

JTS CONSTRUCTION

JTS MODULAR

GUÍA DE BENEFICIOS

2026 - 2027

Tu bienestar. Nuestro compromiso.

Tu futuro.



TU BIENESTAR

Salud, cobertura y tranquilidad para ti y tu familia.



NUESTRO EQUIPO

Beneficios competitivos que apoyan a quienes hacen posible nuestro éxito.



NUESTRO COMPROMISO

Invertimos en ti hoy para un mañana más fuerte.



CONSTRUYENDO MÁS QUE PROYECTOS,
Construyendo Personas.

Gracias por ser parte de la familia de JTS Construction y JTS Modular.

TU SALUD. TU FUTURO. NUESTRO PROPÓSITO.



INTEGRIDAD



SEGURIDAD



CALIDAD



TRABAJO EN EQUIPO



EXCELENCIA



Tabla de Contenido

3	Resumen del Programa de Beneficios
4-7	Cobertura Médica
8	Aplicación Móvil de Blue Shield
8	Preguntas Frecuentes
9	Cobertura Dental Voluntaria
10	Cobertura de la Visión Voluntaria
11	Cobertura Básica de Vida / AD&D
11	Programa de Asistencia al Empleado
12	Cobertura de Vida / AD&D Voluntaria
12	Seguro de Mascotas Voluntario
13	Plan Legal Voluntario
13	Informació de Contacto
13	Próximos Pasos
14	Cómo Encontrar un Proveedor
15-19	Avisos Legales



Usted es elegible para participar en el Programa de Beneficios de JTS si:

- Es un empleado de tiempo completo programado para trabajar un mínimo de 30 horas por semana
- Ha cumplido con el período de espera para nuevas contrataciones según lo definido por JTS

También puede elegir cobertura para su:

- Cónyuge o Pareja Doméstica
- Hijos dependientes (consulte el contrato de la aseguradora para conocer las limitaciones y / o requisitos)
- Hijos solteros que son física o mentalmente incapaces de mantenerse por sí mismos

Los cambios y/o su inscripción deben ser enviados antes del 13 de septiembre de 2026

Descripción General del Programa de Beneficios

¡Bienvenido a su Inscripción Abierta 2026-2027!

La Inscripción Abierta ocurre una vez al año en septiembre para la fecha de vigencia del 1 de octubre. Durante el período de Inscripción Abierta, puede hacer lo siguiente, sin experimentar un evento calificador:

- Mantenga la (s) cobertura (s) igual, si está disponible
- Inscribirse, si actualmente no está inscrito
- Cancelar su (s) cobertura (s)
- Agregar o remover dependientes de su cobertura
- Cambiar su (s) elección (es) de beneficios

Cambios durante el año del plan

Después de la Inscripción Abierta, puede cambiar sus elecciones de beneficios solo si experimenta un evento calificador. Algunos ejemplos de eventos que califican incluyen, entre otros, cambios en:

- Estado civil (matrimonio, divorcio, separación legal)
- Número de hijos dependientes (nacimiento, adopción, colocación para adopción, tutor legal designado)
- Estado laboral (de tiempo parcial a tiempo completo)
- Estado de dependiente (el niño alcanza la edad máxima)
- Estado de elegibilidad (usted o su cónyuge experimentan un cambio de horario, pérdida de trabajo, conseguir un nuevo trabajo, tener derecho a Medicare o Medicaid)

Tiene 30 días desde el momento del evento calificador para notificar a Recursos Humanos para cambiar sus beneficios.

Los beneficios y la cobertura que seleccione durante este período de inscripción abierta permanecerán vigentes durante todo el año del plan hasta el 30 de septiembre de 2027.

Nos complace anunciar que continuaremos con nuestras aseguradoras actuales, sin embargo, habrá algunos cambios en los planes médicos. Además, incorporaremos un seguro voluntario para mascotas y un plan legal voluntario a la oferta de su programa de beneficios. Por favor, revise los beneficios de todos los planes para asegurarse de seleccionar el plan o los planes que sean mejores para usted (y su familia). Los siguientes planes de beneficios están disponibles para usted y sus dependientes elegibles:

- Planes Médicos HMO y PPO a través de Blue Shield de California
- Planes Dentales HMO y PPO a través de Blue Shield de California
- Plan de Visión a través de Blue Shield de California
- Seguro de Vida/AD&D (Básico y Voluntario) a través de New York Life
- Seguro para Mascotas a través de MetLife
- Plan de servicios Legales a través de MetLife

Cobertura Médica

El siguiente cuadro resume los beneficios de los planes médicos HMO que se ofrecen a todos los empleados elegibles.

