

Mercer Marketplace 365+SM



2023

Benefits Decision Guide

CA, DC, MD and VA Team Members

.....

Open Enrollment:

October 26 – November 8

Benefits Effective:

January 1 – December 31, 2023



WinnCompanies

Para Español, pasar a la página 37



Welcome to your 2023 Benefits Enrollment!

Dear WinnCompanies Team Member,

2023 Open Enrollment will take place October 26th – November 8th. Open Enrollment is the only time each year where you can make changes to your insurance coverage without having a Qualifying Life Event. I highly encourage all team members to take the time to understand all options available.

WinnCompanies offers plans that provide valuable protection to you and your family and we also work hard to keep those plans affordable. While health care costs continue to increase across the nation, we're proud that employees' contributions for medical coverage remain lower than average for our industry. Additionally, this year there is no increase to per-paycheck medical premiums for Employee-Only coverage levels, and only a minimal increase to Employee + 1 and Family Plans.

Also, the amount you will pay for medical coverage depends, in part, on your base pay. Those earning below a certain threshold pay a lower rate, and those earning above that threshold pay a higher rate. For 2023, we're moving the earning threshold to \$75,000, meaning more employees—all those earning up to \$75,000 per year—will pay the lower rate for medical coverage.

In addition to this good news, the following important changes are being made:

The IRS sets certain rules for High Deductible Health Plans (HDHPs) each year, including minimum deductibles. To comply with 2023 IRS rules:

- The \$2,850 PPO HDHP with HSA, offered through Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA), is now the \$3,000 PPO HDHP with HSA, and
- The \$2,850 HMO HDHP with HSA, offered through Kaiser, is now the \$3,000 HMO HDHP with HSA

We are eliminating the \$1,250 BCBS PPO plan after 2023 to help manage future health care costs for the organization.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA) is changing their pharmacy benefit manager to CVS/Caremark who will administer your prescription benefits on behalf of BCBS. No action is needed now, but here's what you need to know:

- Many members will not be affected by this change. If you are affected by this change, BCBSMA will reach out to you directly and guide you through the process. Watch for more information in the coming months.
- You'll receive a new ID card before January 1.

A Long-Term Care rider has been added for those enrolled in the voluntary permanent life coverage plan through Unum. Long-term care is a significant expense for retirees. The rider will allow participants to withdraw from the cash value of your policy to help pay for long-term care.

To decide which plans are right for you and your family in 2023, you may want to use the online plan comparison and cost estimator tools on the Mercer Marketplace 365+ online enrollment platform or contact the Mercer Marketplace 365+ Benefit Center at 855-559-4515 to speak with a benefits counselor.

Lorraine Witunski
Executive Vice President, Human Resources and Learning & Development



What's Inside?

Your Enrollment

How to Enroll.....	5
--------------------	---

Health Benefits

Medical and Prescription Drug Coverage	6
Spending and Savings Accounts.....	12
Supplemental Medical	15
Dental Insurance	16
Vision Insurance	17

Financial Protection

Life and AD&D Insurance	18
Disability Insurance	20

Additional Benefits

Identity Theft Protection.....	21
Legal Plan	21
Commuter Benefits	21
Auto/Home Insurance.....	22
Pet Insurance.....	22
Team Member Discounts.....	23
Wellbeing at Winn.....	23
Employee Assistance Program.....	23
Learn to Live.....	23
401(k).....	24
Winn Employee Relief Fund.....	24

Important Information

Team Member Contributions.....	25
Benefit Contacts.....	26
Legal Notices	27
Information En Espaniol.....	37



Questions?

Mercer Marketplace 365+ is ready to help you understand your options and make the right choices for your needs and budget.

www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits

CHAT

Click to Chat

Virtual assistant available 24/7
or chat with a live Benefits Counselor
Monday – Friday, 7 am – 9 pm ET



Phone

855-559-4515

Benefits Counselors available
Monday – Friday, 7 am – 9 pm ET
Saturday, 10 am – 2 pm ET

This Benefits Decision Guide provides an overview of the benefits available to eligible employees and their dependents. It should not be relied on as a binding legal document. In the event of any discrepancy, the official plan documents will govern in all cases.



What to Expect During 2023 Benefits Enrollment

Choose Your Benefits October 26 – November 8

2023 Benefit Elections:

- You can elect or change your benefits for the 2023 plan year during Open Enrollment (OE) October 26 – November 8.

Changes After Open Enrollment:

- You can make changes to some of your benefits in 2023 if you experience a Qualifying Life Event (QLE), such as getting married or having a baby. You must make the change within 30 days of the event.
- You can enroll year-round in Pet Insurance, Commuter Benefits and Auto and Home Insurance.
- If you are a new hire during or after OE, and you have benefits effective in 2022 or you experienced a recent QLE or status change, you will need to make updates to both your 2022 and 2023 benefits. To do this, please make sure that you use the appropriate links for each year on the enrollment website.

Here's How It Works



Visit Mercer Marketplace 365+ at www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits for personalized support to guide you through the enrollment process.



If you choose, answer a few short questions to receive Expert Guidance and build a personalized benefits package.



Select the benefits package built for you, customize it further to best meet your needs and budget, or build your own package.

What If I Don't Want to Make Changes?

- If you don't enroll or make updates by November 8, you will be automatically enrolled in your current coverage, with the exception of spending and savings account elections.
- Flexible, Dependent Care and Commuter Spending Account elections do not roll over from year to year. You must make a new election each year to participate. If you have unused funds in your Flexible Spending Account (FSA) at the end of 2022, you must elect an FSA for 2023 to carry over unused funds; if not, unused funds will be forfeited.

If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see the creditable prescription drug coverage and Medicare notice in the legal notices at the back of this booklet for more details.



How to Enroll

Visit www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits to Start Your Enrollment

- The first time you visit the Mercer Marketplace 365+ website, select “Get Started” and follow the instructions provided to register.
- If you have previously enrolled in benefits on the Mercer Marketplace 365+ website, use the username and password that you created in the past to log in.

Multi-factor Authentication (MFA)

The security of your information is critical, which is why we use multi-factor authentication.

- MFA combines your username and password with a temporary numeric code sent to you as an additional security factor to confirm your identity and keep your information safe.
- As part of the registration process, you will need to provide the last four digits of your Social Security Number (SSN), your last name, date of birth and zip code.
- Once the above information is verified, you will be prompted to choose either the email and/or phone number you provided to WinnCompanies. A verification code will be sent to the device you selected. You will then be able to complete the registration process by entering the code.
- If an email or phone number has not been provided by WinnCompanies, you will need to add an email address at this time. You can input an alternate email or phone number to be used for future verification.
- You will be required to go through the MFA verification code process every time you log in.

Cost of Coverage

WinnCompanies offers you a competitive benefits program that provides flexibility to select coverage that best fits your needs and your budget. WinnCompanies pays a portion of your coverage costs. You pay for any remaining costs for the benefits you select, which will be shown as you shop on Mercer Marketplace 365+.

Expert Guidance

Use the Expert Guidance decision support tool to get advice on what healthcare packages best suit you and your family. Simply answer a few questions and you'll be prompted to select the package or customize it further to best meet your needs.

How does Expert Guidance work?

- It starts with a few confidential questions online to get to know you better.
- Your responses allow the Expert Guidance tool to find the best options for you.

Need Help?

If you don't have access to a computer or need assistance, you can enroll with a Benefits Counselor by calling 855-559-4515

Help is available via phone:
Monday – Friday, 7 am – 9 pm ET
and Saturday, 10 am – 2 pm ET



Medical and Prescription Drug Coverage

Medical coverage offers valuable benefits to help you stay healthy and pay for care if you or your covered family members become sick or injured.

Which Medical Plan is Right for You?

As you prepare, think about:

- How much healthcare and what type of care did you need this year?
- Do you expect your needs to be similar next year?
- Do you prefer to pay less from your paycheck or less out of your pocket when you need care?

You can choose from the three national medical plan options through BCBS of MA and two Kaiser HMO Plans. These plans within BCBS as well as the Kaiser plans work differently. Read below to understand the key differences between the BCBS PPO Plans and the BCBS HDHP Plan as well as the difference in the HMO plan offered by Kaiser.

Key Differentiators	PPO (\$900, \$1,250 or \$1,850 Deductible plans)	High Deductible Health Plan (\$3,000 Deductible with Health Savings Account)
Premium	Higher	Lower
Employee's cost-share (copays, deductibles and coinsurance)	Lower	Higher
Network	In-network and out-of-network benefit	In-network and out-of-network benefit
Must meet the annual medical deductible before paying for prescriptions with a copay?	No	Yes
Compatible with a Flexible Spending Account?	Yes	No
Compatible with a Health Savings Account?	No	Yes
Winn Contribution to a Health Savings Account?	No	Yes

With the Kaiser HMO \$900 and \$3,000 Deductible Plans:

- You pay less in medical plan contributions than you would under the national BCBS options
- You receive coverage for services only when using Kaiser's network of providers, and your provider network is smaller than under the national BCBS medical plans.
- Your Primary Care Provider (PCP) will coordinate your care and provide referrals if you need to see a specialist. If you choose to see a doctor outside of the Kaiser network, you pay the entire cost of your visit and any services you receive.



Medical and Prescription Drug Coverage



Key Words to Know:

Coinsurance: Percentage of the charge your plan will pay, typically after you have met the deductible

Copay: An amount you pay for a covered service each time you use that service, which usually does not apply toward the deductible

Deductible: The amount you pay before the plan begins to pay

Out-of-Pocket Costs: Expenses you pay, such as deductibles, copays and the remaining amounts after plan coinsurance is paid

Out-of-Pocket Maximum: The maximum amount you pay for covered services in a year (you may need to pay additional amounts if you receive care from an out-of-network provider)

Spouse/Domestic Partner Surcharge

If your spouse/domestic partner has access to medical benefits through his or her employer and you choose to cover your spouse/domestic partner under a WinnCompanies medical plan, a surcharge of \$50 per month will be added to your medical contribution.

Wellness Incentives

Our Wellbeing @ Winn Program was revamped in 2022 to encourage Team Partners to focus on their wellbeing by:

- Highlighting various free resources
- Partnering with vendors to host wellbeing webinars
- Organizing friendly competition
- Earning points for every webinar, challenge, or workshop completed and being entered towards quarterly raffles!

Please note: completing your Personal Health Assessment (PHA) and Preventative Well Visit are required to receive the \$300 medical premium discount. If you would like to earn an additional \$300 wellness discount, you must participate in the Wellbeing @ Winn program. This discount is earned by participating in various wellness activities and earning at least 100 points by October 31st of each year. The discount will be applied to the following years' medical premium.

For more detailed information, please log into LMS and watch "Wellbeing 2022 Lunch & Learn."



Medical and Prescription Drug Coverage

Using In-Network Providers

You'll save money when receiving care from an in-network provider. To access a list of in-network providers, click on the link provided on the Mercer Marketplace 365+ enrollment site. Using an out-of-network provider could result in more out-of-pocket costs.

Prescription Drug Coverage

- Your prescription drug coverage depends on the medical plan you choose. Medications are grouped into tiers, which determine your portion of the drug cost.
- High Deductible Health Plan members pay 100% of the prescription drug costs until the annual deductible is met.
- The applicable coinsurance per prescription applies after the annual deductible has been met.

YOU PAY	WHAT'S COVERED
Lowest Cost Sharing	Most Generic Prescription Drugs Generic drugs that are equivalent to a brand product in dosage form, strength, quality and intended use
Second-Lowest Cost Sharing	Preferred Brand Name Drugs Drugs sold under specific trade names that are favorably priced by the pharmacy plan
Highest Cost Sharing	Non-Preferred Brand Name Drugs Drugs sold under specific trade names that have a more cost-effective alternative compared to the lowest or the second-lowest cost sharing

Helpful Information about Deductibles and Out-Of-Pocket Maximums

When electing coverage for any family members in addition to yourself, it's important to understand how your deductible and out-of-pocket maximums are applied.

DEDUCTIBLE	OUT-OF-POCKET MAXIMUM
Once one family member meets the Individual Deductible, benefits begin to be paid for that individual	Once one family member meets the Individual Out-of-Pocket Maximum, the plan pays covered benefits in full for that individual



Medical and Prescription Drug Coverage

Blue Cross Blue Shield of MA (PPO)

Medical Plan Summary

(The following benefits are included in your plan options. Unless otherwise noted, benefits are per insured person and after deductible.)

	\$1,250 DEDUCTIBLE PPO		\$1,850 DEDUCTIBLE PPO		\$3,000 DEDUCTIBLE W/ HSA	
HEALTH SAVINGS ACCOUNTS						
HSA Eligible	No		No		Yes	
HSA Employer Funding	N/A		N/A		\$500/year individual \$1,000/year family	
	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
ANNUAL DEDUCTIBLE						
Individual	\$1,250	\$2,500	\$1,850	\$3,700	\$3,000	\$6,000
Family	\$2,500	\$5,000	\$3,700	\$7,400	\$6,000	\$12,000
OUT-OF-POCKET MAXIMUM						
Individual	\$3,000	\$6,000	\$3,500	\$7,000	\$5,500	\$11,000
Family	\$6,000	\$12,000	\$6,500	\$13,000	\$11,000	\$22,000
MEDICAL BENEFIT COVERAGE						
Plan Coinsurance	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Preventive Care	100%*	80%	100%*	80%	100%*	80%
Primary Care Visit	\$25 copay*	80%	\$30 copay*	80%	70%	50%
Specialist Visit	\$40 copay*	80%	\$45 copay*	80%	70%	50%
Inpatient Hospital	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Outpatient Hospital	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Urgent Care	\$40 copay*	80%	\$45 copay*	80%	70%	50%
Emergency Room	\$200 copay*	\$200 copay*	\$200 copay*	\$200 copay*	70%	70%
RETAIL PRESCRIPTIONS (30-DAY SUPPLY)						
Tier 1	\$15 copay*	Not Covered	\$15 copay*	Not Covered	70% (max \$50)**	70% (max \$150)**
Tier 2	\$30 copay*	Not Covered	\$30 copay*	Not Covered	70% (max \$200)**	70% (max \$600)**
Tier 3	\$60 copay*	Not Covered	\$60 copay*	Not Covered	70% (max \$250)**	70% (max \$750)**
MAIL-ORDER PRESCRIPTIONS (90-DAY SUPPLY)						
Tier 1	\$30 copay*	Not Covered	\$30 copay*	Not covered	70% (max \$150)**	Not covered
Tier 2	\$60 copay*	Not Covered	\$60 copay*	Not covered	70% (max \$600)**	Not covered
Tier 3	\$120 copay*	Not Covered	\$120 copay*	Not covered	70%(max \$750)**	Not covered

*Deductible does not apply **Deductible waived for some medications



Medical and Prescription Drug Coverage

Kaiser (HMO) - Medical Plan Summary

(The following benefits are included in your plan options. Unless otherwise noted, benefits are per insured person and after deductible.)

	\$900 DEDUCTIBLE		\$3,000 DEDUCTIBLE	
HEALTH SAVINGS ACCOUNTS				
HSA Eligible	No		Yes	
HSA Employer Funding	N/A		\$500/year individual \$1,000/year family	
	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
ANNUAL DEDUCTIBLE				
Individual	\$900	Not covered	\$3,000	Not covered
Family	\$1,800	Not covered	\$6,000	Not covered
OUT-OF-POCKET MAXIMUM				
Individual	\$3,000	Not covered	\$5,500	Not covered
Family	\$6,000	Not covered	\$11,000	Not covered
Plan Coinsurance	80%	Not covered	70%	Not covered
Preventive Care	\$0 copay*	Not covered	100%*	Not covered
Primary Care Visit	\$40 copay*	Not covered	70%	Not covered
Specialist Visit	\$50 copay*	Not covered	70%	Not covered
Inpatient Hospital	80%	Not covered	70%	Not covered
Outpatient Hospital	80%	Not covered	70%	Not covered
Urgent Care	CA - \$40 copay* DC, MD, VA – 80%	CA - Covered inside the service area at plan facilities DC, MD, VA – 80%	70%	70%
Emergency Room	80%	80%	70%	70%
RETAIL PRESCRIPTIONS (30-DAY SUPPLY)				
Tier 1	\$10 copay*	Not covered	70% (CA -\$50 max)	Not covered
Tier 2	70% (\$50 max)*	Not covered	70% (CA - \$100 max)	Not covered
Tier 3	CA - 70% (\$50 max)* DC, MD, VA – 55% (\$80 max)*	Not covered	70% (CA - \$100 max)	Not covered
MAIL-ORDER PRESCRIPTIONS (90-DAY SUPPLY)				
Tier 1	CA - \$20 copay* DC, MD, VA -\$25 copay*	Not covered	70% (CA - \$50 max)	Not covered
Tier 2	70% (CA - \$50 max)* DC, MD, VA – (\$125 max)*	Not covered	70% (CA - \$100 max)	Not covered
Tier 3	CA - 70% (\$50 max)* DC, MD, VA – 55% (\$200 max)*	Not covered	70% (CA - \$100 max)	Not covered

*Deductible does not apply



Medical and Prescription Drug Coverage

Telehealth

For Kaiser members, get the care you need the way you want it. You can schedule an appointment online at www.kp.org/getcare or with the Kaiser Permanente app. Save yourself a trip to the doctor's office for minor conditions by scheduling a phone appointment, meeting face-to-face online on a video visit or getting quick online care through E-visit. For an E-visit, fill out a short questionnaire and a clinician will get back to you with a care plan – usually within two hours.

For BCBS members, finding the care you need is fast, easy and convenient with Telehealth through Well Connection. Available as a covered benefit with your Blue Cross Blue Shield medical plan, Well Connection offers a convenient alternative to a face-to-face doctor's office visit. Video visits through Well Connection enable you and your covered family members to see a doctor online for a range of issues, from minor illnesses and injuries, chronic conditions, and even general health and wellness concerns. Telehealth can be a less expensive alternative to urgent care or an emergency room visit for certain services and can provide limited therapy visits with certified professionals. And it's available 24/7/365.

Get Started

Download the Well Connection app from the Apple App Store or Google Play, or visit www.wellconnection.com to use your computer instead of a mobile device.

- Create an account and log in.
- Choose the type of service: medical or behavioral.
- Pick an available provider.

Learn more at www.bluecrossma.com/telehealth. Your service key is BCBSMA.

Health Advocate

Through this program, you have access to a Personal Health Advocate. Skilled at working with health care providers, insurance plans and other health-related organizations, they can help you resolve complex issues and get the right care at the right time. This program is free to all team members.

One phone call connects you to a Personal Health Advocate who can help resolve a wide range of clinical, claims, coverage and billing issues. This includes:

- Finding qualified doctors, hospitals, dentists and other providers and gaining second opinions
- Scheduling earliest appointments with hard-to-reach specialists; arranging for specialized treatments and tests
- Clarifying complex conditions; researching available treatment options
- Resolving insurance claims, uncovering billing errors and negotiating payment arrangements
- Answering questions about test results, treatments and medications recommended or prescribed by the physician
- Addressing eldercare issues; clarifying Medicare; locating adult day care, assisted living and long-term care; researching transportation to appointments
- Assisting with special needs; finding caregiver support services, in-home care, rehabilitation resources and hospice
- Assist in choosing the right Insurance plan for you and your family

To access Health Advocate, call 866-695-8622 or visit www.healthadvocate.com/members.



