	No
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
5	Cuidados paliativos	Ambulatorio	Pág. 28	Sí
6	Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23–24	Sí
7	Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Sí

8	Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15–16	Sí
9	Enfermería privada	Ambulatorio	Págs. 17 & 34	No
10	Prótesis/órtesis	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
11	Esterilización (vasectomía para hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	Sí
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)	Ambulatorio	Págs. 13 & 24	Sí
13	Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Sí
14	Transporte/ambulancia de emergencia	Servicios de emergencia	Págs. 4 & 17	Sí
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	Sí
16	Reconstrucción mamaria después de la mastectomía	Hospitalización	Págs. 24–25	Sí
17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25–26 & 35	Sí
18	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)	Hospitalización	Pág. 15	Sí
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Sí
20	Trasplantes—Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)	Hospitalización	Págs. 18 & 31	Sí
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 & 12	Sí
22	Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides	MH/SUD	Pág. 32	Sí
23	Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 8–9, 21	Sí
24	Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)	MH/SUD	Pág. 21	Sí
25	Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 9 & 21	Sí
26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	Sí
27	Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	Sí
28	Atención dental pediátrica	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Consulte el documento dental pediátrico de AllKids	No
29	Cobertura pediátrica de la vista	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Págs. 26–27	No
30	Servicios de maternidad	Embarazo, maternidad y atención al recién nacido	Págs. 8 & 22	Sí
31	Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Medicamentos con receta	Págs. 29–34	Sí
32	Examen y detección del cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 & 16	Sí
33	Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 & 16	Sí
34	Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 & 35	Sí
35	Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31–32	Sí
36	Mamografía—Detección	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 & 24	Sí
37	Osteoporosis—Medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 & 16	Sí
38	Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Sí
39	Servicios de cuidado preventivo	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Sí
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 & 19	Sí
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12–13	Sí
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 & 35	Sí

Nota especial: En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.