	Trio HMO Facility Ded. 40-40%/2000	Trio HMO Facility Ded. 15-10%/1500	Access+ HMO Per Day 30-500
	Red Pequeña deTrio	Red Pequeña deTrio	Red Amplia de Access+
Deducible Anual (Año Calendario) Individual/Familiar	\$2,000/Individual \$4,000/Familia	\$1,500/Individual \$3,000/Familia	Ninguno
Desembolso Máximo Anual (Año Cal.) Individual/Familiar	\$5,500/Individual \$11,000/Familia	\$2,500/Individual \$5,000/Familia	\$4,000/Individual \$8,000/Familia
Servicios Medicos			
Atención Primaria	\$40 de Copago*	\$15 de Copago*	\$30 de Copago
Visitas al Especialista	\$40 de Copago*	\$15 de Copago*	\$30 de Copago / Access+Especialista: \$45
Atención Preventiva	Sin Copago*	Sin Copago*	Sin Copago
Cuidado Quiropráctico (Auto-referencia – Red ASH)	\$10 de Copago* (30 visitas/año)	\$10 de Copago* (30 visitas/año)	\$10 de Copago (30 visitas/año)
Servicios Hospitalarios			
Hospitalización	40% después del deducible	10% después del deducible	\$500 al día (Copago Máximo de \$1,500)
Cirugía Ambulatoria	40% después del deducible	15% después del deducible	\$500/Cirugía
Radiografía y Laboratorio de Diagnóstico			
Rayos X/Laboratorio	Sin Copago*	Sin Copago*	Sin Copago
Emergencia y Visitas de Atención de Urgencia			
Sala de Emergencia	\$150 de Copago*	\$150 de Copago*	\$250 de Copago
Atención de Urgencia	\$40 de Copago*	\$15 de Copago*	\$30 de Copago
Recetas (suministro para 30 días)			
Deducible de Recetas	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Nivel 1/Genérico	\$10 de Copago	\$10 de Copago	\$10 de Copago
Nivel 2/ Marca en Formulario	\$20 de Copago	\$20 de Copago	\$20 de Copago
Nivel 3/ Marca No-Formulario	\$35 de Copago	\$35 de Copago	\$35 de Copago

*El deducible no aplica a los servicios donde se anota el “***”



La Contribución de JTS hacia el plan Medico se basa en años de servicio. La contribución en exceso se aplica al costo de los dependientes, SOLAMENTE para gastos médicos.

	Deducciones Mensuales							
	Empleado Solo		Empleado + Cónyuge		Empleado + Hijo(s)		Empleado + Familia	
	0-3 Años de Servicio							
	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
Trio HMO Facility Ded 40-40%/2000	\$231.68	\$101.68	\$888.15	\$758.15	\$728.17	\$598.17	\$1,357.02	\$1,227.02
Trio HMO Facility Ded 15-10% 1500	\$303.20	\$173.20	\$1,044.80	\$914.80	\$862.82	\$732.82	\$1,574.59	\$1,444.59
Access+ HMO Per Day 30-500	\$459.19	\$329.19	\$1,386.46	\$1,256.46	\$1,160.48	\$1,030.48	\$2,048.76	\$1,918.76
	3-5 Años de Servicio							
	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
Trio HMO Facility Ded 40-40%/2000	\$91.68	\$0.00	\$748.15	\$548.15	\$588.17	\$388.17	\$1,217.02	\$1,017.02
Trio HMO Facility Ded 15-10% 1500	\$163.20	\$0.00	\$904.80	\$704.80	\$722.82	\$522.82	\$1,434.59	\$1,234.59
Access+ HMO Per Day 30-500	\$319.19	\$119.19	\$1,246.46	\$1,046.46	\$1,020.48	\$820.48	\$1,908.76	\$1,708.76
	5+ Años de Servicio							
	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
Trio HMO Facility Ded 40-40%/2000	\$0.00	\$0.00	\$608.15	\$338.15	\$448.17	\$178.17	\$1,077.02	\$807.02
Trio HMO Facility Ded 15-10% 1500	\$23.20	\$0.00	\$764.80	\$494.80	\$582.82	\$312.82	\$1,294.59	\$1,024.59
Access+ HMO Per Day 30-500	\$179.19	\$0.00	\$1,106.46	\$836.46	\$880.48	\$610.48	\$1,768.76	\$1,498.76

Cobertura Médica (cont.)