Spending and Savings Accounts

Save money on your healthcare and dependent care costs through the use of tax-advantaged accounts that allow you to use before-tax dollars to pay for eligible expenses.

Health Savings Account (HSA)

HSAs are only available with the Blue Cross Blue Shield of MA and Kaiser \$3,000 Deductible Plan.

Key Features:

- Receive a contribution from WinnCompanies just for opening an HSA account, even if you aren't planning to contribute (see HSA Contributions section below for details).
- Works like a bank account. You decide how much to contribute to your HSA (up to the IRS maximum) and can change that amount at any time. Access account funds to pay for eligible healthcare expenses by using your debit card when you receive care, or submit a claim for reimbursement for payments you've made (up to the available balance in your account).
- It's tax-advantaged. You don't pay taxes on contributions made from your paycheck or on reimbursements for qualified medical expenses. Plus, you can earn tax-free interest on your HSA balance.
- It's your money. Unused funds can be carried over each year. Once your account reaches a certain balance you will be able to choose how your money is invested. You can even take the account with you if you leave WinnCompanies, or save it to use during retirement.

Please note, you do not qualify for an HSA if you:

- Are enrolled in Medicare or TRICARE
- Are covered by any health insurance other than a qualified high deductible health plan
- Can be claimed as a dependent on another person's tax return
- Will have access to funds in a Healthcare FSA established for you or another family member, including under a grace period from the prior plan year. This is a period of time after the end of the plan year during which you can continue to incur expenses in order to spend down the remaining account balance.
- Note: If you were contributing to an FSA in 2022, all funds must be spent by December 31, 2022 in order to have a Health Savings Account in 2023.

HSA Contributions

To help you start your HSA, WinnCompanies will contribute:

- Individual coverage: \$500/year
- Family coverage: \$1,000/year

Half of the WinnCompanies' contribution will be deposited in January with the remaining half deposited in July. You must be employed at the time of distribution to receive the HSA contributions from WinnCompanies.

For 2023, you can make pre-tax contributions from your paycheck up to the following amounts, or to the maximum indexed amount announced by the IRS for the plan year, if different:

- Individual coverage: \$3,850/year
- Family coverage: \$7,750/year
- If you're age 55 or older, you can contribute an additional \$1,000 per year.

The amounts listed above include both WinnCompanies and your contributions, which cannot exceed the maximum allowable amount defined by the IRS. Proration rules may apply.



Spending and Savings Accounts

Flexible Spending Accounts (FSA)

Flexible Spending Accounts provide a great way to save money on your health and dependent care expenses.

	HEALTHCARE FSA	DEPENDENT CARE FSA
Do You Have an HSA?	You are not eligible to have a Healthcare FSA if you or WinnCompanies contribute to an HSA.	Eligible for a Dependent Care FSA whether or not you contribute to an HSA.
Eligible Expenses**	Medical, dental and vision expenses.	Child/elder care for eligible dependents that allow you and/or your spouse or domestic partner to work (medical, dental and vision expenses are not eligible for reimbursement with this account).
How It's Funded	• Paycheck contributions up to \$2,850 per year (or to the maximum indexed amount announced by the IRS for the plan year, if different). • Your annual election amount is made during your enrollment period. You cannot change it unless you have a qualifying life event during the year (such as getting married or having a baby). • Your entire annual contribution is available to you at the beginning of the plan year.	• Paycheck contributions up to \$5,000 per year per household (or to the maximum indexed amount announced by the IRS for the plan year, if different) to use for qualified dependent care or elder care expenses. • Your election is made during your enrollment period. You cannot change it unless you have a qualifying life event during the year (such as having a baby or a change in dependent care expenses). • Your funds are only available to you after they have been deposited into your account each pay period.*
Unused Funds	Up to \$570 of unused money can be carried over to the next plan year, as long as you re-enroll in the benefit. Amounts above \$570 will be forfeited. The minimum carry over is \$50 and any remaining funds under \$50 will be forfeited. You are still able to elect the maximum contribution for 2023.	You should estimate your expenses carefully before enrolling because unused funds in your account do not carry over at the end of the plan year and are forfeited.
How to Access	You will receive a benefits debit card that you can use to pay for eligible expenses. Or, you can submit claims for reimbursement of eligible expenses. NOTE: You will receive only one debit card to use for all your Mercer Marketplace 365+ supported accounts. If you already have a Mercer Marketplace 365+ debit card from 2022, do not throw it away. This debit card will be used for 2023 benefits.	

*Your contribution could be impacted by other reimbursements and your tax filing status. Consult your tax advisor for more information.

**Eligible expenses as defined by the IRS.

Please note: You are not required to be enrolled in a WinnBenefits-sponsored medical plan in order to elect an FSA.



Spending and Savings Accounts

Access Your Accounts Anywhere

The “Accounts by Mercer Marketplace” mobile app is available for Healthcare Flexible Spending Accounts (FSA), Dependent Care Flexible Spending Accounts, Health Savings Accounts and Commuter Benefits. Use it to view account balances, upload receipts, review plan details, see your account activity and contact customer service.



Download the app from the App Store or Google Play. Once downloaded, you will log in with your spending and savings account username and password you created when you opened your account. These login credentials may differ from your Mercer Marketplace 365+ enrollment account.

What Are Eligible Healthcare Expenses?

For a complete list of eligible expenses, visit www.irs.gov and see Publication 502. Some examples may include:

- Office visits
- Prescription drugs
- Hospital stays
- Speech/occupational/physical therapy
- Dental and vision care
- Lab work

Reminder: Keep documentation to support your use of the money in these accounts for tax purposes.

Helpful Hints

- Trying to spend down your FSA? Visit the FSA store to shop for FSA qualified items at www.fsastore.com
- Visit the FSA calculator website to see how participating in an FSA can help you pay less tax and increase your net take-home pay, at <https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/fsa-calculator>



Supplemental Medical Coverage - Voluntary

Unum

Supplemental medical plans provide cash payments to help offset the cost of a covered medical event. These plans pay in addition to existing medical insurance benefits. *Benefits and covered conditions vary by state. Review plan documents to verify covered benefits.*

Critical Illness

Recovering from a critical illness often brings significant expenses other than medical costs. Critical Illness insurance can help with the treatment costs of covered critical illnesses and complement your medical plan by helping to pay out-of-pocket expenses.

- Pays a lump-sum cash benefit directly to you if you are diagnosed with a covered critical illness
- You can qualify for coverage without having to answer any health questions
- Direct payment to you upon diagnosis of a covered condition
- Examples of covered conditions include: cancer, heart attack, stroke, major organ transplant and end-stage renal failure
- Some programs offer additional wellness incentive

Accident Insurance

Accident insurance can help you bounce back quicker by providing cash benefits if you experience a covered accident outside of work.

- Examples of covered services include emergency room, hospitalization, doctor's visits and physical therapy*
- Additional benefits available for certain injuries, such as dislocations, fractures, burns and lacerations*
- Pays benefits for each covered occurrence directly to you

Hospital Indemnity

A hospital stay can cause serious financial setbacks due to medical costs or loss of income. Hospital Indemnity insurance provides benefits to help pay hospital and other bills related to a covered illness or injury.

- Benefits are provided for hospital admission and daily hospital confinement*
- Collect a lump-sum benefit each day you are in the hospital**
- No coinsurance, copays, waiting periods or deductibles

*Not a guarantee of coverage

**Limits apply

Benefit Examples

A supplemental medical policy is selected



You experience symptoms of a critical illness, are injured in an accident or are admitted to a hospital



You are treated by a physician or are admitted to a hospital



You are diagnosed with a critical illness, treated for injuries or spend several days in the hospital



Submit a claim and receive a cash benefit paid directly to you



Dental Insurance

Metlife

Regular dental check-ups and good oral hygiene are an essential part of your general health and well-being.



Key Words to Know:

The service examples below are not guarantees of coverage; refer to Plan Documents to confirm covered services.

Deductible: The amount you pay before the plan begins to pay

Annual Maximum Benefit: Maximum total amount the plan will pay during the plan year

Preventive Services: Designed to prevent or diagnose dental conditions, including oral evaluations, routine cleanings, X-rays, fluoride treatments and sealants

Basic Services: Restorations, some oral surgery, endodontics and periodontics

Major Services: Crowns, dentures, implants and some oral surgery

Orthodontia: Straightening or moving misaligned teeth and/or jaws with braces and/or surgery

Dental Plan Summary

The following benefits are included in your plan options. Unless otherwise noted, benefits are per insured person and after deductible.

	BASIC	ENHANCED
ANNUAL DEDUCTIBLE		
Individual	\$0	\$50
Family	\$0	\$150
BENEFIT MAXIMUM		
Annual Maximum	\$500	\$1,500
DENTAL BENEFIT COVERAGE		
Preventive Services	Plan pays 100%*	Plan pays 100%*
Basic Services	Plan pays 80%	Plan pays 80%
Major Services	Not covered	Plan pays 50%
ORTHODONTIA		
Benefit Coverage	Not covered	Plan pays 50%
Lifetime Maximum	Not covered	\$2,000
Eligibility	Not covered	Eligible children to age 19

*Deductible does not apply

In-network and out-of-network benefit provisions are the same, but may be applied differently for out-of-network services. Please refer to plan documents for additional details.

Note: Metlife does not offer ID cards. When seeking care, give your provider your SSN and they will be able to match you with your coverage.



Vision Insurance

VSP

Regular eye exams can help keep your eyes healthy, while monitoring, preventing and treating easily correctable vision problems, which can cause permanent vision impairment.



Key Words to Know:

Copay: An amount you pay for a covered service each time you use that service

Retail Allowance: Maximum allowance paid toward the cost of vision materials; you are required to pay any amounts in excess of the retail allowance

Vision Plan Summary

The following in-network benefits are included in your plan options. Unless otherwise noted, benefits are per insured person.

	BASIC		ENHANCED	
	COPAY	FREQUENCY	COPAY	FREQUENCY
Exam	\$10	1 per 12 months	\$10	1 per 12 months
Lenses	\$25	1 per 12 months	\$25	1 per 12 months
Contact Lens Fitting	Not to exceed \$60	1 per 12 months	Not to exceed \$60	1 per 12 months
	RETAIL ALLOWANCE	FREQUENCY	RETAIL ALLOWANCE	FREQUENCY
Frames	Up to \$175**	1 per 24 months	Up to \$200**	1 per 12 months
Contact Lenses*	Up to \$150**	1 per 12 months	Up to \$200**	1 per 12 months
LENS ENHANCEMENTS				
Standard Progressives	Covered in full	1 per 12 months	Covered in full	1 per 12 months
Premium Progressives	\$95 - \$105	1 per 12 months	Covered with a \$50 copay	1 per 12 months
Anti-Reflective Coating	Not covered	Not covered	Covered with a \$25 copay	1 per 12 months
UV Coating	Not covered	Not covered	Covered in full	1 per 12 months

*Contact lens coverage provided in lieu of frames and lenses

**20% off any amount over the retail allowance

Note: VSP does not offer ID cards. When seeking care, give your provider your SSN and they will be able to match you with your coverage.



Life and Accidental Death and Dismemberment Insurance

Life and Accidental Death and Dismemberment (AD&D) insurance can provide important financial protection for your family.



Key Words to Know:

Life Insurance: Pays a benefit upon the death of an insured person

Accidental Death & Dismemberment Insurance: Pays a benefit upon the accidental death of an insured person; also provides benefits for certain covered accidental dismemberments

Beneficiary: Person or legal entity designated as the recipient of benefits from life or AD&D insurance

Evidence of Insurability (EOI): Statement of health proving a person's eligibility for certain amounts of coverage

Guaranteed Issue: An amount of insurance that does not require evidence of insurability

Employer-Paid Term Life and AD&D Insurance

Lincoln Financial

WinnCompanies provides you with employee term life insurance equal to two times your annual salary, at no cost to you. Visit www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits or www.winnbenefits.com for more information.

Optional Employee-Paid Term Life Insurance

Lincoln Financial

PLAN	DETAILS
Employee Term Life	Elect in \$10,000 increments, up to five times your salary or \$500,000*
Spouse/Domestic Partner Term Life	Elect in \$5,000 increments, up to \$250,000, not to exceed 100% of employee coverage
Child Term Life	Options of \$5,000 or \$10,000; coverage is \$1,000 from birth to six months and ends at age 26 [†]

*Benefit reduction due to age may apply. Review plan documents for additional details.

[†]All eligible children are covered for Child Term Life.

This coverage is tied to your employment and typically ends if you leave your employer. However, you may be offered the opportunity to retain coverage on your own with the same insurance carrier.



Life and Accidental Death and Dismemberment Insurance

Evidence of Insurability (EOI):

Life insurance amounts over guaranteed issue coverage may require a statement of health and approval from the insurance carrier. After electing coverage, you will receive more information.

Don't Forget to Select a Beneficiary!

Choose a beneficiary to receive the policy's benefit payment in the event of the insured person's death. The employee is automatically listed as the beneficiary for dependent coverage.

Permanent Life Insurance

Unum

Permanent Life Insurance offers the ability to provide lasting financial protection for your family. You are the policy owner and can keep your coverage for as long as you continue to pay the premium, even if you change employers.

As you proceed with your enrollment, you will be asked if you are interested in this benefit. You will be provided with the link to enroll in or change your Permanent Life coverage once you have submitted your other benefits. Note: The Mercer Marketplace 365+ confirmation statement, which is generated once you have completed your elections, will not immediately show the Permanent Life election or the cost of the coverage.

For 2023, WinnBenefits employees now have the choice to add a new Long Term Care rider to their Permanent Life policies. Important: Employees wishing to add this rider must elect this coverage for 2023 and will be subject to evidence of insurability (EOI), as referenced above.



Disability Insurance

If you become disabled and are unable to work, disability insurance can replace a percentage of your lost income to help you continue to pay living expenses.



Key Words to Know:

Actively at Work: You are considered to be actively at work if you are performing all of the usual and customary duties of your job at your employer's place of business (or an alternate place approved by your employer). Use of normal time off provided by your employer does not impact your actively at work status. If you are not working due to an illness, injury or leave of absence, you are not considered to be actively at work. If you are not actively at work you cannot enroll in or increase life, disability or supplemental medical coverage.

Short Term Disability: When you are unable to work for a period of time due to a disabling illness or injury, short term disability insurance can replace a percentage of your lost income (up to a maximum weekly benefit) for a period of time as defined by the policy.

Long Term Disability: When you are unable to work for an extended period of time due to a disabling illness or injury, long term disability insurance can replace a percentage of your lost income (up to a maximum monthly benefit) for a period of time as defined by the policy.

Disability Benefits Summary

Lincoln Financial

	EMPLOYEE-PAID SHORT TERM DISABILITY	EMPLOYER-PAID LONG TERM DISABILITY
Benefit Provided	60% of salary	50% of salary
Maximum Benefit Amount	\$750 per week	\$12,000 per month
Maximum Benefit Period (including waiting period)	13 weeks (including the elimination period)	Until you are no longer considered disabled, or you reach normal retirement age
Elimination Period	14 days for accident/sickness	90 days

If you are eligible for coverage through a state plan and enrolled in the voluntary Short Term Disability Plan, your benefit amount will be reduced by any source of income such as the state benefit while disabled.

Corporate Team Members: Please review your Short Term Disability coverage in MM365+



Additional Benefits

WinnCompanies provides access to a variety of additional programs that can help you save money and provide important assistance with everyday needs. For detailed benefits information, log on to www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits and visit the Documents page of the site.

Identity Theft Protection

Allstate Identity Protection (AIP)

This benefit offers you the most comprehensive solution to fight today's identity fraud issues. Benefits include:

- Identity and credit monitoring alerts to uncover fraud quickly
- An annual credit report and a score each month, making it easier to monitor your credit
- Social media monitoring to protect against cyberbullying and reputational damage within sites
- A digital wallet for securely storing documents and credit cards with a lost wallet replacement service
- Threshold monitoring to view and manage your financial transactions from all your accounts in one place

Legal Plan

MetLife® Legal

Finding an affordable attorney can be a challenge. This plan helps you find legal representation for you and your family for legal matters including:

- Wills and Estate Planning
- Family Law (Name Change, Adoption)
- Consumer Protection (Auto Repair, Consumer Fraud)
- Juvenile Court Matters (Includes Criminal Matters)
- Debt-Related Matters (Bankruptcy, Tax Audits)
- Elder Law Matters (Consultations, Document Review)
- Home and Real Estate Matters (Purchase or Sale of a Home, Security Deposits)

The plan is easy to use — no copayments, deductibles or waiting periods!

Commuter Benefits *Can be changed monthly!*

Commuter benefits can lower your costs by using before-tax dollars to pay for qualified transportation expenses, such as transit passes and parking. You decide how much to contribute, and the money will be automatically deducted from your paycheck and placed on a debit card for your use.

Your commuter benefits will be loaded on the same card as any other savings/spending accounts you have with Mercer Marketplace 365+. You can update your commuter benefits any time throughout the year. Changes will be effective the first of the following month.



Additional Benefits

Auto/Home Insurance *Can be elected year-round!*

Farmers GroupSelectSM

Most auto and home insurance experts suggest you review your coverage annually to make sure you're getting the best coverage for your rates.

Purchasing auto and home insurance through Mercer Marketplace 365+ could provide you with savings of up to 15%. Farmers GroupSelect gives you access to a variety of personal insurance policies, including automobile, home*, condo*, landlord's rental dwelling, mobile home, renters, recreational vehicle, boat and personal excess liability.

You can elect auto/home insurance during open enrollment or throughout the year. Visit the link provided on www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits to enroll. Payment is available through direct billing.

Note: The Mercer Marketplace 365+ confirmation statement, which is generated once you have completed your 2023 elections, will not immediately show the Auto/Home Insurance election or the cost of the coverage.

*Home and condo coverage is not offered in Florida. There are coastal restrictions and volatility management plans (i.e. wildfires) in states across the US including Massachusetts, California and Louisiana.

Pet Insurance *Can be elected year-round!*

Nationwide Pet®

Pets are unpredictable. While it's hard to anticipate accidents and illnesses, Nationwide Pet Insurance makes it a little easier to be prepared for them. Nationwide Pet provides coverage for unexpected and significant medical incidents by providing protection for your pets when you need it.

Nationwide Pet policies cover many medical problems and conditions related to accidents and illnesses, including cancer. You are free to use any veterinarian worldwide—even specialists and emergency care providers. Best of all, Mercer Marketplace 365+ participants receive preferred pricing.

You will be provided with the link to enroll in or change your pet insurance coverage once you have submitted your other primary benefits. Note: The Mercer Marketplace 365+ confirmation statement, which is generated once you have completed your 2023 elections, will not immediately show the pet insurance election or the cost of the coverage.

Team Member Discounts *Available year-round!*

PerkSpot

PerkSpot is a one-stop shop for exclusive discounts at many of your favorite national and local merchants. It's completely free and optimized for use on any device: desktops, tablets and phones. Take advantage of online offers and discover discounts in your neighborhood with PerkSpot's streamlined Local Map. Filter your map results by categories like restaurants, health and fitness, retail and more.

Opt in to PerkSpot's weekly email to receive a curated selection of discounts. Each week's email features both new and popular deals, as well as seasonal, holiday and group offers.



Wellbeing at Winn

The following benefits are not administered by Mercer Marketplace 365+, but are offered to you by WinnCompanies.

Wellbeing @ Winn



As a Winn Team Member, you have access to many programs to help support your

Wellbeing. We encourage you to review these programs and take advantage of those that might be of interest to you.

More information on these programs can be found on the Winntranet.

Employee Assistance Program (EAP)	Learn to Live	Winn Employee Relief Fund (WERF)	Telehealth through BCBS and Kaiser
Wellbeing @ Winn Monthly Newsletter	Bank of America Banking and Investment Program	Health Advocate	Calm and My Strength App

Employee Assistance Program (EAP)

Your EAP is designed to help you and your family lead a happier and more productive life at home and at work. Call for confidential access to a Licensed Professional Counselor who can help you. Expert support 24/7 is always by your side.

A LICENSED PROFESSIONAL COUNSELOR CAN HELP YOU WITH	ASK OUR WORK/LIFE SPECIALIST ABOUT:
- Stress, depression, anxiety - Relationship issues, divorce - Job stress, work conflicts - Family and parenting problems	- Child, Elder care - Legal questions - Identity theft - Financial services, debt management, credit report issues - And more

The EAP provides you and your family members with up to three visits with a Licensed Professional Counselor. An additional service includes referrals for additional care.

Learn to Live

If you're a BCBSMA member, you have 24/7 access to this free online program that helps you and your family members, age 13 or older, manage stress, depression, anxiety, insomnia, substance abuse and more. Learn to Live is a self-paced program based on the principles of Cognitive Behavioral Therapy. You even have access to talk to counselors via phone, email or text if you choose! Get started at learntolive.com/partners and enter the code WELLNESS.



Wellbeing at Winn

401(k) & Fidelity

WinnCompanies offers team members the opportunity to invest for retirement by making payroll deductions on either a pre-tax or post-tax basis. Through Fidelity, you may defer up to 70% of your salary, up to \$20,500 in 2023 (over 50 years old you can contribute an extra \$6,500 per year). With a company auto enroll program at 4%, WinnCompanies will match 50% of your contribution up to 3% of your earnings.

Fidelity offers recorded and live webinars, debt and investment calculators and free access to financial advisors.

Winn Employee Relief Fund (WERF)

The Winn Employee Relief Fund (WERF) is a certified 501(c)(3) charity, created to help team members of WinnCompanies cope with unexpected hardships that place undue financial stress on them and their families.

Eligibility

Regular employees of WinnCompanies working on a full-time or part-time basis who have completed 90 days of service with WinnCompanies are eligible for grants from the Winn Employee Relief Fund, Inc. Employees on an approved Leave of Absence may also qualify.

How to Apply

If you have experienced a hardship and believe that you qualify for funding, you can download the application at winnrelief.org. Please note that while the COVID-19 pandemic has disrupted many of our lives, we are unable to support requests related to COVID-19.

How to Help

Donations made to the Fund are considered tax-deductible charitable contributions. Grants provided by the Fund are deemed tax-free gifts.

- **Check:** If you wish to donate by check, please make your check out to the "Winn Employee Relief Fund, Inc." and mail it to the Winn Employee Relief Fund, One Washington Mall, Suite 500, Boston, MA 02108.
- **Online:** The Fund accepts online donations by credit card, PayPal, Apple Pay, Google Pay and ACH bank transfer. Online donors have the option of paying a small administrative fee associated with these services. Otherwise, the Fund will be charged a fee for each transaction. Donors who use the ACH bank transfer feature will be taken to Plaid, a secure and encrypted bank transfer service.
- **Payroll Donations:** Team members of WinnCompanies can make one-time donations or recurring donations to the Relief Fund by payroll deduction. Even a few dollars from each paycheck will add up over time. A job aid on how to set-up a payroll deduction can be found in the "HR Documents" section of Wintranet and in the "Forms" section of the Dayforce portal for team members. Payroll deductions are tax deductible.



Team Member Contributions

The rates below are per pay-period employee contributions.

Medical <i>BCBS of MA</i>	\$1250 Deductible Plan w/ Copays	\$1,850 Deductible Plan w/ Copays	\$3,000 Deductible Plan w/ HSA	\$900 Deductible HMO Plan (Kaiser)	\$3,000 Deductible Plan (Kaiser)
<u>Salary of \$75,000 or less</u>	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly
Individual	\$ 101.50	\$76.28	\$48.39	\$72.40	\$29.24
Employee+1	\$ 238.54	\$178.52	\$122.73	\$167.58	\$77.83
Employee+2 or more	\$ 393.82	\$294.08	\$202.16	\$268.75	\$123.15
<u>Salary of \$75,001 or more</u>	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly	Bi-weekly
Individual	\$ 110.48	\$ 87.10	\$ 48.39	\$80.04	\$29.24
Employee+1	\$ 267.40	\$ 210.17	\$ 146.82	\$191.40	\$97.74
Employee+2 or more	\$ 429.26	\$ 334.30	\$ 231.04	\$296.67	\$145.61

The above listed contributions do not include the following discounts and surcharges that may apply:

- Personal Health Assessment (PHA) Discount: \$11.54 Bi-weekly/\$5.77 Weekly/\$25 Monthly (\$300 per year)
- Spousal Surcharge (if spouse/domestic partner is eligible for health coverage elsewhere): \$23.08 Bi-weekly/\$11.54 Weekly/\$50 Monthly (\$600 per year)
- Preventative Wellness visit

Dental <i>MetLife</i>	Basic Plan		Enhanced Plan	
	Bi-weekly	Weekly	Bi-weekly	Weekly
Individual	\$ 2.95	\$ 1.47	\$ 4.98	\$ 2.49
Employee+1	\$ 7.45	\$ 3.73	\$ 11.12	\$ 5.56
Employee+2 or more	\$ 10.81	\$ 5.40	\$ 15.56	\$ 7.78

Vision <i>VSP</i>	Basic Plan		Enhanced Plan	
	Bi-weekly	Weekly	Bi-weekly	Weekly
Individual	\$ 2.08	\$ 1.04	\$ 4.68	\$ 2.34
Employee+1	\$ 4.36	\$ 2.18	\$ 9.82	\$ 4.91
Employee+2 or more	\$ 7.01	\$ 3.51	\$ 15.80	\$ 7.90



Contact Information

You will find many details about the WinnCompanies benefit plans on the Mercer Marketplace 365+ website. However, you can use this table if you need to contact a benefit provider directly. Please note that some websites and phone numbers may not be accessible until your benefits take effect.

BENEFIT	ADMINISTRATOR	PHONE NUMBER	WEBSITE
Enrollment Support	Mercer Marketplace 365+ Benefits Center	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Medical and Prescription	Blue Cross Blue Shield of MA	800-782-3675	www.bluecrossma.com
	Kaiser	D.C. Metro Area: 1-301-468-6000 Outside D.C. Metro Area: 1-800-777-7902	www.kp.org
Spending and Savings Accounts	Mercer Marketplace 365+	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Supplemental Medical (Accident, Critical Illness, Hospital Indemnity)	Unum	800-275-8686 Option 1	www.unum.com
Dental	Metlife	800-GET-MET8	www.metlife.com
Vision	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Term Life/AD&D	Lincoln Financial	www.mylincolnportal.com	
Permanent Life	Unum	www.unum.com	
Disability	Lincoln Financial	www.mylincolnportal.com	
Identity Theft	Allstate Identity Protection	800-789-2720	www.myaip.com/mercemarketpp
Legal	MetLife Legal	800-821-6400	www.legalplans.com Access Code: GETLAW
Commuter	Mercer Marketplace 365+	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Auto/Home	Farmers GroupSelect	800-438-6381	https://myautohome.farmers.com/
Pet Insurance	Nationwide Pet	855-525-1458	www.petbenefitsportal.com
Team Member Discounts	PerkSpot	866-606-6057	www.perkspot.com
Employee Assistance Program (EAP)	Lincoln Financial	888-628-4824	www.guidanceresources.com
Health Advocate	Health Advocate	866-695-8622	www.healthadvocate.com/members



Legal Notices

WINNCOMPANIES RESERVES THE RIGHT TO CHANGE, AMEND OR TERMINATE ANY BENEFITS PLAN AT ANY TIME FOR ANY REASON. PARTICIPATION IN A BENEFITS PLAN IS NOT A PROMISE OR GUARANTEE OF FUTURE EMPLOYMENT. RECEIPT OF BENEFITS DOCUMENTS DOES NOT CONSTITUTE ELIGIBILITY. THESE NOTICES DO NOT APPLY TO ANY BENEFITS YOUR EMPLOYER OFFERS OUTSIDE OF MERCER MARKETPLACE 365+.

The Benefits Decision Guide, combined with these legal notices, provides an overview of the benefits available to eligible employees and their dependents. In all cases, the official plan documents govern and this Benefits Decision Guide is not, and should not be relied upon as a governing document. In the event of a discrepancy between the information presented in the Benefits Decision Guide and official plan documents, the official plan documents will govern.

STATEMENT OF MATERIAL MODIFICATIONS

This enrollment guide constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) or Summary of Material Reductions (SMR), as applicable, to the WINN Management Group Welfare Plan summary plan description (SPD). It is meant to supplement and/or replace certain information in the SPD, so retain it for future reference along with your SPD. Please share these materials with your covered family members.

SUMMARY OF BENEFITS COVERAGE

A Summary of Benefits Coverage (SBC) for each of the employer-sponsored medical plans is available at www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits. You may also request a paper copy by calling Mercer Marketplace 365+.

MERCER'S ROLE AND COMPENSATION

Mercer Health & Benefits LLC facilitates the placement of insurance coverage on behalf of its clients.

Mercer is compensated through commissions that are calculated as a percentage of the insurance premiums charged by insurers. This compensation may include payment from insurers for marketing-related expenses, technology investments or service fees. Our compensation may vary depending on the type of insurance purchased, the insurer selected and other factors such as the volume, growth and/or retention of Mercer's book of business with the insurer or service provider.

You may obtain additional information regarding our compensation by sending an email to mercermarketplace.compensation@mercer.com.

TAXATION OF BENEFITS

The taxation of certain benefits may vary at the local, state and federal level. You should consult your tax advisor if you have any questions about the proper treatment of any benefits.

IMPORTANT NOTICE FROM WINNCOMPANIES ABOUT CREDITABLE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE

The purpose of this notice is to advise you that the prescription drug coverage listed below under the WinnCompanies medical plans is expected to pay out, on average, at least as much as the standard Medicare prescription drug coverage will pay in 2023. This is known as "creditable coverage."

Why this is important: If you or your covered dependent(s) are enrolled in any prescription drug coverage during 2023 listed in this notice and are or become covered by Medicare, you may decide to enroll in a Medicare prescription drug plan later and not be subject to a late enrollment penalty — as long as you had creditable coverage within 63 days of your Medicare prescription drug plan enrollment. You should keep this notice with your important records.

If you or your family members aren't currently covered by Medicare and won't become covered by Medicare in the next 12 months, this notice doesn't apply to you.

Please read the notice below carefully. It has information about prescription drug coverage with WinnCompanies and prescription drug coverage available for people with Medicare. It also tells you where to find more information to help you make decisions about your prescription drug coverage.

NOTICE OF CREDITABLE COVERAGE

You may have heard about Medicare's prescription drug coverage (called Part D), and wondered how it would affect you. Prescription drug coverage is available to everyone with Medicare through Medicare prescription drug plans. All Medicare prescription drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans also offer more coverage for a higher monthly premium.

Individuals can enroll in a Medicare prescription drug plan when they first become eligible, and each year from October 15 through December 7. Individuals leaving employer/union coverage may be eligible for a Medicare Special Enrollment Period.

If you are covered by one of the WinnCompanies prescription drug plans listed below, you'll be interested to know that the prescription drug coverage under the plan is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage for 2023. This is called creditable coverage. Coverage under one of these plans will help you avoid a late Part D enrollment penalty if you are or become eligible for Medicare and later decide to enroll in a Medicare prescription drug plan.

- Blue Cross Blue Shield of MA \$1,250 Deductible PPO Plan
- Blue Cross Blue Shield of MA \$1,850 Deductible PPO Plan
- Blue Cross Blue Shield of MA \$3,000 Deductible HSA Plan
- Kaiser \$900 Deductible Plan
- Kaiser \$3,000 Deductible HSA Plan

If you decide to enroll in a Medicare prescription drug plan and you are an active employee or family member of an active employee, you may also continue your employer coverage. In this case, the WinnCompanies plan will continue to pay primary or secondary as it had before you enrolled in a Medicare prescription drug plan. If you waive or drop WinnCompanies coverage, Medicare will be your only payer. You can re-enroll in the employer plan at annual enrollment or if you have a special enrollment event for the WinnCompanies plan, assuming you remain eligible.

You should know that if you waive or leave coverage with WinnCompanies and you go 63 days or longer without creditable prescription drug coverage (once your applicable Medicare enrollment period ends), your monthly Part D premium will go up at least 1% per month for every month that you did not have creditable coverage. For example, if you go 19 months without coverage, your Medicare prescription drug plan premium will always be at least 19% higher than what most other people pay. You'll have to pay this higher premium as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to enroll in Part D.

You may receive this notice at other times in the future — such as before the next period you can enroll in Medicare prescription drug coverage, if this WinnCompanies coverage changes, or upon your request.

FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR OPTIONS UNDER MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the *Medicare & You* handbook. Medicare participants will get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare prescription drug plans. Here's how to get more information about Medicare prescription drug plans:

- Visit www.medicare.gov for personalized help.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see a copy of the *Medicare & You* handbook for the telephone number) or visit the program online at <https://www.shiptacenter.org>.
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare prescription drug plan is available. Information about this extra help is available from the Social Security Administration (SSA). For more information about this extra help, visit SSA online at www.socialsecurity.gov or call 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this notice. If you enroll in a Medicare prescription drug plan after your applicable Medicare enrollment period ends, you may need to provide a copy of this notice when you join a Part D plan to show that you are not required to pay a higher Part D premium amount.

For more information about this notice or your prescription drug coverage, contact:

WinnCompanies
Human Resources Department - Benefits
One Washington Mall, Suite 500
Boston, MA 02108
617-239-4537
tzuluago@winnc.com

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) SPECIAL ENROLLMENT NOTICE

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS FOR HEALTH PLAN COVERAGE

If you have declined enrollment in WinnCompanies's health plan for you or your dependents (including your spouse) because of other health insurance coverage, you or your dependents may be able to enroll in some coverages under these plans without waiting for the next Open Enrollment period, provided you request enrollment within 30 days after your other coverage ends.

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your eligible dependents, provided that you request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption or placement for adoption.

WinnCompanies will also allow a special enrollment opportunity if you or your eligible dependents either:

- Lose Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage because you are no longer eligible, or
- Become eligible for a state's premium assistance program under Medicaid or CHIP.

For these enrollment opportunities, you will have 60 days – instead of 30 – from the date of the Medicaid/CHIP eligibility change to request enrollment in the WinnCompanies group health plan. Note that this 60-day extension does not apply to enrollment opportunities other than due to the Medicaid/CHIP eligibility change.

Note: If your dependent becomes eligible for special enrollment rights, you may add the dependent to your current coverage or change to another medical plan.

To request a HIPAA special enrollment based on the events described above or obtain more information, contact Human Resources Department – Benefits at 617-239-4537 or tzuluaga@winnc.com.

During the COVID National Emergency declaration, under certain circumstances, you may be able to request a HIPAA special enrollment outside the 30 day window mentioned above. If you have experienced a HIPAA special enrollment event (as described above) and would like to request a HIPAA special enrollment outside of the 30 day window, please contact Human Resources Department – Benefits at 617-239-4537 or tzuluaga@winnc.com. Note that the ability to request a HIPAA special enrollment outside of the 30 day window is temporary and may no longer apply based on the status of the COVID National Emergency declaration. In addition, the extended enrollment opportunity is individually determined and may not apply based on your specific circumstances.

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA) NOTICE

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

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

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. If you would like more information on WHCRA benefits, call your medical carrier at the phone number listed on the back of your ID card.

NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT NOTICE

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours). If you would like more information on maternity benefits, call your medical carrier at the phone number listed on the back of your ID card.

MICHELLE'S LAW NOTICE

EXTENDED DEPENDENT MEDICAL COVERAGE DURING STUDENT MEDICAL LEAVES

The WinnCompanies plan may extend medical coverage for dependent children if they lose eligibility for coverage because of a medically necessary leave of absence from a post-secondary educational institution (including a college or university). Coverage may continue for up to a year, unless the child's eligibility would end earlier for another reason.

Extended coverage is available if a child's leave of absence from school — or change in school enrollment status (for example, switching from full-time to part-time status) — starts while the child has a serious illness or injury, is medically necessary, and otherwise causes eligibility for student coverage under the plan to end. Written certification from the child's physician stating that the child suffers from a serious illness or injury and the leave of absence is medically necessary may be required.

If the coverage provided by the plan is changed during this one-year period, the plan will provide the changed coverage for the remainder of the leave of absence.

If your child will lose eligibility for coverage because of a medically necessary leave of absence from school and you want his or her coverage to be extended, call Mercer Marketplace 365+ at 855-559-4515 as soon as the need for the leave is recognized by WinnCompanies. In addition, contact your child's health plan to see if any state laws requiring extended coverage may apply to his or her benefits.

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP) NOTICE

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

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

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

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

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2022. Contact your State for more information on eligibility.

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Website: https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162 Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Phone: 1-888-346-9562 HIPP : https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp	Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 KY Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900
LOUISIANA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218
MAINE – Medicaid	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	NORTH CAROLINA – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739	Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005	Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669
OREGON – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Phone: 1-800-699-9075	Website: http://www.greenmountaincare.org/ Phone: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462	Website: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Medicaid Phone: 1-800-432-5924 CHIP Phone: 1-800-432-5924
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)	Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022
SOUTH CAROLINA – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://mywvhipp.com/ Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
SOUTH DAKOTA - Medicaid	WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059	Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Website: http://gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2022, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor Employee Benefits Security Administration www.dol.gov/agencies/ebsa 1-866-444-EBSA (3272)	U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565
--	---

WINNCOMPANIES HIPAA PRIVACY NOTICE

Please carefully review this notice. It describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) imposes numerous requirements on the use and disclosure of individual health information by WinnCompanies health plans. This information, known as protected health information, includes almost all individually identifiable health information held by a plan — whether received in writing, in an electronic medium or as an oral communication. This notice describes the privacy practices of these plans: WinnCompanies Healthcare Flexible Spending Account. The plans covered by this notice may share health information with each other to carry out treatment, payment or healthcare operations. These plans are collectively referred to as the Plan in this notice, unless specified otherwise.

THE PLAN'S DUTIES WITH RESPECT TO HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

The Plan is required by law to maintain the privacy of your health information and to provide you with this notice of the Plan's legal duties and privacy practices with respect to your health information. If you participate in an insured plan option, you will receive a notice directly from the Insurer. It's important to note that these rules apply to the Plan, not WinnCompanies as an employer — that's the way the HIPAA rules work. Different policies may apply to other WinnCompanies programs or to data unrelated to the Plan.