El siguiente cuadro resume los beneficios de los planes médicos PPO que se ofrecen a todos los empleados elegibles.

	Full PPO Combined Deductible Value 40-4000 80/50		Full PPO Combined Deductible Value 25-2500 80/50	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual (Año Calendario) Individual/Familiar	\$4,000/Individual \$8,000/Familia		\$2,500/Individual \$5,000/Familia	
Desembolso Máx. Anual (Año Cal.) Individual/Familiar	\$6,850/Individual \$13,700/Familia	\$14,000/Individual \$28,000/Familia	\$6,800/Individual \$13,700/Familia	\$10,500/Individual \$21,000/Familia
Coseguro del Miembro	20%	50%	20%	50%
Servicios Médicos				
Atención Primaria	\$40 de Copago*	50% después del ded.	\$25 de Copago*	50% después del ded.
Visitas al Especialista	\$45 de Copago*	50% después del ded.	\$30 de Copago*	50% después del ded.
Atención Preventiva	Sin Copago*	Sin Cobertura	Sin Copago*	Sin Cobertura
Servicios Hospitalarios				
Hospitalización	20% después del ded.	50% después del ded. (bene max \$600/día)	20% después del ded.	50% después del ded. (bene max \$600/día)
Cirugía Ambulatoria	25% después del ded.	50% después del ded. (bene max \$350/día)	25% después del ded.	50% después del ded. (bene max \$350/día)
Radiografía y Laboratorio de Diagnóstico				
Rayos X / Laboratorio	\$40 de Copago después del ded.	50% después del ded.	\$25 de Copago después del deducible	50% después del ded.
Emergencia y Visitas de Atención de Urgencia				
Sala de Emergencia	\$150 de Copago + 20%*		\$150 de Copago + 20%*	
Atención de Urgencia	\$40 de Copago*	50% después del ded.	\$25 de Copago*	50% después del ded.
Recetas (suministro para 30 días)				
Deducible de Recetas	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Nivel 1/Genérico	\$10 de Copago	\$10 de Copago + 25%	\$10 de Copago	\$10 de Copago + 25%
Nivel 2/ Marca en Formulario	\$20 de Copago	\$20 de Copago + 25%	\$20 de Copago	\$20 de Copago + 25%
Nivel 3/ Marca No-Formulario	\$35 de Copago	\$35 de Copago + 25%	\$35 de Copago	\$35 de Copago + 25%

El deducible no aplica a los servicios donde se anota el “”



La Contribución de JTS hacia el plan Medico se basa en años de servicio. La contribución en exceso se aplica al costo de los dependientes, SOLAMENTE para gastos médicos.

Deducciones Mensuales							
Empleado Solo		Empleado + Cónyuge		Empleado + Hijo(s)		Empleado + Familia	
0-3 Años de Servicio							
Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
\$1,104.82	\$974.82	\$2,800.35	\$2,670.35	\$2,387.15	\$2,257.15	\$4,011.43	\$3,881.43
\$1,166.01	\$1,036.01	\$2,934.36	\$2,804.36	\$2,503.42	\$2,373.42	\$4,197.47	\$4,067.47
3-5 Años de Servicio							
Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
\$964.82	\$764.82	\$2,660.35	\$2,460.35	\$2,247.15	\$2,047.15	\$3,871.43	\$3,671.43
\$1,026.01	\$826.01	\$2,794.36	\$2,594.36	\$2,363.42	\$2,163.42	\$4,057.47	\$3,857.47
5+ Años de Servicio							
Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario	Hora	Salario
\$824.82	\$554.82	\$2,520.35	\$2,250.35	\$2,107.15	\$1,837.15	\$3,731.43	\$3,461.43
\$886.01	\$616.01	\$2,654.36	\$2,384.36	\$2,223.42	\$1,953.42	\$3,917.47	\$3,647.47

Su Tarjeta de Identificación de Blue Shield

Pasos sencillos para imprimir o pedir su tarjeta de identificación

Pasos para registrarse en línea

1. Visite blueshieldca.com.
2. Seleccione *Log in/Register* (Iniciar sesión/Registrarse).
3. Seleccione *Register now* (Registrarse ahora).
4. Ingrese su número de identificación de miembro, que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield, y el mes, el día y el año de su fecha de nacimiento.
5. Siga las instrucciones para verificar su identidad, y elija un nombre de usuario, una contraseña y una pregunta de seguridad.
6. Confirme la opción de entrega (electrónica o por correo postal de los Estados Unidos) y acepte los términos de la cuenta en línea.