HOW THE PLAN MAY USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

The privacy rules generally allow the use and disclosure of your health information without your permission (known as an authorization) for purposes of healthcare treatment, payment activities and healthcare operations. Here are some examples of what that might entail:

- Treatment includes providing, coordinating, or managing healthcare by one or more healthcare providers or doctors. Treatment can also include coordination or management of care between a provider and a third party, and consultation and referrals between providers. For example, the Plan may share your health information with physicians who are treating you.
- Payment includes activities by this Plan, other plans, or providers to obtain premiums, make coverage determinations, and provide reimbursement for healthcare. This can include determining eligibility, reviewing services for medical necessity or appropriateness, engaging in utilization management activities, claims management, and billing; as well as performing "behind the scenes" plan functions, such as risk adjustment, collection or reinsurance. For example, the Plan may share information about your coverage or the expenses you have incurred with another health plan to coordinate payment of benefits.
- Healthcare operations include activities by this Plan (and, in limited circumstances, by other plans or providers), such as wellness and risk assessment programs, quality assessment and improvement activities, customer service and internal grievance resolution. Healthcare operations also include evaluating vendors; engaging in credentialing, training and accreditation activities; performing underwriting or premium rating; arranging for medical review and audit activities; and conducting business planning and development. For example, the Plan may use information about your claims to audit the third parties that approve payment for Plan benefits.

The amount of health information used, disclosed or requested will be limited and, when needed, restricted to the minimum necessary to accomplish the intended purposes, as defined under the HIPAA rules. If the Plan uses or discloses Personal Health Information (PHI) for underwriting purposes, the Plan will not use or disclose PHI that is your genetic information for such purposes.

HOW THE PLAN MAY SHARE YOUR HEALTH INFORMATION WITH WINNCOMPANIES

The Plan, or its health insurer or Health Maintenance Organization (HMO), may disclose your health information without your written authorization to WinnCompanies for plan administration purposes. WinnCompanies may need your health information to administer benefits under the Plan. WinnCompanies agrees not to use or disclose your health information other than as permitted or required by the Plan documents and by law. Human Resources staff are the only WinnCompanies employees who will have access to your health information for plan administration functions.

Here's how additional information may be shared between the Plan and WinnCompanies, as allowed under the HIPAA rules:

- The Plan, or its insurer or HMO, may disclose "summary health information" to WinnCompanies, if requested, for purposes of obtaining premium bids to provide coverage under the Plan or for modifying, amending, or terminating the Plan. Summary health information is information that summarizes participants' claims information, from which names and other identifying information have been removed.
- The Plan, or its insurer or HMO, may disclose to WinnCompanies information on whether an individual is participating in the Plan or has enrolled or disenrolled in an insurance option or HMO offered by the Plan.

In addition, you should know that WinnCompanies cannot and will not use health information obtained from the Plan for any employment-related actions. However, health information collected by WinnCompanies from other sources — for example, under the Family and Medical Leave Act, Americans with Disabilities Act, or workers' compensation programs — is not protected under HIPAA (although this type of information may be protected under other federal or state laws).

OTHER ALLOWABLE USES OR DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION

In certain cases, your health information can be disclosed without authorization to a family member, close friend, or other person you identify who is involved in your care or payment for your care. Information about your location, general condition, or death may be provided to a similar person (or to a public or private entity authorized to assist in disaster relief efforts). You'll generally be given the chance to agree or object to these disclosures (although exceptions may be made — for example, if you're not present or if you're incapacitated). In addition, your health information

may be disclosed without authorization to your legal representative. The Plan also is allowed to use or disclose your health information without your written authorization for the following activities:

- **Workers' compensation:** Disclosures to workers' compensation or similar legal programs that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault, as authorized by and necessary to comply with the laws
- **Necessary to prevent serious threat to health or safety:** Disclosures made in the good-faith belief that releasing your health information is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to public or personal health or safety, if made to someone reasonably able to prevent or lessen the threat (or to the target of the threat); includes disclosures to help law enforcement officials identify or apprehend an individual who has admitted participation in a violent crime that the Plan reasonably believes may have caused serious physical harm to a victim, or where it appears the individual has escaped from prison or from lawful custody
- **Public health activities:** Disclosures authorized by law to persons who may be at risk of contracting or spreading a disease or condition; disclosures to public health authorities to prevent or control disease or report child abuse or neglect; and disclosures to the Food and Drug Administration to collect or report adverse events or product defects
- **Victims of abuse, neglect, or domestic violence:** Disclosures to government authorities, including social services or protective services agencies authorized by law to receive reports of abuse, neglect or domestic violence, as required by law or if you agree or the Plan believes that disclosure is necessary to prevent serious harm to you or potential victims (you'll be notified of the Plan's disclosure if informing you won't put you at further risk)
- **Judicial and administrative proceedings:** Disclosures in response to a court or administrative order, subpoena, discovery request or other lawful process (the Plan may be required to notify you of the request or receive satisfactory assurance from the party seeking your health information that efforts were made to notify you or to obtain a qualified protective order concerning the information)
- **Law enforcement purposes:** Disclosures to law enforcement officials required by law or legal process, or to identify a suspect, fugitive, witness, or missing person; disclosures about a crime victim if you agree or if disclosure is necessary for immediate law enforcement activity; disclosures about a death that may have resulted from criminal conduct; and disclosures to provide evidence of criminal conduct on the Plan's premises
- **Decedents:** Disclosures to a coroner or medical examiner to identify the deceased or determine cause of death; and to funeral directors to carry out their duties
- **Organ, eye or tissue donation:** Disclosures to organ procurement organizations or other entities to facilitate organ, eye, or tissue donation and transplantation after death
- **Research purposes:** Disclosures subject to approval by institutional or private privacy review boards, subject to certain assurances and representations by researchers about the necessity of using your health information and the treatment of the information during a research project
- **Health oversight activities:** Disclosures to health agencies for activities authorized by law (audits, inspections, investigations or licensing actions) for oversight of the healthcare system, government benefits programs for which health information is relevant to beneficiary eligibility, and compliance with regulatory programs or civil rights laws
- **Specialized government functions:** Disclosures about individuals who are Armed Forces personnel or foreign military personnel under appropriate military command; disclosures to authorized federal officials for national security or intelligence activities; and disclosures to correctional facilities or custodial law enforcement officials about inmates
- **HHS investigations:** Disclosures of your health information to the Department of Health and Human Services to investigate or determine the Plan's compliance with the HIPAA privacy rule

Except as described in this notice, other uses and disclosures will be made only with your written authorization. For example, in most cases, the Plan will obtain your authorization before it communicates with you about products or programs if the Plan is being paid to make those communications. If we keep psychotherapy notes in our records, we will obtain your authorization in some cases before we release those records. The Plan will never sell your health information unless you have authorized us to do so. You may revoke your authorization as allowed under the HIPAA rules. However, you can't revoke your authorization with respect to disclosures the Plan has already made. You will be notified of any unauthorized access, use, or disclosure of your unsecured health information as required by law.

The Plan will notify you if it becomes aware that there has been a loss of your health information in a manner that could compromise the privacy of your health information.

YOUR INDIVIDUAL RIGHTS

You have the following rights with respect to your health information the Plan maintains. These rights are subject to certain limitations, as discussed below. This section of the notice describes how you may exercise each individual right. See the Contact section at the end of this notice for information on how to submit requests.

RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS ON CERTAIN USES AND DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION AND THE PLAN'S RIGHT TO REFUSE
You have the right to ask the Plan to restrict the use and disclosure of your health information for treatment, payment, or healthcare operations, except for uses or disclosures required by law. You have the right to ask the Plan to restrict the use and disclosure of your health information to family members, close friends, or other persons you identify as being involved in your care or payment for your care. You also have the right to ask the Plan to restrict use and disclosure of health information to notify those persons of your location, general condition, or death — or to coordinate those efforts with entities assisting in disaster relief efforts. If you want to exercise this right, your request to the Plan must be in writing.

The Plan is not required to agree to a requested restriction. If the Plan does agree, a restriction may later be terminated by your written request, by agreement between you and the Plan (including an oral agreement), or unilaterally by the Plan for health information created or received after you're notified that the Plan has removed the restrictions. The Plan may also disclose health information about you if you need emergency treatment, even if the Plan has agreed to a restriction.

An entity covered by these HIPAA rules (such as your healthcare provider) or its business associate must comply with your request that health information regarding a specific healthcare item or service not be disclosed to the Plan for purposes of payment or healthcare operations if you have paid out of pocket and in full for the item or service.

RIGHT TO RECEIVE CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS OF YOUR HEALTH INFORMATION

If you think that disclosure of your health information by the usual means could endanger you in some way, the Plan will accommodate reasonable requests to receive communications of health information from the Plan by alternative means or at alternative locations.

If you want to exercise this right, your request to the Plan must be in writing and you must include a statement that disclosure of all or part of the information could endanger you.

RIGHT TO INSPECT AND COPY YOUR HEALTH INFORMATION

With certain exceptions, you have the right to inspect or obtain a copy of your health information in a "designated record set." This may include medical and billing records maintained for a healthcare provider; enrollment, payment, claims adjudication and case or medical management record systems maintained by a plan; or a group of records the Plan uses to make decisions about individuals. However, you do not have a right to inspect or obtain copies of psychotherapy notes or information compiled for civil, criminal, or administrative proceedings. The Plan may deny your right to access, although in certain circumstances, you may request a review of the denial.

If you want to exercise this right, your request to the Plan must be in writing. Within 30 days of receipt of your request (60 days if the health information is not accessible on site), the Plan will provide you with one of these responses:

- The access or copies you requested.
- A written denial that explains why your request was denied and any rights you may have to have the denial reviewed or file a complaint.
- A written statement that the time period for reviewing your request will be extended for no more than 30 more days, along with the reasons for the delay and the date by which the Plan expects to address your request.

You may also request your health information be sent to another entity or person, so long as that request is clear, conspicuous and specific. The Plan may provide you with a summary or explanation of the information instead of access to or copies of your health information, if you agree in advance and pay any applicable fees. The Plan also may charge reasonable fees for copies or postage. If the Plan doesn't maintain the health information but knows where it is maintained, you will be informed where to direct your request.

If the Plan keeps your records in an electronic format, you may request an electronic copy of your health information in a form and format readily producible by the Plan. You may also request that such electronic health information be sent to another entity or person, so long as that request is clear, conspicuous and specific. Any charge that is assessed to you for these copies must be reasonable and based on the Plan's cost.

RIGHT TO AMEND YOUR HEALTH INFORMATION THAT IS INACCURATE OR INCOMPLETE

With certain exceptions, you have a right to request that the Plan amend your health information in a designated record set. The Plan may deny your request for a number of reasons. For example, your request may be denied if the health information is accurate and complete, was not created by the Plan (unless the person or entity that created the information is no longer available), is not part of the designated record set, or is not available for inspection (e.g., psychotherapy notes or information compiled for civil, criminal or administrative proceedings).

If you want to exercise this right, your request to the Plan must be in writing, and you must include a statement to support the requested amendment. Within 60 days of receipt of your request, the Plan will take one of these actions:

- Make the amendment as requested.
- Provide a written denial that explains why your request was denied and any rights you may have to disagree or file a complaint.
- Provide a written statement that the time period for reviewing your request will be extended for no more than 30 more days, along with the reasons for the delay and the date by which the Plan expects to address your request.

RIGHT TO RECEIVE AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION

You have the right to a list of certain disclosures of your health information the Plan has made. This is often referred to as an "accounting of disclosures." You generally may receive this accounting if the disclosure is required by law, in connection with public health activities, or in similar situations listed in the Other Allowable Uses or Disclosures of your Health Information section earlier in this notice, unless otherwise indicated below.

You may receive information on disclosures of your health information for up to six years before the date of your request. You do not have a right to receive an accounting of any disclosures made in any of these circumstances:

- For treatment, payment or healthcare operations.
- To you about your own health information.
- Incidental to other permitted or required disclosures.
- Where authorization was provided.
- To family members or friends involved in your care (where disclosure is permitted without authorization).
- For national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement officials in certain circumstances.
- As part of a “limited data set” (health information that excludes certain identifying information).

In addition, your right to an accounting of disclosures to a health oversight agency or law enforcement official may be suspended at the request of the agency or official.

If you want to exercise this right, your request to the Plan must be in writing. Within 60 days of the request, the Plan will provide you with the list of disclosures or a written statement that the time period for providing this list will be extended for no more than 30 more days, along with the reasons for the delay and the date by which the Plan expects to address your request. You may make one request in any 12-month period at no cost to you, but the Plan may charge a fee for subsequent requests. You'll be notified of the fee in advance and have the opportunity to change or revoke your request.

RIGHT TO OBTAIN A PAPER COPY OF THIS NOTICE FROM THE PLAN UPON REQUEST

You have the right to obtain a paper copy of this privacy notice upon request. Even individuals who agreed to receive this notice electronically may request a paper copy at any time.

CHANGES TO THE INFORMATION IN THIS NOTICE

The Plan must abide by the terms of the privacy notice currently in effect. This notice takes effect on January 1, 2023. However, the Plan reserves the right to change the terms of its privacy policies, as described in this notice, at any time and to make new provisions effective for all health information that the Plan maintains. This includes health information that was previously created or received, not just health information created or received after the policy is changed. If changes are made to the Plan's privacy policies described in this notice, you will be provided with a revised privacy notice.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated or your Plan has not followed its legal obligations under HIPAA, you may complain to the Plan and to the Secretary of Health and Human Services. You won't be retaliated against for filing a complaint. To file a complaint, contact Human Resources Department – Benefits at 617-239-4537 or tzuluaga@winnc.com.

CONTACT

For more information on the Plan's privacy policies or your rights under HIPAA, contact Human Resources Department – Benefits at 617-239-4537 or tzuluaga@winnc.com.

NEW HEALTH INSURANCE MARKETPLACE COVERAGE OPTIONS AND YOUR HEALTH COVERAGE

Note: References to the “Marketplace” in this notice refer to the federal public health insurance marketplace and not Mercer Marketplace 365+.

PART A: GENERAL INFORMATION

To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

WHAT IS THE HEALTH INSURANCE MARKETPLACE?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers “one-stop shopping” to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away.

CAN I SAVE MONEY ON MY HEALTH INSURANCE PREMIUMS IN THE MARKETPLACE?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn’t meet certain standards. The savings on your premium that you’re eligible for depends on your household income.

DOES EMPLOYER HEALTH COVERAGE AFFECT ELIGIBILITY FOR PREMIUM SAVINGS THROUGH THE MARKETPLACE?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer’s health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.12% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the “minimum value” standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.¹

¹An employer-sponsored health plan meets the “minimum value standard” if the plan’s share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs.

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution—as well as your employee contribution to employer-offered coverage—is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

HOW CAN I GET MORE INFORMATION?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact Human Resources Department – Benefits at 617-239-4537 or tzuluaga@wincco.com.

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

PART B: INFORMATION ABOUT HEALTH COVERAGE OFFERED BY YOUR EMPLOYER

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

1. Employer name	WinnCompanies	2. Employer Identification Number (EIN)	04-2582550
3. Employer address	One Washington Mall, Suite 500	4. Employer phone number	617-239-4537
5. City	Boston	6. State	MA
		7. Zip Code	02108
8. Who can we contact about employee health coverage at this job?	Human Resources Department - Benefits		
9. Phone number (if different from above)		10. Email address	tzuluaga@wincco.com

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

As your employer, we offer a health plan to:

☐ All employees.

☒ Some employees. Eligible employees are: Regular employees working 30 or more hours per week

With respect to dependents:

☒ We do offer coverage. Eligible dependents are: Spouse, Domestic Partner, Child, Step Child and Child of Domestic Partner

☐ We do not offer coverage.

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

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

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, HealthCare.gov will guide you through the process.

Mercer Marketplace 365+SM



2023

Guía de decisión de beneficios

Miembros del equipo de CA, DC, MD y VA

Inscripción abierta:

Del 26 de octubre al 8 de noviembre

Vigencia de los beneficios:

Del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023



WinnCompanies



Bienvenido a su inscripción de beneficios del 2023.

Estimado miembro del equipo de WinnCompanies:

La inscripción abierta correspondiente al año 2023 tendrá lugar entre el 26 de octubre y el 8 de noviembre. La inscripción abierta es el único momento del año en el que puede realizar cambios en su cobertura de seguro sin tener un evento de vida elegible. Recomiendo que todos los miembros del equipo se tomen el tiempo de entender todas las opciones disponibles.

En WinnCompanies ofrecemos planes que brindan una protección valiosa para usted y su familia y también trabajamos arduamente para mantener esos planes asequibles. Si bien los costos de atención médica siguen aumentando en todo el país, estamos orgullosos de que las contribuciones de los empleados para la cobertura médica sigan siendo más bajas que el promedio de nuestro sector. Además, este año no hay aumento en las primas médicas por cheque de pago para los niveles de cobertura Solo empleado, y solo un aumento mínimo para los planes Empleado + 1 y Familiar.

Asimismo, el monto que pagará por la cobertura médica depende, en parte, de su salario base. Las personas cuyos ingresos son inferiores al umbral, pagan una tarifa más baja, y quienes perciben ingresos por encima del umbral, pagan una tarifa más alta. En el año 2023, cambiaremos el umbral de ingresos a \$75,000, lo que significa que una mayor cantidad de empleados (quienes ganan hasta \$75,000 al año) pagará la tarifa más baja por la cobertura médica.

Además de esta buena noticia, se harán los siguientes importantes cambios:

Cada año, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establece algunas normas para los planes de salud con deducible alto (High Deductible Health Plans, HDHP), incluidos los deducibles mínimos.

Para cumplir estas normas del IRS en el 2023:

- El plan PPO HDHP con HSA de \$2,850, que se ofrece a través de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA), ahora es el plan PPO HDHP con HSA de \$3,000 y
- El plan HMO HDHP con HSA de \$2,850, que se ofrece a través de Kaiser, ahora es el plan HMO HDHP con HSA de \$3,000.

Eliminaremos el plan BCBS PPO de \$1,250 después del 2023 para ayudar a gestionar los costos futuros de atención médica de la organización.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA) cambiará su administrador de beneficios farmacéuticos a CVS/Caremark que administrará sus beneficios de recetas en nombre de BCBS. No es necesario hacer nada en este momento, pero debe saber lo siguiente:

- Muchos miembros no se verán afectados por este cambio. Si este cambio lo afectará, BCBSMA se comunicará directamente con usted y lo guiará en el proceso. Esté atento a más información en los próximos meses.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación antes del 1° de enero.

Se ha agregado una cláusula adicional de atención a largo plazo para las personas inscritas en el plan de cobertura de vida permanente voluntario a través de Unum. La atención a largo plazo es un gasto importante para los jubilados. La cláusula adicional permitirá a los participantes retirar del valor en efectivo de su póliza para ayudar a pagar la atención a largo plazo.

Para decidir qué planes son adecuados para usted y su familia en el 2023, le recomendamos que utilice las herramientas de estimación de costos y comparación de planes en línea en la plataforma de inscripción en línea de Mercer Marketplace 365+ o que se comunique con el Centro de beneficios de Mercer Marketplace 365+ al 855-559-4515 para hablar con un asesor de beneficios.

Lorraine Witunski

Vicepresidenta ejecutiva, Recursos Humanos y Aprendizaje y Desarrollo



Contenido

Su inscripción	
Cómo inscribirse.....	41
Beneficios de salud	
Cobertura médica y de medicamentos recetados	42
.....	
Cuentas de gastos y ahorros	49
Plan médico complementario	51
Seguro odontológico	52
Seguro oftalmológico	53
Protección financiera	
Seguro de vida y por AD&D.....	54
Seguro por incapacidad.....	56
Beneficios adicionales	
Protección por robo de identidad	57
Plan legal	57
Beneficios de transporte	57
Seguro de automóvil/vivienda	58
Seguro para mascotas	58
Descuentos para miembros del equipo.....	59
Wellbeing at Winn.....	59
Programa de asistencia al empleado.....	59
Learn to Live.....	59
401(k).....	60
Fondo de Ayuda para Empleados de Winn.....	60
Información importante	
Contribuciones de los miembros del equipo.....	61
Contactos de beneficios	62
Avisos legales	63



¿Tiene preguntas?

Mercer Marketplace 365+ está listo para ayudarle a entender sus opciones y a tomar las decisiones adecuadas para sus necesidades y su presupuesto.

www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits

CHAT

Haga clic para chatear

Asistente virtual disponible 24/7
o chatee con un asesor de beneficios
en vivo

De lunes a viernes, de 7 a. m. a
9 p. m., hora del este



Telefono

855-559-4515

Asesores de beneficios disponibles
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 9 p. m., hora
del este
Sábado, de 10 a. m. a 2 p. m., hora del este

La Guía de decisión de beneficios contiene una descripción general de los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. No debe considerarse como un documento jurídico vinculante. En caso de discrepancia, los documentos oficiales del plan regirán en todos los casos.



Qué esperar durante la inscripción de beneficios del

Elija sus beneficios

Del 26 de octubre al 8 de noviembre

Elecciones de beneficios 2023

- Puede elegir o cambiar sus beneficios para el año del plan 2023 durante la inscripción abierta (Open Enrollment, OE) del 26 de octubre al 8 de noviembre.

Cambios después de la inscripción abierta:

- Puede hacer cambios en algunos de sus beneficios en el 2023 si experimenta un evento de vida elegible (Qualifying Life Event, QLE), como matrimonio o el nacimiento de un bebé. Debe hacer el cambio dentro de los 30 días posteriores al evento.
- Puede inscribirse todo el año en el seguro para mascotas, los beneficios de transporte y el seguro de automóvil y vivienda.
- Si es un nuevo empleado durante o después de la OE, tiene beneficios en vigencia en el 2022 o recientemente experimentó un QLE o un cambio en su situación, tendrá que hacer actualizaciones tanto en sus beneficios del 2022 como del 2023.

Así es como funciona

365+

Visite Mercer Marketplace 365+ en www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits para un apoyo personalizado que le guíe en el proceso de inscripción.



Si lo desea, responda unas breves preguntas para recibir la orientación de un experto y elaborar un paquete de beneficios personalizado.



Seleccione el paquete de beneficios creado para usted, personalícelo más para que se ajuste a sus necesidades y su presupuesto, o cree su propio paquete.

¿Qué sucede si no quiero realizar ningún cambio?

- Si no se inscribe ni realiza actualizaciones antes del 8 de noviembre, quedará automáticamente inscrito en su cobertura actual, con la excepción de las elecciones de la cuenta de gastos y ahorros.
- Las elecciones de las cuentas de gastos flexibles, de cuidado de dependientes y de transporte no se transfieren de un año a otro. Debe hacer una nueva elección cada año para participar. Si tiene fondos que no haya usado en su cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) al final del 2022, debe elegir una FSA para el 2023 a la cual transferir los fondos no utilizados; si no lo hace, los fondos que no haya usado se perderán.

Si usted (o sus dependientes) cuenta con Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, por medio de una ley federal tiene más opciones para la cobertura de medicamentos recetados. Consulte la cobertura de medicamentos recetados acreditable y el aviso de Medicare en los avisos legales al final de este manual para obtener más información.



Cómo inscribirse

Visite www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits para comenzar su inscripción

- La primera vez que visite el sitio web de Mercer Marketplace 365+, seleccione “Get Started” (Comenzar) y siga las instrucciones indicadas para inscribirse.
- Si se ha inscrito previamente en beneficios en el sitio web de Mercer Marketplace 365+, use el nombre de usuario y la contraseña que creó en el pasado para iniciar sesión.

Autenticación multifactor (Multi-factor Authentication, MFA)

La seguridad de su información es crucial, por ello utilizamos la autenticación multifactor.

- La MFA combina su nombre de usuario y contraseña con un código numérico temporal que se le envía como un factor de seguridad adicional para confirmar su identidad y mantener segura su información.
- Como parte del proceso de registro, tendrá que indicar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), su apellido, fecha de nacimiento y código postal.
- Una vez que se haya verificado la información anterior, se le pedirá que elija el correo electrónico o número de teléfono que proporcionó a WinnCompanies. Se enviará un código de verificación al dispositivo que seleccionó. Entonces podrá completar el proceso de registro ingresando el código.
- Si WinnCompanies no ha proporcionado un correo electrónico o número de teléfono, ahora tendrá que agregar una dirección de correo electrónico. Puede ingresar un correo electrónico o número de teléfono alternativo para su uso en verificaciones futuras.
- Se le pedirá que realice el proceso del código de verificación de MFA cada vez que inicie sesión.

Costo de la cobertura

WinnCompanies le ofrece un programa de beneficios competitivo que le brinda flexibilidad para seleccionar la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y a su presupuesto. WinnCompanies paga una parte de los costos de su cobertura. Usted paga los costos restantes de los beneficios que seleccione, que se mostrarán a medida que busca en Mercer Marketplace 365+.

¿Necesita ayuda?

Si no tiene acceso a una computadora o necesita ayuda, puede inscribirse con un asesor de beneficios llamando al 855-559-4515

Puede obtener ayuda por teléfono:
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 9 p. m., hora del este
y los sábados, de 10 a. m. a 2 p. m., hora del este

Expert Guidance (Orientación de expertos)

Utilice la herramienta de ayuda para la toma de decisiones Expert Guidance para obtener consejos sobre qué paquetes de atención médica se adaptan mejor a usted y a su familia. Simplemente responda algunas preguntas y se le pedirá que seleccione el paquete o que lo personalice aún más para satisfacer mejor sus necesidades.

¿Cómo funciona Expert Guidance?

- Comienza con algunas preguntas confidenciales en línea para conocerlo mejor.
- Sus respuestas permiten que la herramienta Expert Guidance encuentre las mejores opciones para usted.



Cobertura médica y de medicamentos recetados

La cobertura médica ofrece valiosos beneficios para ayudarlo a mantenerse sano y a pagar la atención si usted o sus familiares cubiertos se enferman o lesionan.

¿Qué plan médico es adecuado para usted?

Mientras se prepara, piense en lo siguiente:

- ¿Cuánta atención médica y qué tipo de atención necesitó este año?
- ¿Espera que sus necesidades sean similares el próximo año?
- ¿Prefiere pagar menos de su salario o menos de su bolsillo cuando necesita atención?

Puede elegir entre las tres opciones de planes médicos nacionales a través de BCBS of MA y dos planes HMO de Kaiser. Estos planes de BCBS y los planes de Kaiser funcionan de manera diferente. Lea a continuación para entender las diferencias clave entre los planes PPO de BCBS y el plan HDHP de BCBS, así como también la diferencia en el plan HMO que ofrece Kaiser.

Diferenciadores clave	PPO	Plan de salud con deducible alto
	(planes con deducible de \$900, \$1,250 o \$1,850)	(deducible de \$3,000 con cuenta de ahorros para la salud)
Prima	Más alta	Más baja
Costo compartido del empleado (copagos, deducibles y coaseguro)	Más baja	Más alta
Red	Beneficio dentro de la red y fuera de la red	Beneficio dentro de la red y fuera de la red
¿Debe alcanzar el deducible médico anual antes de pagar las recetas con un copago?	No	Sí
¿Es compatible con una cuenta de gastos flexibles?	Sí	No
¿Es compatible con una cuenta de ahorros para la salud?	No	Sí
¿Contribuye Winn a una cuenta de ahorros para la salud?	No	Sí

Con los planes HMO con deducibles de \$900 y \$3,000 de Kaiser:

- Usted paga menos contribuciones al plan médico de lo que pagaría con las opciones nacionales de BCBS.
- Usted recibe cobertura de servicios solo cuando utiliza la red de proveedores de Kaiser, y su red de proveedores es más pequeña que la de los planes médicos nacionales de BCBS.
- Su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) coordinará su atención y hará remisiones si necesita consultar a un especialista. Si decide consultar a un médico que no pertenece a la red de Kaiser, deberá pagar el costo total de la consulta y los servicios que reciba.



Cobertura médica y de medicamentos recetados



Palabras clave que debe saber:

Coaseguro: porcentaje del cargo que pagará su plan, normalmente después de que usted haya cumplido con el deducible.

Copago: un monto que usted paga por un servicio cubierto cada vez que utiliza ese servicio, que normalmente no se aplica al deducible.

Deducible: el monto que usted paga antes de que el plan comienza a pagar.

Gastos de bolsillo: gastos que usted paga, como deducibles, copagos y los montos restantes después del pago del coaseguro del plan.

Valor máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga por los servicios cubiertos en un año (puede que tenga que pagar montos adicionales si recibe atención de un proveedor fuera de la red).

Recargo por cónyuge o pareja de hecho

Si su cónyuge o pareja de hecho tiene acceso a beneficios médicos a través de su empleador y usted elige cubrir a su cónyuge o pareja de hecho bajo un plan médico de WinnCompanies, se agregará un recargo de \$50 por mes a su contribución médica.

Incentivos de bienestar

Nuestro programa Wellbeing @ Winn se renovó en el 2022 para alentar a los socios de equipo a centrarse en su bienestar al:

- Destacar diversos recursos gratuitos
- Asociarse con proveedores para organizar seminarios web sobre bienestar
- Organizar una competencia amistosa
- Obtener puntos por cada seminario web, desafío o taller completado y participar en sorteos trimestrales.

Al participar en diversas actividades de bienestar y ganar al menos 100 puntos antes del 31 de octubre de cada año, puede obtener un descuento de hasta \$600 en su prima médica del 2023.

Tenga en cuenta: debe completar la evaluación de salud personal (Personal Health Assessment, PHA) y la consulta de atención preventiva para recibir el descuento de \$300 en la prima médica. Si desea obtener un descuento de bienestar adicional de \$300, debe participar en el programa Wellbeing @ Winn. Este descuento se obtiene participando en diversas actividades de bienestar y ganando al menos 100 puntos antes del 31 de octubre de cada año. El descuento se aplicará a la prima médica del siguiente año.

Para obtener información más detallada, inicie sesión en LMS y vea “Wellbeing 2022 Lunch & Learn” (Almuerzo y aprendizaje de Bienestar 2022).



Cobertura médica y de medicamentos recetados

Uso de proveedores de la red

Ahorrrá dinero cuando reciba atención de un proveedor de la red. Para acceder a una lista de proveedores de la red, haga clic en el enlace incluido en el sitio de inscripción de Mercer Marketplace 365+. El uso de un proveedor fuera de la red puede tener como resultado más gastos de bolsillo.

Cobertura de medicamentos recetados

- Su cobertura de medicamentos recetados depende del plan médico que elija. Los medicamentos se agrupan en niveles, que determinan su parte del costo del medicamento.
- Los miembros del plan de salud con deducible alto pagan el 100% de los costos de los medicamentos recetados hasta que se alcanza el deducible anual.
- El coaseguro aplicable por receta se aplica después de que se ha alcanzado el deducible anual.

USTED PAGA	SE CUBRE
Costo compartido más bajo	La mayoría de las recetas genéricas Medicamentos genéricos que son equivalentes a un producto de marca en forma farmacéutica, concentración, calidad y uso previsto
Segundo costo compartido más bajo	Medicamentos de marca preferida Medicamentos que se venden con nombres comerciales específicos que tienen un precio económico en el plan de farmacia
Costo compartido más alto	Medicamentos de marca no preferida Medicamentos que se venden con nombres comerciales específicos que tienen una alternativa más económica en comparación con el costo compartido más bajo o el segundo más bajo

Información útil acerca de los deducibles y el valor máximo de gastos de bolsillo

Al elegir la cobertura para un familiar aparte de usted, es importante comprender cómo se aplican su deducible y los valores máximos de gastos de bolsillo.

DEDUCIBLE	VALOR MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO
Una vez que un familiar alcance el deducible individual, los beneficios comienzan a pagarse para esa persona.	Una vez que un familiar alcanza el valor máximo de gastos de bolsillo individual, el plan paga los beneficios cubiertos en su totalidad para esa persona.



Cobertura médica y de medicamentos recetados

Blue Cross Blue Shield of MA (PPO)

Resumen del plan médico

(Los siguientes beneficios se incluyen en sus opciones de planes. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible).

	PPO CON DEDUCIBLE DE \$1,250		PPO CON DEDUCIBLE DE \$1,850		DEDUCIBLE DE \$3,000 CON HSA	
CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD						
Elegible para HSA	No		No		Sí	
Financiación del empleador de HSA	N. A.		N. A.		\$500 al año por persona \$1,000 al año por familia	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL						
Individual	\$1,250	\$2,500	\$1,850	\$3,700	\$3,000	\$6,000
Familiar	\$2,500	\$5,000	\$3,700	\$7,400	\$6,000	\$12,000
VALOR MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO						
Individual	\$3,000	\$6,000	\$3,500	\$7,000	\$5,500	\$11,000
Familiar	\$6,000	\$12,000	\$6,500	\$13,000	\$11,000	\$22,000
COBERTURA DE BENEFICIOS MÉDICOS						
Coaseguro del plan	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Atención preventiva	100%*	80%	100%*	80%	100%*	80%
Consulta de atención primaria	Copago de \$25*	80%	Copago de \$30*	80%	70%	50%
Consulta con especialista	Copago de \$40*	80%	Copago de \$45*	80%	70%	50%
Hospitalización	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Servicios hospitalarios ambulatorios	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Atención de urgencia	Copago de \$40*	80%	Copago de \$45*	80%	70%	50%
Sala de emergencias	Copago de \$200*	Copago de \$200*	Copago de \$200*	Copago de \$200*	70%	70%
RECETAS AL POR MENOR (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)						
Nivel 1	Copago de \$15*	Sin cobertura	Copago de \$15*	Sin cobertura	70% (máx. de \$50)**	70% (máx. de \$150)**
Nivel 2	Copago de \$30*	Sin cobertura	Copago de \$30*	Sin cobertura	70% (máx. de \$200)**	70% (máx. de \$600)**
Nivel 3	Copago de \$60*	Sin cobertura	Copago de \$60*	Sin cobertura	70% (máx. de \$250)**	70% (máx. de \$750)**
PEDIDOS DE MEDICAMENTOS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)						
Nivel 1	Copago de \$30*	Sin cobertura	Copago de \$30*	Sin cobertura	70% (máx. de \$150)**	Sin cobertura
Nivel 2	Copago de \$60*	Sin cobertura	Copago de \$60*	Sin cobertura	70% (máx. de \$600)**	Sin cobertura
Nivel 3	Copago de \$120*	Sin cobertura	Copago de \$120*	Sin cobertura	70% (máx. de \$750)**	Sin cobertura

*No aplica deducible. **Exención de deducible para algunos medicamentos.

Kaiser (HMO): resumen del plan médico



Cobertura médica y de medicamentos recetados

(Los siguientes beneficios se incluyen en sus opciones de planes. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible).

	DEDUCIBLE DE \$900		DEDUCIBLE DE \$3,000	
CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD				
Elegible para HSA	No		Sí	
Financiación del empleador de HSA	N. A.		\$500 al año por persona \$1,000 al año por familia	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL				
Individual	\$900	Sin cobertura	\$3,000	Sin cobertura
Familiar	\$1,800	Sin cobertura	\$6,000	Sin cobertura
VALOR MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO				
Individual	\$3,000	Sin cobertura	\$5,500	Sin cobertura
Familiar	\$6,000	Sin cobertura	\$11,000	Sin cobertura
Coaseguro del plan	80%	Sin cobertura	70%	Sin cobertura
Atención preventiva	Copago de \$0*	Sin cobertura	100%*	Sin cobertura
Consulta de atención primaria	Copago de \$40*	Sin cobertura	70%	Sin cobertura
Consulta con especialista	Copago de \$50*	Sin cobertura	70%	Sin cobertura
Hospitalización	80%	Sin cobertura	70%	Sin cobertura
Servicios hospitalarios ambulatorios	80%	Sin cobertura	70%	Sin cobertura
Atención de urgencia	CA: copago de \$40* DC, MD, VA: 80%	CA: cobertura dentro del área de servicio en las instalaciones del plan DC, MD, VA: 80%	70%	70%
Sala de emergencias	80%	80%	70%	70%
RECETAS AL POR MENOR (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)				
Nivel 1	Copago de \$10*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$50)	Sin cobertura
Nivel 2	70% (máx. de \$50)*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$100)	Sin cobertura
Nivel 3	CA: 70% (máx. de \$50)* DC, MD, VA: 55% (máx. de \$80)*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$100)	Sin cobertura
PEDIDOS DE MEDICAMENTOS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)				
Nivel 1	CA: copago de \$20* DC, MD, VA: copago de \$25*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$50)	Sin cobertura
Nivel 2	70% (CA: máx. de \$50)* DC, MD, VA: (máx. de \$125)*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$100)	Sin cobertura
Nivel 3	CA: 70% (máx. de \$50)* DC, MD, VA: 55% (máx. de \$200)*	Sin cobertura	70% (CA: máx. de \$100)	Sin cobertura

*No aplica deducible

Telesalud

Para los miembros de Kaiser: obtenga la atención que necesita de la forma que desea. Puede programar una cita en línea en www.kp.org/getcare o a través de la aplicación de Kaiser Permanente. Puede ahorrarse un viaje a la consulta del médico para afecciones menores si programa una cita telefónica, se reúne cara a cara en línea en un consulta por video u recibe atención rápida en línea a través de una consulta virtual (E-visit). Para una consulta virtual, responda un breve cuestionario y un médico se comunicará con usted con un plan de atención, por lo general, dentro de dos horas.

Para los miembros de BCBS: encontrar la atención que necesita es rápido, fácil y conveniente con telesalud a través de Well Connection. Disponible como un beneficio cubierto con su plan médico de Blue Cross Blue Shield, Well Connection ofrece una alternativa práctica a una consulta médica presencial. Las consultas por video a través de Well Connection le permiten a usted y a sus familiares cubiertos consultar a un médico en línea para una serie de problemas, desde enfermedades y lesiones menores, afecciones crónicas e incluso problemas generales de salud y bienestar. La telesalud puede ser una alternativa menos costosa que la atención de urgencia o una visita a la sala de emergencias para ciertos servicios y puede proporcionar visitas de terapia limitadas con profesionales certificados. Y está disponible 24/7/365.

Comience

Descargue la aplicación Well Connection de la Tienda de Aplicaciones de Apple o Google Play, o visite www.wellconnection.com para usar su computadora en lugar de un dispositivo móvil.

- Cree una cuenta e inicie sesión.
- Elija el tipo de servicio: médico o del comportamiento.
- Elija un proveedor disponible.

Obtenga más información en www.bluecrossma.com/telehealth. Su clave de servicio es BCBSMA.

Defensor de la salud

A través de este programa, tiene acceso a un defensor de la salud personal. Expertos en trabajar con proveedores de atención médica, planes de seguros y otras organizaciones relacionadas con la salud, pueden ayudarlo a resolver problemas complejos y obtener la atención adecuada en el momento adecuado. Este programa es gratuito para todos los miembros del equipo.