Pasos para ver o imprimir tarjetas de identificación provisionarias

1. Después de registrarse e iniciar sesión, ingresará en la página *Dashboard* (Tablero).
2. Haga clic en *View ID Card* (Ver tarjeta de identificación) en "Popular tasks" (Tareas frecuentes).
3. Su tarjeta de identificación debe verse en esta pantalla.
4. Elija la opción de impresión o haga clic con el botón derecho para elegir las opciones de impresión.

Pasos para pedir tarjetas de identificación

1. Inicie sesión en blueshieldca.com.
2. Haga clic en sus iniciales en la parte de arriba a la derecha.
3. Seleccione *ID card* (Tarjeta de identificación) en el menú desplegable.
4. Elija cuántas tarjetas de identificación necesita y después haga clic en *Place Order* (Pedir tarjeta).

Preguntas frecuentes

1. ¿Qué es un Deducible?

Un deducible es la cantidad de dinero que usted o sus dependientes deben pagar para una reclamación médica antes de que su plan realice cualquier pago por los servicios cubiertos.

2. ¿Qué es un coseguro?

El coseguro es el porcentaje de los costos que debe pagar y el que el plan de salud debe pagar.

3. ¿Qué es el Máximo de Gastos de Bolsillo?

La cantidad máxima (deducible, copago y coseguro) que pagará por los gastos cubiertos bajo un plan. Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, el plan cubrirá los gastos elegibles al 100%.

4. ¿Qué es Dentro de la Red?

Normalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que contratan con el plan de seguros (normalmente un HMO o PPO) para prestar servicios a sus miembros. La cobertura para servicios recibidos de proveedores dentro de la red suele ser mayor que para los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, dependiendo del plan.

5. ¿Qué es un Copago?

Una cantidad fija (\$20, por ejemplo) que paga por un servicio médico cubierto en el momento del servicio.

Cobertura Dental Voluntaria

El siguiente cuadro resume los beneficios dentales de los planes que se ofrece a todos los empleados elegibles.

	HMO Dental		PPO Dental	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual (Año Calendario) <i>(No se aplica para servicios Preventivos y Diagnósticos)</i>	Ninguno	N/A	\$50/Individual \$150/Familia	\$50/Individual \$150/Familia
Máximo Anual (Año Calendario)	Ilimitado	N/A	\$1,500/Persona	\$1,500/Persona
			La suma de Dentro y Fuera de la Red no excederá el Máximo Anual.	
Servicios Preventivos y de Diagnóstico				
Examen Oral, Radiografías, Limpiezas	Vea la Lista de Tarifas	Sin Cobertura	Sin Copago	Sin Copago
Servicios Basicos				
Empastes, Extracciones	Vea la Lista de Tarifas	Sin Cobertura	20%	20%
Periodoncia (Tratamientos de las encías)	Vea la Lista de Tarifas	Sin Cobertura	20%	20%
Endodoncia (Tratamientos de Conducto)	Vea la Lista de Tarifas	Sin Cobertura	20%	20%
Servicios Mayores				
Coronas, Dentaduras, Puentes	Vea la Lista de Tarifas	Sin Cobertura	50%	50%
Ortodoncia – Beneficio Máximo de por vida				
Niño (a) / Adulto	\$1,400 de Copago / \$1,700 de Copago	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura

Organización de Mantenimiento Dental (DHMO)

- Si elige la cobertura en este plan, debe seleccionar un dentista contratado de la lista de proveedores de DHMO. Toda la atención debe ser proporcionada por el dentista de cabecera.
- Puede cambiar de dentista una vez al mes antes del día 15 del mes para el mes siguiente.
- El DHMO ofrece beneficios ilimitados, pero requiere un copago por cada procedimiento cubierto.