Una llamada telefónica lo comunica con un defensor de la salud personal que puede ayudarlo a resolver una amplia gama de problemas clínicos, de reclamaciones, de cobertura y de facturación. Esto incluye:

- Buscar médicos, hospitales, dentistas y otros proveedores calificados y obtener segundas opiniones.
- Programar las citas más tempranas con los especialistas de difícil acceso; coordinar tratamientos y pruebas especializadas.
- Aclarar afecciones complejas; investigar las opciones de tratamiento disponibles.
- Resolver reclamaciones de seguros, descubrir errores de facturación y negociar acuerdos de pago.
- Responder preguntas sobre resultados de pruebas, tratamientos y medicamentos recomendados o recetados por el médico.
- Abordar los problemas de cuidado de ancianos; aclarar Medicare; localizar cuidado diurno para adultos, cuidado diurno para adultos y atención a largo plazo; investigar el transporte a las citas.
- Ayudar con necesidades especiales; encontrar servicios de apoyo para cuidadores, cuidados en el hogar, recursos de rehabilitación y cuidados paliativos.
- Ayudar a elegir el plan de seguro adecuado para usted y su familia.

Para acceder a un defensor de la salud, llame al 866-695-8622 o visite www.healthadvocate.com/members.



Cuentas de gastos y ahorros

Ahorre dinero en sus costos de atención médica y atención de dependientes mediante el uso de cuentas con ventajas impositivas que le permiten usar dinero antes de impuestos para pagar los gastos elegibles.

Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA)

Las HSA solo están disponibles con el plan con deducible de \$3,000 de Blue Cross Blue Shield of MA y Kaiser.

Características clave

- **Reciba una contribución de WinnCompanies** solo por abrir una cuenta HSA, incluso si no planea contribuir (consulte la sección Contribuciones a la HSA a continuación para obtener más detalles).
- **Funciona como una cuenta bancaria.** Usted decide cuánto contribuir a su HSA (hasta el máximo del IRS) y puede cambiar ese monto en cualquier momento. Acceda a los fondos de la cuenta para pagar los gastos de atención médica elegibles con su tarjeta de débito cuando reciba atención, o envíe una reclamación de reembolso por los pagos que haya realizado (hasta el saldo disponible en su cuenta).
- **Tiene ventaja impositiva.** No paga impuestos sobre las contribuciones realizadas con su salario o sobre los reembolsos de gastos médicos elegibles. Además, puede obtener intereses libres de impuestos sobre el saldo de su HSA.
- **Es su dinero.** Los fondos no utilizados se pueden transferir cada año. Una vez que su cuenta alcance un determinado saldo, podrá elegir cómo se invierte su dinero. Incluso puede llevarse la cuenta con usted si deja WinnCompanies, o guardarla para usarla durante la jubilación.

Tenga en cuenta que no califica para una HSA si:

- Está inscrito en Medicare o en TRICARE.
- Está cubierto por un seguro de salud que no sea un plan de salud con deducible alto elegible.
- No puede estar declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Tendrá acceso a fondos en una FSA para atención médica que se abrirá para usted u otro familiar, incluso bajo un período de gracia del año del plan anterior. Este es un período posterior al final del año del plan durante el cual puede continuar incurriendo en gastos para gastar el saldo restante de la cuenta.
- **Nota:** Si contribuía a una FSA en el 2022, todos los fondos se deben gastar a más tardar el 31 de diciembre de 2022 para tener una cuenta de ahorros para la salud en el 2023.

CONTRIBUCIONES A LA HSA

Para ayudarlo a iniciar su HSA, WinnCompanies contribuirá:

- Cobertura individual: \$500 al año
- Cobertura familiar: \$1,000 al año

La mitad de la contribución de WinnCompanies se depositará en enero y la mitad restante se depositará en julio. Debe estar contratado en el momento de la distribución para recibir contribuciones a la HSA de WinnCompanies.

Para el 2023, puede hacer contribuciones antes de impuestos de su salario hasta los siguientes montos, o hasta el monto máximo indexado anunciado por el IRS para el año del plan, si es diferente:

- Cobertura individual: \$3,850 al año
- Cobertura familiar: \$7,750 al año
- Si tiene 55 años o más, puede contribuir \$1,000 adicionales por año.

Los montos anteriormente señalados incluyen contribuciones de WinnCompanies y sus contribuciones, que no pueden exceder el monto máximo permitido definido por el IRS. Pueden aplicarse reglas de prorrateo.



Cuentas de gastos y ahorros

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Las cuentas de gastos flexibles ofrecen una excelente forma de ahorrar dinero en sus gastos de atención médica y cuidado de dependientes.

	FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA	FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
¿Tiene una HSA?	No es elegible para tener una FSA para atención médica si usted o WinnCompanies contribuyen a una HSA.	Elegible para una FSA para el cuidado de dependientes ya sea que contribuya o no a una HSA.
Gastos elegibles**	Gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos.	Cuidado de niños o ancianos para dependientes elegibles que le permitan a usted o a su cónyuge o pareja de hecho trabajar (los gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos no son elegibles para reembolso con esta cuenta).
Cómo se financia	- Las contribuciones por cheque de pago hasta \$2,850 por año (o al monto máximo indexado anunciado por el IRS para el año del plan, si es diferente). - El monto de su elección anual se realiza durante su período de inscripción. No puede cambiarlo a menos que tenga un evento de vida elegible durante el año (como matrimonio o el nacimiento de un bebé). - Su contribución anual total está disponible al comienzo del año del plan.	- Las contribuciones por cheque de pago hasta \$5,000 por año, por grupo familiar (o al monto máximo indexado anunciado por el IRS para el año del plan, si es diferente) para gastos de cuidado de dependientes o ancianos. - Su elección anual se realiza durante su período de inscripción. No puede cambiarlo a menos que tenga un evento de vida elegible durante el año (como el nacimiento de un bebé o un cambio en los gastos del cuidado de dependientes). - Sus fondos solo están disponibles después de que se han depositado en su cuenta cada período de pago.*
Fondos no utilizados	Se pueden transferir hasta \$570 del dinero no utilizado al próximo año del plan, siempre que se vuelva a inscribir en el beneficio. Los montos sobre \$570 se perderán. La transferencia mínima es de \$50 y cualquier fondo restante por debajo de \$50 se perderá. Todavía puede elegir la contribución máxima para el 2023.	Debe calcular sus gastos cuidadosamente antes de inscribirse porque los fondos no utilizados en su cuenta no se transfieren al final del año del plan y se pierden.
Cómo puede acceder	Recibirá una tarjeta de débito de beneficios que puede usar para pagar los gastos elegibles. O puede enviar reclamaciones para el reembolso de los gastos elegibles. NOTA: Solo recibirá una tarjeta de débito para todas sus cuentas compatibles con Mercer Marketplace 365+. Si ya posee una tarjeta de débito de Mercer Marketplace 365+ del 2022, no se deshaga de ella. Esta tarjeta de débito se usará para los beneficios del 2023.	

*Su contribución podría verse afectada por otros reembolsos y su estado civil para efectos de la declaración de impuestos. Consulte a su asesor fiscal para obtener más información.

**El IRS define los gastos elegibles.

Tenga en cuenta: No tiene que estar inscrito en un plan médico patrocinado por WinnBenefits para elegir una FSA.



Cuentas de gastos y ahorros

Acceda a sus cuentas en cualquier lugar

La aplicación móvil “Accounts by Mercer Marketplace” está disponible para las cuentas de gastos flexibles (FSA) para atención médica, cuentas de gastos flexibles para cuidado de dependientes, cuentas de ahorros para la salud y beneficios de transporte. Úsela para ver los saldos de las cuentas, cargar recibos, revisar los detalles del plan, ver la actividad de su cuenta y ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente.



Descargue la aplicación desde la Tienda de aplicaciones o Google Play. Una vez descargada, debe iniciar sesión con el nombre de usuario y la contraseña de su cuenta de gastos y ahorros que creó cuando abrió su cuenta. Estas credenciales de inicio de sesión pueden ser diferentes a las de su cuenta de inscripción de Mercer Marketplace 365+.

¿Qué son los gastos de atención médica elegibles?

Para ver una lista completa de los gastos elegibles, visite www.irs.gov y consulte la Publicación 502. Algunos ejemplos pueden incluir:

- Consultas médicas
- Medicamentos recetados
- Hospitalizaciones
- Terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia
- Atención odontológica y oftalmológica
- Análisis de laboratorio

Recordatorio: Conserve la documentación para respaldar el uso del dinero de estas cuentas para fines fiscales.

Consejos útiles

- ¿Intenta gastar el dinero de su FSA? Visite la tienda de la FSA para comprar artículos elegibles para la FSA en www.fsastore.com.
- Visite el sitio web de la calculadora de la FSA para ver cómo la participación en una FSA puede ayudarlo a pagar menos impuestos y aumentar su salario neto, en <https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/fsa-calculator>.



Cobertura médica complementaria: voluntaria

Unum

Los planes médicos complementarios permiten pagos en efectivo para ayudar a compensar el costo de un evento médico cubierto. Estos planes pagan de forma adicional a los beneficios de seguros médicos. *Los beneficios y las afecciones cubiertas varían de un estado a otro. Revise los documentos del plan para verificar los beneficios cubiertos.*

Enfermedad crítica

La recuperación de una enfermedad crítica suele acarrear importantes gastos, además de los médicos. El seguro por enfermedad crítica puede ayudar con los costos de tratamiento de las enfermedades críticas cubiertas y complementar su plan médico ayudando a pagar los gastos de bolsillo.

- Le paga directamente un beneficio en efectivo a tanto alzado si se le diagnostica una enfermedad crítica cubierta.
- Puede ser elegible para cobertura sin tener que responder preguntas de salud.
- Pago directo a usted luego del diagnóstico de una afección cubierta.
- Algunos ejemplos de afecciones cubiertas incluyen: cáncer, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos principales e insuficiencia renal en etapa terminal.
- Algunos programas ofrecen un incentivo de bienestar adicional.

Seguro de accidentes

El seguro de accidentes puede ayudarlo a recuperarse más rápido al brindarle beneficios en efectivo si sufre un accidente cubierto fuera del trabajo.

- Ejemplos de servicios cubiertos incluyen sala de emergencias, hospitalización, consultas médicas y fisioterapia.*
- Beneficios adicionales disponibles para algunas lesiones, como luxaciones, fracturas, quemaduras y laceraciones.*
- Le paga a usted directamente beneficios por cada incidente cubierto.

Indemnización hospitalaria

Una hospitalización puede causar graves contratiempos financieros debido a los costos médicos o a la pérdida de ingresos. El seguro de indemnización hospitalaria brinda beneficios para ayudar a pagar el hospital y otras facturas relacionadas con una enfermedad o lesión cubierta.

- Se otorgan beneficios por ingreso hospitalario y hospitalización diaria.*
- Cobre un beneficio a tanto alzado cada día que esté en el hospital.**
- No hay coaseguro, copagos, períodos de espera ni deducibles.

*No constituye una garantía de cobertura.

**Aplican límites.

Ejemplos de beneficios

Se selecciona una póliza médica complementaria



Tiene síntomas de una enfermedad crítica, resulta lesionado en un accidente o lo hospitalizan en el hospital



Recibe tratamiento de un médico o lo hospitalizan



Le diagnostican una enfermedad crítica, recibe tratamiento por lesiones o pasa varios días en el hospital



Presente una reclamación y reciba el pago directo de un beneficio en efectivo





Seguro odontológico

Metlife

Los controles odontológicos habituales y una buena higiene bucal son parte esencial de su salud y bienestar generales.



Palabras clave que debe saber:

Los ejemplos de servicio a continuación no son una garantía de cobertura; consulte los Documentos del plan para confirmar los servicios cubiertos.

Deducible: el monto que usted paga antes de que el plan comienza a pagar.

Beneficio máximo al año: el monto total que pagará el plan durante el año del plan.

Servicios preventivos: diseñados para prevenir o diagnosticar afecciones dentales, como evaluaciones orales, limpiezas de rutina, radiografías, tratamientos con flúor y sellantes.

Servicios básicos: restauraciones, algunas cirugías orales, endodoncia y periodoncia.

Servicios mayores: coronas, prótesis dentales, implantes y algunas cirugías orales.

Ortodoncia: enderezar o mover los dientes o mandíbulas desalineados con frenos o cirugía.

Resumen del plan odontológico

Los siguientes beneficios se incluyen en sus opciones de planes. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible.

	BÁSICO	MEJORADO
DEDUCIBLE ANUAL		
Individual	\$0	\$50
Familiar	\$0	\$150
BENEFICIO MÁXIMO		
Máximo anual	\$500	\$1,500
COBERTURA DE BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS		
Servicios preventivos	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*
Servicios básicos	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
Servicios mayores	Sin cobertura	El plan paga el 50%
ORTODONCIA		
Cobertura de beneficios	Sin cobertura	El plan paga el 50%
Máximo de por vida	Sin cobertura	\$2,000
Elegibilidad	Sin cobertura	Hijos elegibles hasta los 19 años

*No aplica deducible

Las disposiciones de beneficios dentro y fuera de la red son las mismas, pero se pueden aplicar de manera diferente para los servicios fuera de la red. Consulte los documentos del plan para ver información adicional.

Nota: Metlife no ofrece tarjetas de identificación. Cuando busque atención, proporcione su SSN a su proveedor para que puedan relacionarlo con su cobertura



Seguro oftalmológico

VSP

Los exámenes oftalmológicos habituales pueden ayudar a mantener la salud de sus ojos y, a la vez, controlar, prevenir y tratar problemas de visión fácilmente corregibles, que pueden causar un deterioro permanente de la visión.



Palabras clave que debe saber:

Copago: un monto que usted paga por un servicio cubierto cada vez que usa ese servicio.

Asignación por compra al por menor: asignación máxima que se paga para el costo de los materiales oftalmológicos; usted está obligado a pagar cualquier monto que exceda la asignación por compra al por menor.

Resumen del plan oftalmológico

Los siguientes beneficios dentro de la red se incluyen en sus opciones de planes. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada.

	BÁSICO		MEJORADO	
	COPAGO	FRECUENCIA	COPAGO	FRECUENCIA
Examen	\$10	1 cada 12 meses	\$10	1 cada 12 meses
Cristales	\$25	1 cada 12 meses	\$25	1 cada 12 meses
Prueba de lentes de contacto	No debe ser superior a \$60	1 cada 12 meses	No debe ser superior a \$60	1 cada 12 meses
	ASIGNACIÓN POR COMPRA AL POR MENOR	FRECUENCIA	ASIGNACIÓN POR COMPRA AL POR MENOR	FRECUENCIA
Monturas	Hasta \$175**	1 cada 24 meses	Hasta \$200**	1 cada 12 meses
Lentes de contacto*	Hasta \$150**	1 cada 12 meses	Hasta \$200**	1 cada 12 meses
MEJORAS DE LOS CRISTALES				
Progresivos estándar	Cobertura total	1 cada 12 meses	Cobertura total	1 cada 12 meses
Progresivos premium	De \$95 a \$105	1 cada 12 meses	Se cubren con un copago de \$50	1 cada 12 meses
Capa antirreflejo	Sin cobertura	Sin cobertura	Se cubren con un copago de \$25	1 cada 12 meses
Recubrimiento UV	Sin cobertura	Sin cobertura	Cobertura total	1 cada 12 meses

*Se proporciona cobertura de lentes de contacto en lugar de monturas y cristales.

**20% de descuento de cualquier monto por sobre la asignación por compra al por menor.

Nota: VSP no ofrece tarjetas de identificación. Cuando busque atención, proporcione su SSN a su proveedor para que puedan relacionarlo con su cobertura



Seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales

El seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales (Accidental Death and Dismemberment, AD&D) puede proporcionar una protección financiera importante para su familia.

Palabras clave que debe saber:

Seguro de vida: paga un beneficio tras el fallecimiento de una persona asegurada.

Seguro por muerte y desmembramiento accidentales: paga un beneficio en caso de fallecimiento accidental de una persona asegurada; también proporciona beneficios para determinados desmembramientos accidentales cubiertos.

Beneficiario: persona o entidad legal designada como beneficiario de los beneficios del seguro de vida y por AD&D.

Evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI): declaración que demuestra la elegibilidad de una persona para determinados montos de cobertura.

Emisión garantizada: un monto de seguro que no requiere evidencia de asegurabilidad.

Seguro de vida a término y por AD&D pagado por el empleador

Lincoln Financial

WinnCompanies le proporciona un seguro de vida a término para el empleado equivalente a dos veces su salario anual, sin costo alguno para usted. Visite www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits o www.winnbenefits.com para obtener más información

Seguro de vida a término pagado por el empleador opcional

Lincoln Financial

PLAN	DETALLES
Vida a término del empleado	Elija en incrementos de \$10,000, hasta cinco veces su salario o \$500,000*
Vida a término de cónyuge o pareja de hecho	Elija en incrementos de \$5,000, hasta \$250,000 sin exceder el 100% de la cobertura del empleado
Vida a término de hijo	Opciones de \$5,000 o \$10,000; la cobertura es de \$1,000 desde el nacimiento hasta los seis meses y termina a los 26 años†

*Puede aplicar reducción del beneficio por edad. Revise los documentos del plan para ver información adicional.

†Todos los niños elegibles tienen cobertura del seguro de vida a término de hijos.

Esta cobertura está vinculada a su empleo y suele terminar si deja la empresa. Sin embargo, es posible que se le ofrezca la oportunidad de conservar la cobertura por su cuenta con la misma compañía de seguros.



Seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales

Evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI):

Los montos del seguro de vida por encima de la cobertura de emisión garantizada pueden requerir una declaración de salud y la aprobación de la compañía de seguros.

¡No olvide seleccionar un beneficiario!

Elija un beneficiario para que reciba el pago de los beneficios de la póliza en caso de fallecimiento del asegurado. El empleado se nombra automáticamente como beneficiario de la cobertura de sus dependientes.

Seguro de vida permanente

Unum

El seguro de vida permanente ofrece la posibilidad de brindar protección financiera duradera para su familia. Usted es el dueño de la póliza y puede mantener su cobertura mientras continúe pagando la prima, incluso si cambia de empleador.

Cuando se inscriba, se le preguntará si le interesa este beneficio. Se proporcionará un enlace para que se inscriba o cambie su cobertura de vida permanente una vez que haya enviado sus otros beneficios. Nota: La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera una vez que ha completado sus elecciones, no mostrará inmediatamente la elección del seguro de vida permanente ni el costo de la cobertura.

Para el 2023, los empleados de WinnBenefits tienen la opción de agregar una nueva cláusula adicional de cuidado a largo plazo a sus pólizas de seguro de vida permanente. Importante: Los empleados que deseen agregar esta cláusula adicional deben elegir esta cobertura para el 2023 y estarán sujetos a evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI), como se indica anteriormente.



Seguro por incapacidad

Si queda incapacitado y no puede trabajar, el seguro por incapacidad puede reemplazar un porcentaje de su pérdida de ingresos para ayudarlo a continuar pagando sus gastos de subsistencia.



Palabras clave que debe saber:

Trabajo de forma activa: se considera que está trabajando de forma activa si realiza todas las tareas habituales y acostumbradas de su trabajo en el domicilio de su empleador (o en un lugar alternativo aprobado por su empleador). El uso del tiempo libre normal que proporciona su empleador no afecta su estado de trabajo de forma activa. Si no está trabajando debido a una enfermedad, una lesión o una licencia, no se considera que está trabajando de forma activa. Si no lo está, no puede inscribirse ni aumentar la cobertura de vida, incapacidad o médica complementaria.