Organización de Proveedores Dentales Preferidos (DPPO)

- Cuando visite a un dentista fuera de la red, recuerde que usted es responsable de los montos que excedan los cargos por encima de los montos permitidos. Los dentistas fuera de la red no tienen contrato con las compañías de seguros; por lo tanto, los miembros pueden esperar pagar más por utilizar un dentista fuera de la red.
- Se recomienda una predeterminación de beneficios para los planes de tratamiento que ascienden a \$300 o más, para que pueda tomar una decisión informada.



	Deducciones Mensuales Dentales			
	Empleado Solo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
HMO Dental	\$16.28	\$31.75	\$34.35	\$49.66
PPO Dental	\$32.33	\$67.89	\$71.15	\$96.99

Cobertura de la Vista Voluntaria

El siguiente cuadro resume los beneficios del plan de la vista que se ofrece a todos los empleados elegibles.

	Plan de Visión Plus 10/25/130	
	Dentro de la red	Reembolso para servicios Fuera de la red
Examen básico de la vista	\$10 de Copago	Hasta \$60
Lentes (\$25 de Copago por Materiales)		
Visión Sencilla	100% de Cobertura	Hasta \$43
Bifocal	100% de Cobertura	Hasta \$60
Trifocal	100% de Cobertura	Hasta \$75
Lentes de Contacto (en lugar de lentes y marcos)		
Electivos	\$130 de Asignación	Hasta \$85
Marcos		
Marcos	\$130 de Asignación	Hasta \$85
Frecuencia de Beneficios		
Examen de la Vista	Cada 12 Meses	
Lentes	Cada 12 Meses	
Marcos	Cada 24 Meses	

Deducciones Mensuales de la Vista			
Empleado Solo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
\$6.65	\$13.17	\$12.89	\$19.62



Cobertura de Vida/AD&D

El seguro de vida brinda protección financiera para sus seres queridos en caso de su muerte. Muerte accidental y desmembramiento (la cobertura AD&D) ofrece protección adicional si un accidente causa la pérdida de la vida, las extremidades y / o los sentidos.

JTS proporciona a todos los empleados activos (y sus dependientes elegibles) un beneficio básico de vida. Además, los empleados también reciben el beneficio de (AD&D) a través de New York Life, ¡sin costo para usted!

Monto de vida proporcionado por el empleador	Monto de AD&D proporcionado por el empleador
\$50,000	\$50,000

El beneficio se reduce por:

- 35% a la edad de 65 años
- 50% a la edad de 70 años

Monto de vida proporcionado por el empleador para Dependientes	
Cónyuge/Pareja Doméstica Registrada	\$10,000
Niño (s): que vive desde el nacimiento hasta los 26 años	\$10,000

BENEFICIARIO - INFORMACIÓN IMPORTANTE: Debe nombrar un beneficiario para su beneficio de vida y de AD&D. Los cambios de beneficiarios se pueden realizar en cualquier momento durante el año del plan.

Programa de Asistencia al Empleado

Programa de Asistencia al Empleado – Como empleado eligible, usted y los miembros de su hogar recibirán apoyo, recursos y servicios confidenciales diseñados para ayudar con problemas que puedan surgir personal o profesionalmente. ¡El Programa de Asistencia al Empleado a través de New York Life se proporciona sin costo para usted! Puede ayudarlo a usted y a su familia a enfrentar los desafíos cotidianos, que incluyen:

- Tres sesiones de asesoramiento por tema
- Estrés o ansiedad con el trabajo o la familia
- Depresión, pérdida de duelo y bienestar emocional
- Preocupaciones financieras y legales
- Problemas familiares, matrimoniales y otras relaciones
- Recursos comunitarios
- Equilibrio de prioridades
- Herramientas en línea
- Adicciones como el abuso de alcohol y drogas
- Cinco sesiones de Coaching de Bienestar



Información de Contacto

24/7 – Asistencia al empleado y apoyo al bienestar

❖ Teléfono: **(800) 344-9752**

❖ Sitio web: guidanceresources.com

¿Es su primera visita? Haga clic en "Register" (Inscribirse) y escriba "NYLGBS" como ID web de la organización.



Cobertura de Vida /AD&D Voluntaria



¡JTS le ofrece a todos los empleados activos la opción de comprar un seguro de vida y AD&D adicional para usted, su cónyuge y/o hijos a través de New York Life a tarifas bajas grupales! Cuando se inscriba usted y sus dependientes en este beneficio, paga el costo total mediante deducciones de nómina después de impuestos. Tenga en cuenta que es posible que deba completar un formulario de prueba de asegurabilidad si elige una cantidad superior a la emisión garantizada, los montos de emisión garantizada se enumeran a continuación. **SOLO durante la Inscripción Abierta, todos los empleados elegibles y sus cónyuges pueden elegir hasta el monto de la Emisión de Garantía sin necesidad de completar una Evidencia de Asegurabilidad.**

	Empleado	Cónyuge/Pareja Doméstica	Hijo(s)
Incrementos de Cobertura	\$10,000	\$5,000	\$5,000
Monto de la Emisión Garantizada	\$60,000	\$20,000	\$25,000
Monto Máximo	\$300,000	\$100,000	\$25,000; menores de 6 meses: \$1,000

El monto de la cobertura para su cónyuge no puede exceder el 100% de su (el empleado) cobertura de Vida adicional.

Los niño (s) menores de 6 Meses tienen un límite de cobertura de \$1,000.

Las tarifas para su cónyuge se basan en la edad de su cónyuge; consulte su kit de inscripción voluntaria de vida/AD&D para conocer las tarifas.

Seguro para Mascotas

Si su mascota alguna vez enferma o sufre un accidente grave, los planes de seguro integral para mascotas de **MetLife** siempre están aquí para usted. MetLife se esfuerza por ofrecer los mejores planes de seguro para mascotas para perros, gatos, aves y mascota exóticas de todas las edades, proporcionándoles acceso a la mejor cobertura médica y opciones de atención veterinaria. Ahora, ofrecer a sus seres queridos la mejor cobertura de seguro para mascotas es tan fácil como envejecer juntos.

El seguro para mascotas de factura directamente al empleado en lugar de la deducción de nómina.

Los cambios en las pólizas pueden realizarse durante la renovación y están sujetos a la aprobación de la suscripción.

- ✓ **Obtén reembolso en efectivo en facturas veterinarias elegibles**
- ✓ **Elige tu nivel de reembolso hasta el 90%**
- ✓ **Precios preferentes exclusivamente para empleados**
- ✓ **Utiliza cualquier veterinario**, en cualquier sitio: No redes de comunicación, sin preaprobaciones



La cobertura incluye:

- Accidentes
- Enfermedades hereditarias y congénitas
- Cáncer
- Dietas terapéuticas con recetas
- Enfermedades dentales
- Enfermedades
- Tratamientos holísticos y más

Presupuesto e Inscríbese en:

www.metlife.com/getpetquote (asegúrese de seleccionar JTS Construction / JTS Modular como su empleador)

o llame (800-438-6388)

Servicios del Plan Legal



Este plan abarca más de 100 asuntos legales

Incluyendo:

- **Planificación patrimonial:** Elabora testamentos, testamentos vitales, poderes notariales y fideicomisos en línea o con un abogado.
- **Asuntos familiares y personales:** cambios de nombre, adopción, cuidado de ancianos y envío de niños a la universidad.
- **Vivienda e Inmuebles:** Disputas sobre compra, venta, alquiler y depósito de seguridad.
- **Problemas financieros:** Ayuda con préstamos estudiantiles, resolución de robo de identidad y contacto con acreedores.
- **Demandas civiles y infracciones de tráfico:** Representación y asesoramiento legal (excluyendo DUI)

Servicios del Plan Legal	Deducción Mensual
Familia	\$21.75

Obtenga más información:

Visite: www.legalplans.com/whyenroll o llamar 1-800-821-6400 para saber más.

Información del Contacto

Compañía de Seguros	Cobertura	Número de Teléfono	Correo Electrónico/ Sitio Web
Blue Shield of California	HMO y PPO Médico	888-256-1915	www.blueshieldca.com
Blue Shield of California	HMO Dental	800-585-8111	www.blueshieldca.com
Blue Shield of California	PPO Dental	888-702-4171	www.blueshieldca.com
Blue Shield of California	Visión	877-601-9083	www.blueshieldca.com
New York Life	Programa de Asistencia al Empleado	800-344-9752	guidanceresources.com
MetLife	Seguro de Mascotas	800-438-6388	www.metlife.com/getpetquote
MetLife	Plan Legal	800-821-6400	www.legalplans.com/whyenroll
Agente – Lina Juarez	Todas las Coberturas	818-224-6194	ljuarez@libertycompany.com
Agente – Danny Garcia	Todas las Coberturas	747-228-2433	danny.garcia@libertycompany.com
JTS – Stephanie Sutton	Todas las Coberturas	661-835-9270 Ext. 58	stephanies@jtsconstruction.com