Incapacidad a corto plazo: cuando no puede trabajar por un período debido a una enfermedad o lesión que lo incapacita, el seguro por incapacidad a corto plazo puede reemplazar un porcentaje de su pérdida de ingresos (hasta un beneficio semanal máximo) por un plazo definido por la póliza.

Incapacidad a largo plazo: cuando no puede trabajar por un período prolongado debido a una enfermedad o lesión que lo incapacita, el seguro por incapacidad a largo plazo puede reemplazar un porcentaje de su pérdida de ingresos (hasta un beneficio mensual máximo) por un plazo definido por la póliza.

Resumen de beneficios por incapacidad

Lincoln Financial

	SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO PAGADO POR EL EMPLEADO	SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO PAGADO POR EL EMPLEADOR
Beneficio proporcionado	60% del salario	50% del salario
Monto máximo del beneficio	\$750 por semana	\$12,000 por mes
Período máximo del beneficio (incluido el período de espera)	13 semanas (incluido el período de eliminación)	Hasta que ya no se le considere incapacitado o cumpla la edad de jubilación normal
Período de eliminación	14 días por accidente/enfermedad	90 días

Si es elegible para cobertura a través de un plan estatal y está inscrito en el plan voluntario de incapacidad a corto plazo, el monto de su beneficio se reducirá por cualquier fuente de ingresos, como el beneficio estatal, mientras esté incapacitado.

Miembros del equipo corporativo: revise su cobertura de incapacidad a corto plazo en MM365+



Beneficios adicionales

WinnCompanies brinda acceso a una variedad de programas adicionales que pueden ayudarlo a ahorrar dinero y brindar asistencia importante con las necesidades diarias. Para ver información detallada de los beneficios, inicie sesión en www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits y visite la página de documentos del sitio.

Protección por robo de identidad

Protección de identidad Allstate (Allstate Identity Protection, AIP)

Este beneficio le ofrece la solución más integral para combatir los problemas actuales de fraude de identidad. Los beneficios incluyen:

- Alertas de supervisión de identidad y crédito para descubrir fraudes rápidamente.
- Un informe de crédito anual y un puntaje cada mes, lo que facilita el control de su crédito.
- Supervisión de redes sociales para proteger contra el acoso cibernético y el daño a la reputación dentro de los sitios.
- Una billetera digital para almacenar de forma segura documentos y tarjetas de crédito con un servicio de reemplazo de billetera perdida.
- Supervisión de umbral para ver y administrar las transacciones financieras de todas sus cuentas en un solo lugar.

Plan legal

MetLife® Legal

La búsqueda de un abogado asequible puede ser un desafío. Este plan lo ayuda a encontrar representación legal para usted y su familia en asuntos legales que incluyen:

- Planificación de testamentos y patrimonial
- Derecho de familia (cambio de nombre, adopción)
- Protección al consumidor (reparación de automóvil, fraude al consumidor)
- Asuntos del tribunal de menores (incluye asuntos penales)
- Asuntos relacionados con deudas (quiebra, auditorías fiscales)
- Asuntos de leyes relativas a personas mayores (consultas, revisión de documentos)
- Asuntos inmobiliarios y de vivienda (compra o venta de una vivienda, depósitos de garantía)

El plan es fácil de usar, sin copagos, deducibles ni períodos de espera.

Beneficios de transporte *¡Se pueden cambiar todos los meses!*

Los beneficios de transporte pueden reducir sus costos al usar dinero antes de impuestos para pagar gastos de transporte elegibles, como pases de tránsito y estacionamiento. Usted decide cuánto contribuir y el dinero se deducirá automáticamente de su cheque de pago y se colocará en una tarjeta de débito para su uso.

Sus beneficios de transporte se cargarán en la misma tarjeta que cualquier otra cuenta de ahorros o gastos que tenga con Mercer Marketplace 365+. Puede actualizar sus beneficios de transporte en cualquier momento del año. Los cambios entrarán en vigencia el primero del mes siguiente.



Beneficios adicionales

Seguro de automóvil/vivienda *¡Se puede elegir todo el año!*

Farmers GroupSelectSM

La mayoría de los expertos en seguros de automóviles y viviendas sugieren que revise su cobertura anualmente para asegurarse de obtener la mejor cobertura para sus tarifas.

La compra de seguros de automóviles y viviendas a través de Mercer Marketplace 365+ podría brindarle ahorros de hasta un 15%. Farmers GroupSelect le brinda acceso a una variedad de pólizas de seguro personal, que incluyen automóvil, vivienda*, condominio*, vivienda de alquiler del arrendador, casa móvil, inquilinos, vehículos recreativos, embarcaciones y exceso de responsabilidad personal.

Puede elegir un seguro de automóvil/vivienda durante la inscripción abierta o durante todo el año. Visite el enlace que se proporciona en www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits para inscribirse. El pago está disponible mediante facturación directa.

Nota: La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera una vez que ha completado sus elecciones de 2023, no mostrará inmediatamente la elección del seguro de automóvil/vivienda ni el costo de la cobertura.

*En Florida no se ofrece cobertura de vivienda y condominio. Existen restricciones en las zonas costeras y planes de gestión de la volatilidad (es decir, incendios forestales) en estados de EE. UU., como Massachusetts, California y Louisiana.

Seguro para mascotas *¡Se puede elegir todo el año!*

Nationwide Pet®

Las mascotas son impredecibles. Si bien es difícil anticipar accidentes y enfermedades, el seguro Nationwide Pet hace que sea un poco más fácil estar preparado para ellos. Nationwide Pet proporciona cobertura para incidentes médicos inesperados y significativos al brindar protección a sus mascotas cuando usted la necesite. Las pólizas de Nationwide Pet cubren muchos problemas médicos y afecciones relacionados con accidentes y enfermedades, incluido cáncer. Puede recurrir a cualquier veterinario del mundo, incluso a especialistas y proveedores de atención de urgencia. Y lo mejor de todo es que los participantes de Mercer Marketplace 365+ reciben precios preferenciales.

Se proporcionará un enlace para que se inscriba o cambie su cobertura del seguro para mascotas una vez que haya enviado sus otros beneficios principales. **Nota:** La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera una vez que ha completado sus elecciones del 2023, no mostrará inmediatamente la elección del seguro para mascotas ni el costo de la cobertura.

Descuento para los miembros del equipo *¡Disponible todo el año!*

PerkSpot

PerkSpot es una ventanilla única para obtener descuentos exclusivos en muchos de sus comercios nacionales y locales favoritos. Es completamente gratuito y está optimizado para su uso en cualquier dispositivo: computadoras de escritorio, tabletas y teléfonos. Aproveche las ofertas en línea y descubra descuentos en su vecindario con el mapa local simplificado de PerkSpot. Filtre los resultados del mapa por categorías como restaurantes, salud y acondicionamiento físico, comercios y más.

Suscríbase al correo electrónico semanal de PerkSpot para recibir una exclusiva selección de descuentos. El correo electrónico de cada semana presenta ofertas nuevas y populares, así como ofertas de temporada, de vacaciones y de grupos.



Wellbeing at Winn

Mercer Marketplace 365+ no administra los siguientes beneficios, pero sí los ofrece WinnCompanies.

Wellbeing @ Winn



Como miembro del equipo de Winn, tiene acceso a muchos programas para ayudar a su bienestar.

Lo animamos a que

revise estos programas y aproveche aquellos que le interesen.

Puede encontrar más información acerca de estos programas en Winntranet.

Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP)

Learn to Live

Fondo de Ayuda para Empleados de Winn (Winn Employee Relief Fund, WERF)

Telesalud a través de BCBS y Kaiser

Boletín mensual de Wellbeing @ Winn

Programa de banca e inversión de Bank of America

Defensor de la salud

Aplicación Calm and My Strength

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Su EAP está diseñado para ayudarlos a usted y su familia a llevar una vida más feliz y productiva en el hogar y en el trabajo. Llame para tener acceso confidencial a un asesor profesional con licencia que pueda ayudarlo. Siempre a su lado: apoyo de expertos 24/7.

UN ASESOR PROFESIONAL CON LICENCIA PUEDE AYUDARLO CON	PREGUNTE A NUESTRO ESPECIALISTA EN VIDA LABORAL/PERSONAL SOBRE:
- Estrés, depresión, ansiedad - Problemas de relación, divorcio - Estrés laboral, conflictos laborales - Problemas familiares y de crianza	- Cuidado de niños y adultos mayores - Preguntas legales - Robo de identidad - Servicios financieros, gestión de deudas, problemas con informes de crédito. - Y más...

El EAP les brinda a usted y a sus familiares hasta tres consultas con un asesor profesional con licencia. Un servicio adicional incluye remisiones para atención adicional.

Learn to Live

Si es miembro de BCBSMA, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a este programa en línea gratuito que lo ayuda a usted y a sus familiares, mayores de 13 años, a controlar el estrés, la depresión, la ansiedad, el insomnio, el consumo de sustancias y más. Learn to Live es un programa autodidáctico basado en los principios de la terapia cognitiva conductual. Incluso tiene acceso a hablar con asesores por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto, si lo desea. Comience en learntolive.com/partners e ingrese el código WELLNESS.



Wellbeing at Winn

401(k) y Fidelity

WinnCompanies ofrece a los miembros del equipo la oportunidad de invertir para la jubilación haciendo deducciones de nómina antes o después de impuestos. A través de Fidelity, puede diferir hasta el 70% de su salario, hasta \$20,500 en el 2023 (las personas mayores de 50 años pueden aportar \$6,500 adicionales por año). Con un programa de inscripción automática de la empresa al 4%, WinnCompanies igualará el 50% de su contribución hasta el 3% de sus ingresos.

Fidelity ofrece seminarios web grabados y en vivo, calculadoras de deuda e inversión y acceso gratuito a asesores financieros.

Fondo de Ayuda para Empleados de Winn (WERF)

El Fondo de Ayuda para Empleados de Winn (WERF) es una organización benéfica certificada 501(c)(3), creada para ayudar a los miembros del equipo de WinnCompanies a hacer frente a dificultades inesperadas que generan una tensión financiera indebida para ellos y sus familias.

Elegibilidad

Los empleados de planta de WinnCompanies que trabajan a tiempo completo o parcial que hayan completado 90 días de servicio en WinnCompanies son elegibles para obtener subvenciones de Winn Employee Relief Fund, Inc. Los empleados que están con una licencia aprobada también pueden calificar.

Cómo presentar una solicitud

Si ha experimentado dificultades y cree que califica para recibir fondos, puede descargar la solicitud en winnrelief.org. Tenga en cuenta que, si bien la pandemia de COVID-19 ha trastornado muchas de nuestras vidas, no podemos respaldar las solicitudes relacionadas con el COVID-19.

Cómo ayudar

Las donaciones que se hacen al Fondo se consideran contribuciones caritativas deducibles de impuestos. Las subvenciones proporcionadas por el Fondo se consideran donaciones libres de impuestos.

- **Cheque:** Si desea donar mediante un cheque, extiéndalo a nombre de "Winn Employee Relief Fund, Inc." y envíelo por correo a Winn Employee Relief Fund, One Washington Mall, Suite 500, Boston, MA 02108.
- **En línea:** El Fondo acepta donaciones por Internet mediante tarjeta de crédito, PayPal, Apple Pay, Google Pay y transferencia bancaria de ACH. Los donantes por Internet tienen la opción de pagar una pequeña tarifa administrativa asociada con estos servicios. De lo contrario, se cobrará al Fondo una tarifa por cada transacción. A los donantes que usen la transferencia bancaria de ACH se les dirigirá a Plaid, un servicio de transferencia bancaria seguro y encriptado.
- **Donaciones de nómina:** Los miembros del equipo de WinnCompanies pueden hacer donaciones una vez o donaciones recurrentes al Fondo de Ayuda mediante deducción de nómina. Incluso unos pocos dólares de cada cheque de pago se sumarán con el tiempo. Se puede encontrar una ayuda de trabajo sobre cómo configurar una deducción de nómina en la sección "Documentos de Recursos Humanos" de Wintranet y en la sección "Formularios" del portal Dayforce para miembros del equipo. Las deducciones de nómina son deducibles de impuestos.



Contribuciones de los miembros del equipo

Las siguientes tarifas son contribuciones de los empleados por período de

Cobertura médica <i>BCBS of MA</i>	Plan con deducible de \$1,250 con copagos	Plan con deducible de \$1,850 con copagos	Plan con deducible de \$3,000 con HSA	Plan HMO con deducible de \$900 (Kaiser)	Plan con deducible de \$3,000 (Kaiser)
<u>Salario de \$75,000 o menos</u>	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal
Individual	\$101.50	\$76.28	\$48.39	\$72.40	\$29.24
Empleado + 1	\$238.54	\$178.52	\$122.73	\$167.58	\$77.83
Empleado + 2 o más	\$393.82	\$294.08	\$202.16	\$268.75	\$123.15
<u>Salario de \$75,001 o más</u>	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal
Individual	\$110.48	\$87.10	\$48.39	\$80.04	\$29.24
Empleado + 1	\$267.40	\$210.17	\$146.82	\$191.40	\$97.74
Empleado + 2 o más	\$429.26	\$334.30	\$231.04	\$296.67	\$145.61
Las contribuciones anteriormente indicadas no incluyen los siguientes descuentos y recargos que puedan aplicar: • Descuento en evaluación de salud personal (Personal Health Assessment, PHA): \$11.54 quincenalmente/\$5.77 semanalmente/\$25 mensualmente (\$300 al año). • Recargo conyugal (si el cónyuge/pareja de hecho es elegible para tener otra cobertura de salud): \$23.08 quincenalmente/\$11.54 semanalmente/\$50 mensualmente (\$600 al año). • Consulta preventiva de bienestar					

Cobertura odontológica <i>MetLife</i>	Plan básico		Plan mejorado	
	Quincenal	Semanal	Quincenal	Semanal
Individual	\$2.95	\$1.47	\$4.98	\$2.49
Empleado + 1	\$7.45	\$3.73	\$11.12	\$5.56
Empleado + 2 o más	\$10.81	\$5.40	\$15.56	\$7.78

Cobertura oftalmológica <i>VSP</i>	Plan básico		Plan mejorado	
	Quincenal	Semanal	Quincenal	Semanal
Individual	\$2.08	\$1.04	\$4.68	\$2.34
Empleado + 1	\$4.36	\$2.18	\$9.82	\$4.91
Empleado + 2 o más	\$7.01	\$3.51	\$15.80	\$7.90



Información de contacto

Encontrará mucha información acerca de los planes de beneficios de WinnCompanies en el sitio web de Mercer Marketplace 365+. Sin embargo, puede usar esta tabla si necesita comunicarse directamente con un proveedor de beneficios. Tenga en cuenta que es posible que algunos sitios web y números de teléfono no estén disponibles hasta que sus beneficios entren en vigencia.

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Ayuda con la inscripción	Centro de beneficios de Mercer Marketplace 365+	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Cobertura médica y de medicamentos recetados	Blue Cross Blue Shield of MA	800-782-3675	www.bluecrossma.com
	Kaiser	D.C. Área metropolitana: 1-301-468-6000 Fuera del área metropolitana de D.C.: 1-800-777-7902	www.kp.org
Cuentas de gastos y ahorros	Mercer Marketplace 365+	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Plan médico complementario (Accidente, enfermedad crítica indemnización hospitalaria)	Unum	800-275-8686 Opción 1	www.unum.com
Cobertura odontológica	Metlife	800-GET-MET8	www.metlife.com
Cobertura oftalmológica	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Seguro de vida a término y por AD&D	Lincoln Financial	www.mylincolnportal.com	
Seguro de vida permanente	Unum	www.unum.com	
Incapacidad	Lincoln Financial	www.mylincolnportal.com	
Seguro contra el robo de identidad	Allstate Identity Protection	800-789-2720.	www.myaip.com/mercermarketpp
Legal	MetLife Legal	800-821-6400	www.legalplans.com Código de acceso: GETLAW
Transporte	Mercer Marketplace 365+	855-559-4515	www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits
Automóvil/vivienda	Farmers GroupSelect	800-438-6381	https://myautohome.farmers.com/
Seguro para mascotas	Nationwide Pet	855-525-1458	www.petbenefitsportal.com
Descuentos para miembros del equipo	PerkSpot	866-606-6057	www.perkspot.com
Programa de asistencia al empleado (EAP)	Lincoln Financial	888-628-4824	www.guidanceresources.com
Defensor de la salud	Defensor de la salud	866-695-8622	www.healthadvocate.com/members



Avisos legales

WINNCOMPANIES SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR, ENMENDAR O RESCINDIR CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO Y POR CUALQUIER MOTIVO. LA PARTICIPACIÓN EN UN PLAN DE BENEFICIOS NO CONSTITUYE UNA PROMESA NI GARANTÍA DE EMPLEO FUTURO. LA RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE BENEFICIOS NO CONSTITUYE ELEGIBILIDAD. ESTOS AVISOS NO SE APLICAN A LOS BENEFICIOS QUE SU EMPLEADOR OFRECE FUERA DE MERCER MARKETPLACE 365+.

La Guía de decisión de beneficios, en conjunto con estos avisos legales, contiene una descripción general de los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. En todos los casos rigen los documentos oficiales de los planes y esta Guía de decisión de beneficios no es, ni se debe considerar, un documento rector. En caso de discrepancia entre la información presentada en la Guía de decisión de beneficios y los documentos oficiales de los planes, regirán estos últimos.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES SUSTANTIVAS

La guía de inscripción constituye un Resumen de las modificaciones sustantivas (Summary of Material Modifications, SMM) o Resumen de las reducciones sustantivas (Summary of Material Reductions, SMR), conforme corresponda, a la descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD) del plan de bienestar del grupo de gestión de WINN. Su objetivo es complementar o reemplazar determinada información en el SPD, así que consérvela para consulta en el futuro junto con su SPD. Comparta estos materiales con sus familiares cubiertos.

RESUMEN DE COBERTURA DE BENEFICIOS

Hay disponible un Resumen de cobertura de beneficios (Summary of Benefits Coverage, SBC) para cada plan médico patrocinado por el empleador en www.mercermarketplace365plus.com/WinnBenefits. También puede solicitar una copia impresa llamando a Mercer Marketplace 365+.

FUNCIÓN Y REMUNERACIÓN DE MERCER

Mercer Health & Benefits LLC facilita la colocación de coberturas de seguros a nombre de sus clientes.

Mercer recibe remuneración a través de comisiones que se calculan como un porcentaje de las primas de seguros que cobran las aseguradoras. Esta remuneración puede incluir el pago de las aseguradoras por concepto de gastos relacionados con marketing, inversiones tecnológicas u honorarios por servicios. Nuestra remuneración puede variar según el tipo de seguro adquirido, la aseguradora seleccionada y otros factores como el volumen, crecimiento o retención de la cartera de Mercer con la aseguradora o el proveedor de servicios.

Puede obtener más información relacionada con nuestra remuneración mediante el envío de un correo electrónico a mercermarketplace.compensation@mercer.com.

TRIBUTACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

La tributación de ciertos beneficios puede variar a nivel local, estatal y federal. Debe consultar a su asesor fiscal si tiene alguna pregunta sobre el tratamiento adecuado de los beneficios.