Pasos Siguientes

- Revise la Guía de Inscripción Abierta de beneficios y los documentos del plan.
- Debe comunicar su (s) elección (es). Inicie sesión en la página de inicio de recursos humanos de empleado utilizando el siguiente enlace para completar el proceso:
<https://www.infinityhr.com/Employee/Homepage.aspx>
- Si tiene problemas para iniciar sesión, llame o envíe un correo electrónico a Stephanie Sutton al (661) 835-9270 Ext. 58 o stephanies@jtsconstruction.com.
- Todos los empleados deben completar el proceso de inscripción a los beneficios como se indicó anteriormente, incluso aquellos que están rechazando la cobertura.
- La Inscripción Abierta cerrará el 13 de septiembre de 2026.

Cómo Encontrar un Proveedor

Blue Shield de California - Médico

- **Encontrar médicos, especialistas, hospitales y farmacias:**
 - Simplemente vaya al sitio web a continuación para el plan de salud que le interesa e ingrese sus criterios de búsqueda y busque:
 - Plan Access+ HMO: www.blueshieldca.com/networkhmo
 - Plan Trio HMO: www.blueshieldca.com/networktriohmo
 - Plan PPO (dentro de CA): www.blueshieldca.com/pponetwork

Para la atención quiropráctica de los planes HMO, al hacer clic en enlace anterior, elija “Alternative Medicine” en la página de inicio y visite American Specialty Health Network. Seleccione “Chiropractic” en el menú desplegable e ingrese la ubicación que desea buscar.

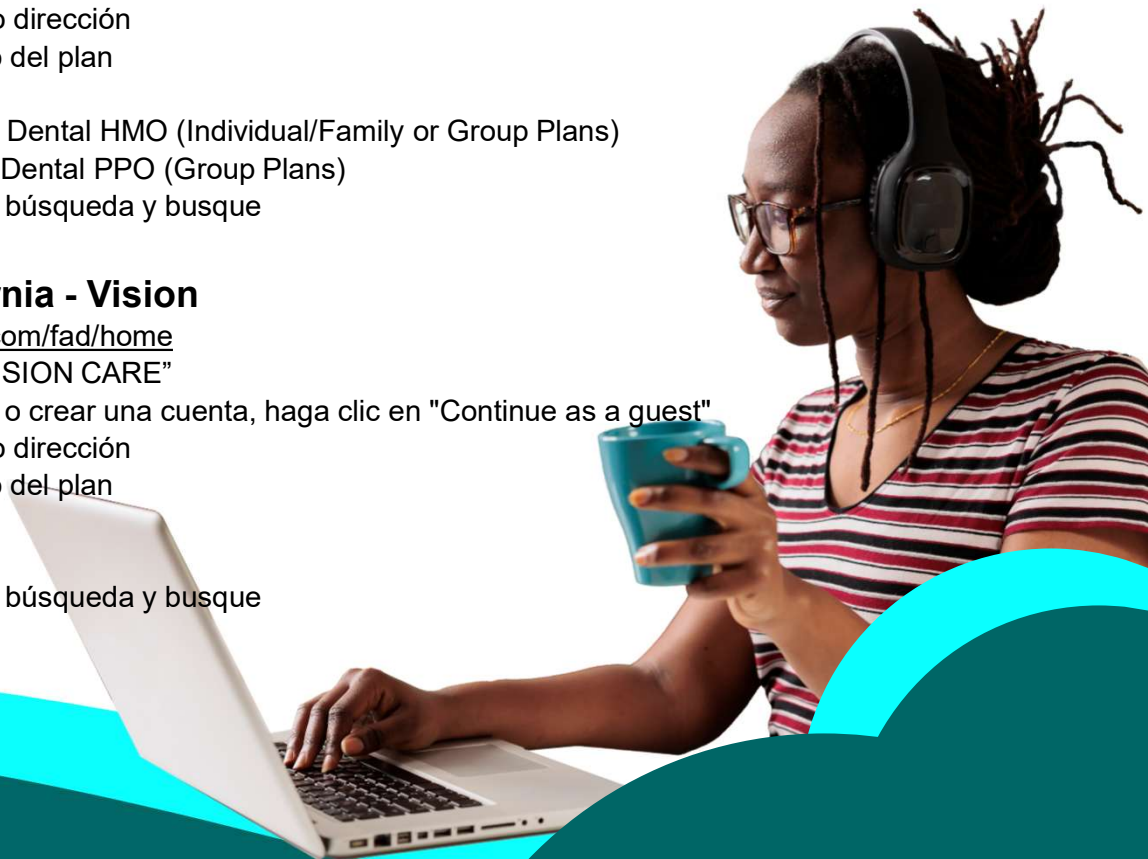
- **Cómo encontrar el número de identificación de su proveedor de atención primaria**
 - Cuando se inscriba en un plan HMO de Blue Shield of California por primera vez, es posible que deba proporcionar el número de identificación de su médico de atención primaria (PCP). Una vez que localice el nombre de su PCP en la herramienta Buscar un médico, haga clic en el nombre del médico y luego haga clic en ver detalles bajo Identificación del médico de atención primaria para ver su número de identificación.
- **Cómo encontrar atención de urgencia o de emergencia fuera de California**
 - Como miembro de Blue Shield, siempre tiene cobertura para atención de urgencia y emergencia cuando se encuentra fuera de casa. Para encontrar proveedores en los EE. UU., visite **provider.bcbs.com** o llame a BlueCard Access al **(800) 810-BLUE (2583)**. Para encontrar proveedores internacionales, visite bcbsglobalcore.com o llame al centro de servicio de Blue Shield Global Core con cobro revertido al **(804) 673-1177** desde fuera de los EE. UU.

Blue Shield de California - Dental

- Visite www.blueshieldca.com/fad/home
- Seleccione el mosaico “DENTISTS”
- Si no desea iniciar sesión o crear una cuenta, haga clic en “Continue as a guest”
- Ingrese su código postal o dirección
- Seleccione “2026” en Año del plan
- Elija el tipo de Plan:
 - Para HMO Dental: Dental HMO (Individual/Family or Group Plans)
 - Para PPO Dental: Dental PPO (Group Plans)
- Introduzca los criterios de búsqueda y busque

Blue Shield de California - Vision

- Visite www.blueshieldca.com/fad/home
- Seleccione el mosaico “VISION CARE”
- Si no desea iniciar sesión o crear una cuenta, haga clic en “Continue as a guest”
- Ingrese su código postal o dirección
- Seleccione “2026” en Año del plan
- Elija el tipo de Plan:
 - Vision-all other
- Introduzca los criterios de búsqueda y busque



Avisos Legales

Aviso de inscripción especial según la HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribir a usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan.

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

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico que la atiende y la paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- la prótesis; y
- el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en este plan. Si desea más información sobre las prestaciones de la WHCRA, llame al administrador de su plan.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden, por lo general, según la legislación federal, restringir los beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe, en general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una duración de la hospitalización que no supere las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Aviso de protección del paciente

Los planes HMO de Blue Shield generalmente requieren 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, la compañía de seguros le designará uno. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con el administrador del plan.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Blue Shield ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología.

Avisos Legales

No obstante, es posible que el profesional de salud deba cumplir ciertos procedimientos, como la obtención de una autorización previa para determinados servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el administrador del plan.

Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Avisos Legales

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Avisos Legales

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses^[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you.

Avisos Legales

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles

^[1]<https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del administrador del plan

Stephanie Sutton, 7001 McDivitt Drive Suite D, Bakersfield, CA 93313, PH: 661-835-9270 Ext. 58

Aviso de privacidad de HIPAA

Los planes de JTS mantienen un Aviso de Prácticas de Privacidad que brinda información a las personas cuya información de salud protegida (PHI, protected health information) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Plan, comuníquese con el administrador del plan.



JTS CONSTRUCTION

JTS MODULAR

Solo con fines ilustrativos. Creemos que la información incluida en este documento es precisa, sin embargo, los documentos y contratos del plan de la compañía de seguros (incluidas las descripciones resumidas del plan) son los que controlan. La información proporcionada no pretende ser una lista inclusiva de costos, beneficios, disposiciones de la póliza, limitaciones o exclusiones. Consulte el contrato de la compañía de seguros o la descripción resumida del plan para obtener una explicación completa. Además, la empresa se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquier plan de beneficios en cualquier momento.

LIBERTY