AVISO IMPORTANTE DE WINNCOMPANIES ACERCA DE LA COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se detalla a continuación en los planes médicos de WinnCompanies pague, en promedio, al menos tanto como pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare en el 2023. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante el año 2023 indicada en este aviso y están cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujetos a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso con sus documentos importantes.

Si usted o sus familiares no tienen cobertura de Medicare actualmente y no tendrán cobertura de Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a su caso.

Lea atentamente el siguiente aviso. Tiene información acerca de la cobertura de medicamentos recetados con WinnCompanies y la cobertura de medicamentos recetados disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo podría afectarle. La cobertura de medicamentos recetados está disponible con Medicare a través de todos los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando son elegibles por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que abandonan la cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un período de inscripción especial de Medicare.

Si está cubierto por uno de los planes de medicamentos recetados de WinnCompanies indicados a continuación, le interesará saber que la cobertura de medicamentos recetados bajo el plan es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para el 2023. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura de uno de estos planes le ayudará a evitar la multa por inscripción tardía de la Parte D si es o llega a ser elegible para Medicare y más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Plan PPO con deducible de \$1,250 de Blue Cross Blue Shield of MA
- Plan PPO con deducible de \$1,850 de Blue Cross Blue Shield of MA
- Plan HSA con deducible de \$3,000 de Blue Cross Blue Shield of MA
- Plan con deducible de \$900 de Kaiser
- Plan HSA con deducible de \$3,000 de Kaiser

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empresa. En este caso, el plan de WinnCompanies seguirá pagando la cobertura principal o secundaria como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o cancela la cobertura de WinnCompanies, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan de la empresa en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan de WinnCompanies, suponiendo que siga siendo elegible.

Debe saber que si renuncia o abandona la cobertura con WinnCompanies y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción de Medicare aplicable), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% mensual por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, la prima de su plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será al menos un 19% más alta que la que pagan la mayoría de las personas. Tendrá que pagar esta prima más alta mientras disponga de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para poder inscribirse en la Parte D.

Es posible que reciba este aviso en otros momentos en el futuro, por ejemplo, antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de WinnCompanies cambia, o si usted lo solicita.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SUS OPCIONES DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

En el manual *Medicare y usted* encontrará información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Los participantes de Medicare recibirán anualmente por correo una copia de dicho manual. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen directamente con usted. Puede obtener más información acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare de la siguiente manera:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa estatal de asistencia con el seguro de salud (el número de teléfono se encuentra en el manual *Medicare y usted*) o visite el programa en línea, en <https://www.shiptacenter.org>.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En el caso de las personas con ingresos o recursos limitados, tenemos disponible una ayuda adicional para pagar el plan de medicamentos recetados de Medicare. La Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) posee información acerca de esta ayuda adicional. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de la SSA en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción aplicable en Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta de la Parte D.

Para obtener más información acerca de este aviso o de su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con:

WinnCompanies
Human Resources Department - Benefits
One Washington Mall, Suite 500
Boston, MA 02108
617-239-4537
tzuluago@winnco.com

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL PARA LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD

Si ha rechazado la inscripción en el plan de salud de WinnCompanies para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas de estos planes sin esperar el próximo período de inscripción abierta, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a dicho matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

WinnCompanies también brindará una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) debido a que ya no son elegibles, o
- Pasan a ser elegibles para un programa de asistencia con las primas en Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, dispone de 60 días (en lugar de 30) a partir de la fecha del cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud colectivo de WinnCompanies. Tenga en cuenta que esta excepción de 60 días no se aplica a oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente tiene derecho a una inscripción especial, puede agregarlo a su cobertura actual o cambiarse a otro plan médico.

Para solicitar una inscripción especial conforme a la HIPAA basada en los eventos descritos anteriormente u obtener más información, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos, Beneficios, al 617-239-4537 o a tzuluaga@winnco.com.

Durante la declaración de emergencia nacional de COVID, en algunos casos, es posible que pueda solicitar una inscripción especial conforme a la HIPAA fuera del período de 30 días mencionado anteriormente. Si ha tenido un evento de inscripción especial conforme a la HIPAA (como se describe anteriormente) y desea solicitar una inscripción especial conforme a la HIPAA fuera del plazo de 30 días, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos, Beneficios, al 617-239-4537 o a tzuluaga@winnco.com. Tenga en cuenta que la posibilidad de solicitar una inscripción especial conforme a la HIPAA fuera del plazo de 30 días es temporal y puede dejar de aplicarse en función del estado de la declaración de emergencia nacional de COVID. Además, la oportunidad de inscripción extendida se determina de manera individual y es posible que no se aplique según sus circunstancias específicas.

AVISO DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, puede tener derecho a algunos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine tras consultar con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se haya realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, como edemas linfáticos.

Estos beneficios estarán supeditados a los mismos deducibles y coaseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrecen en este plan. Si desea obtener más información acerca de los beneficios de la WHCRA, llame a su aseguradora médica al número de teléfono indicado al reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para una hospitalización relacionada con un parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una hospitalización que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información acerca de los beneficios de maternidad, llame a su aseguradora médica al número de teléfono indicado al reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO DE LA LEY MICHELLE

COBERTURA MÉDICA AMPLIADA PARA DEPENDIENTES DURANTE LICENCIAS MÉDICAS ESTUDIANTILES

El plan de WinnCompanies puede extender la cobertura médica para los hijos dependientes si pierden la elegibilidad para la cobertura debido a una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria (incluido un instituto superior o la universidad). La cobertura puede continuar hasta por un año, a menos que la elegibilidad del niño finalice antes por otro motivo.

La cobertura extendida está disponible si la licencia de la escuela de un niño, o un cambio en el estado de la matrícula escolar (por ejemplo, cambiar de tiempo completo a tiempo parcial), comienza mientras el niño tiene una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario, y de otra manera hace que finalice la elegibilidad para la cobertura del estudiante bajo el plan. Puede exigirse un certificado por escrito del médico del niño en el que se indique que padece una enfermedad o lesión grave y que la licencia es médicamente necesaria.

Si la cobertura que brinda el plan se modifica durante este período de un año, el plan proporcionará la cobertura modificada durante el resto de la licencia.

Si su hijo pierde la elegibilidad para cobertura debido a una licencia médicamente necesaria de la escuela y usted quiere que su cobertura se extienda, llame a Mercer Marketplace 365+ al 855-559-4515 tan pronto como WinnCompanies reconozca la necesidad de la licencia. Asimismo, comuníquese con el plan de salud de su hijo para verificar si alguna ley estatal que exija la ampliación de la cobertura puede aplicarse a sus beneficios.

AVISO DE AYUDA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia en el pago de las primas que lo ayude a pagar la cobertura con 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 ayuda para el pago de las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay disponible ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, llame a la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, 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 ayuda para el pago de las primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles en virtud del plan de su empleador, este último debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y deberá solicitar cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que es elegible para recibir ayuda para el pago de las primas. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para obtener ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese en su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Servicio de Retransmisión del estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Servicio de Retransmisión del estado 711 Programa de compra de seguro de salud (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-censura-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
AK Health Insurance Premium Payment (Pago de prima de seguro de salud) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: (678-564-1162) 1, presione 2 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos recursos de 19 a 64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todo el resto de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562 HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPProgram@mt.gov
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky Sitio web (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
LOUISIANA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	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. 5218
MAINE – Medicaid	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de Retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de Retransmisión de Maine 711	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
OREGON – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
DAKOTA DEL SUR – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	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 ayuda para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2022 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de
Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de servicios de Medicaid y Medicare
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

AVISO DE PRIVACIDAD SEGÚN LA HIPAA DE WINNCOMPANIES

Lea atentamente este aviso. Describe la forma en la que su información médica se puede usar y divulgar y la manera en la que usted puede tener acceso a dicha información.

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) impone una serie de requisitos sobre el uso y la divulgación de información de salud individual por parte de los planes de salud de WinnCompanies. Esta información, conocida como información de salud protegida, incluye casi toda la información de salud de identificación personal en poder de un plan, ya sea que se reciba por escrito, en un medio electrónico o como comunicación verbal. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: Cuenta de gastos flexibles para atención médica de WinnCompanies. Los planes que cubre este aviso pueden compartir información de salud entre sí para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. En este aviso, a estos planes en conjunto se les denomina el Plan, a menos que se especifique lo contrario.

LAS OBLIGACIONES DEL PLAN CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su información de salud y que le proporcione este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente de la aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican al Plan, no a WinnCompanies como empleador; así funcionan las normas de la HIPAA. Se pueden aplicar diferentes políticas a otros programas de WinnCompanies o a datos no relacionados con el Plan.

DE QUÉ MANERA EL PLAN PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las normas de privacidad suelen permitir el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso (lo que se conoce como autorización) para fines de tratamiento médico, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- El tratamiento incluye proporcionar, coordinar o gestionar la atención médica por parte de uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de atención entre un proveedor y un tercero, y consultas y remisiones entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información de salud con los médicos que lo están tratando.
- El pago incluye actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones en materia de cobertura y reembolsar por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar los servicios para determinar si son necesarios o apropiados desde el punto de vista médico, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamaciones y facturación; así como realizar funciones de plan “detrás de escena”, tales como ajuste por riesgo, cobranza o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de beneficios.
- Las operaciones de atención médica incluyen actividades del Plan (y, en casos limitados, de otros planes o proveedores), como programas de bienestar y de evaluación de riesgos, actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; la participación en actividades de certificación, capacitación y acreditación; realización de suscripción o calificación de primas; organización de actividades de auditoría y revisión médica; y planificación y desarrollo de negocios. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamaciones para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, se restringirá al mínimo necesario para lograr los fines previstos, según se define en las normas de la HIPAA. Si el Plan usa o divulga información de salud personal (Personal Health Information, PHI) para fines de suscripción, no usará ni divulgará PHI que corresponda a su información genética para tales fines.

CÓMO EL PLAN PUEDE COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD CON WINNCOMPANIES

El Plan, o su aseguradora de salud u Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), puede divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a WinnCompanies para fines de administración del plan. WinnCompanies puede necesitar su información de salud para administrar los beneficios del Plan. WinnCompanies acepta no usar ni divulgar su información de salud más allá de lo permitido o exigido por los documentos del Plan y por la ley. Los empleados de Recursos Humanos son los únicos empleados de WinnCompanies que tendrán acceso a su información de salud para las funciones de administración del plan.

Así es como se puede compartir información adicional entre el Plan y WinnCompanies, según lo permitido por las normas de la HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar “información de salud resumida” a WinnCompanies, si se solicita, con el propósito de obtener ofertas de primas para brindar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o cancelar el Plan. La información de salud resumida es información que resume la información de reclamaciones de los participantes, de las que se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar a WinnCompanies información sobre si una persona participa en el Plan o se ha inscrito o anulado su inscripción en una opción de seguro o HMO ofrecido por el Plan.

Además, debe saber que WinnCompanies no puede usar ni usará la información de salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por WinnCompanies de otras fuentes, por ejemplo, en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o los programas de indemnización laboral, no está protegida por la HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

OTROS USOS PERMITIDOS O DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

En algunos casos, su información de salud puede divulgarse sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. La información sobre su ubicación, estado general o fallecimiento se puede

proporcionar a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de ayuda en caso de desastres). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u objetar estas divulgaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud se puede divulgar sin autorización a su representante legal. El Plan también puede utilizar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las siguientes actividades:

- Indemnización laboral: la divulgación de información a los programas de indemnización laboral o programas legales similares que proporcionan beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin perjuicio de la causa, según lo autorizado y necesario para cumplir con las leyes.
- Necesario para prevenir una amenaza grave para la salud o seguridad: divulgaciones realizadas en la creencia de buena fe de que la divulgación de su información de salud es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluye la divulgación para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o detener a un individuo que ha admitido su participación en un delito violento que el Plan cree razonablemente que puede haber causado daños físicos graves a una víctima, o cuando parece que el individuo ha escapado de prisión o de custodia legal.
- Actividades de salud pública: divulgaciones autorizadas por la ley a personas que pueden estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar la enfermedad o denunciar una situación de abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para recopilar o denunciar eventos adversos o defectos de productos.
- Víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar: divulgaciones a las autoridades gubernamentales, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios de protección autorizadas por la ley para recibir denuncias de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar, según lo exija la ley o si usted está de acuerdo o el Plan cree que la divulgación es necesaria para evitar daños graves a usted o a posibles víctimas (se le notificará la divulgación del Plan si esta acción no lo pone en mayor riesgo).
- Procesos judiciales y administrativos: divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal (el Plan puede estar obligado a notificarle la solicitud o a recibir una garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud de que se hicieron esfuerzos para notificarle u obtener una orden de protección calificada con respecto a la información).
- Para propósitos de aplicación de la ley: divulgaciones a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o el proceso legal, o para identificar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo o una persona desaparecida; divulgaciones de información sobre una víctima de un delito si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para la actividad inmediata de las fuerzas encargadas de hacer cumplir la ley; divulgaciones de información sobre una muerte que pueda haber sido consecuencia de una conducta delictiva; y divulgaciones de información para aportar pruebas de una conducta delictiva en las instalaciones del Plan.
- Difuntos: divulgaciones a un forense o a un examinador médico para identificar a la persona fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores de funerarias para que lleven a cabo sus funciones.
- Donación de órganos, ojos y tejidos: divulgaciones a organizaciones para la obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos y el trasplante después del fallecimiento.
- Fines de investigación: divulgaciones sujetas a la aprobación de juntas de revisión de la privacidad institucionales o privadas, sujetas a ciertas garantías y declaraciones por parte de los investigadores sobre la necesidad de utilizar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación.
- Actividades de supervisión de la salud: divulgaciones a organismos de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de concesión de licencias) para la supervisión del sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales para los que la información de salud es relevante para la elegibilidad de los beneficiarios, y el cumplimiento de los programas normativos o las leyes de derechos civiles.
- Funciones gubernamentales especializadas: divulgaciones sobre personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo el correspondiente mando militar; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia o seguridad nacional; y divulgaciones sobre los reclusos a los centros penitenciarios o a las fuerzas del orden.
- Investigaciones del HHS: divulgaciones de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) para la investigación o determinación del cumplimiento del Plan con la norma de privacidad de la HIPAA.

Salvo conforme se describe en este aviso, solamente se realizarán otros usos y divulgaciones con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted sobre productos o programas si se le paga al Plan por realizar dichas comunicaciones. Si mantenemos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos su autorización en algunos casos antes de divulgar esos registros. El Plan nunca venderá su información de salud, a menos que usted nos haya autorizado para hacerlo. Puede revocar esta autorización según lo permitido por las normas de la HIPAA. No obstante, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya ha realizado. Se le notificará cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información de salud no protegida, tal como exige la ley.

El Plan le notificará si tiene conocimiento de que se ha producido una pérdida de su información de salud de una manera que pudiera comprometer la privacidad de dicha información.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información de salud que mantiene el Plan. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, que se comentan a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede ejercer cada derecho individual. Consulte la sección Contacto al final de este aviso para obtener información sobre cómo enviar solicitudes.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES SOBRE CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y EL DERECHO DEL PLAN A RECHAZAR

Usted tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, excepto para los usos o divulgaciones exigidos por la ley. Tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud a sus familiares, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como involucradas en su atención o en el pago de su atención. También tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de la información de salud para notificar a esas personas su ubicación, estado general o fallecimiento, o para coordinar esos esfuerzos con las entidades que ayudan en las tareas de ayuda en caso de desastre. Si quiere ejercer este derecho, debe solicitarlo al Plan por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el Plan está de acuerdo, una restricción puede ser rescindida posteriormente mediante su solicitud por escrito, a través de un acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo verbal), o unilateralmente por el Plan para la información de salud creada o recibida después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información de salud sobre usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha acordado una restricción.

Una entidad cubierta por estas normas de la HIPAA (como su proveedor de atención médica) o su colaborador debe cumplir con su solicitud de que la información de salud relacionada con un artículo o servicio de atención médica específico no se divulgue al Plan con fines de pago u operaciones de atención médica si usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad el artículo o servicio.

DERECHO A RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Si usted considera que la divulgación de su información de salud por los medios habituales podría ponerlo en peligro de alguna manera, el Plan atenderá las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información de salud del Plan por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si desea ejercer este derecho, debe presentar su solicitud por escrito al Plan y debe incluir una declaración que indique que la divulgación de la totalidad o de una parte de la información podría ponerlo en peligro.

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un "conjunto de registros designados". Esto puede incluir registros médicos y de facturación que se mantienen para un proveedor de atención médica; sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y gestión de casos o médicos que mantiene un plan; o un grupo de registros que el Plan utiliza para tomar decisiones sobre las personas. Sin embargo, usted no tiene derecho a inspeccionar ni a obtener copias de notas de psicoterapia o información recopilada para procesos civiles, penales o administrativos. El Plan puede denegar su derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias, usted puede solicitar una revisión de la denegación.

Si quiere ejercer este derecho, debe solicitarlo al Plan por escrito. Dentro de los 30 días siguientes a su solicitud (60 días si no se puede acceder a la información de salud en el sitio), el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

- El acceso o las copias que solicitó.
- Una denegación por escrito en la que se explique por qué se ha denegado su solicitud y los derechos que pueda tener a que se revise la denegación o a presentar una queja.
- Una declaración por escrito en la que se indique que el plazo de revisión de su solicitud se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud.

Puede solicitar que su información de salud se envíe a otra entidad o persona, siempre que la solicitud sea clara, conspicua y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación de la información en lugar de acceso o copias de su información de salud, si usted lo acepta por adelantado y paga las tarifas correspondientes. El Plan también puede cobrar tarifas razonables por las copias o los gastos de envío. Si el Plan no mantiene la información de salud, pero sabe dónde se mantiene, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de salud en una forma y formato fácil de producir por el Plan. Asimismo, puede solicitar que dicha información de salud electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que la solicitud sea clara, conspicua y específica. Cualquier cargo que se cobre por estas copias debe ser razonable y basarse en el costo del Plan.

DERECHO A ENMENDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD QUE ES INEXACTA O INCOMPLETA

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a solicitar que el Plan enmiende su información de salud en un conjunto de registros designados. El Plan puede denegar su solicitud por diversos motivos. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información de salud es precisa y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no forma parte del conjunto de registros designados o no está disponible para su inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información recopilada para procesos civiles, penales o administrativos).

Si desea ejercer este derecho, debe presentar su solicitud por escrito al Plan y debe incluir una declaración que respalde la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días posteriores a su solicitud, el Plan tomará una de estas medidas:

- Realizará la enmienda solicitada.

- Proporcionará una denegación por escrito en la que se explique por qué se ha denegado su solicitud y los derechos que pueda tener a no estar de acuerdo o a presentar una queja.
- Proporcionará una declaración por escrito en la que se indique que el plazo de revisión de su solicitud se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud.

DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que el Plan ha hecho. Esto a menudo se conoce como “informe de divulgaciones”. Por lo general, puede recibir este informe si la divulgación es exigida por la ley, en relación con actividades de salud pública, o en situaciones similares enumeradas en la sección Otros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud anteriormente en este aviso, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Puede recibir información sobre la divulgación de su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Usted no tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones realizadas en cualquiera de estas circunstancias:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- A usted acerca de su propia información de salud.
- En relación con otras divulgaciones permitidas o requeridas.
- Si se otorgó autorización.
- A familiares o amigos involucrados en su atención (en los casos en que la divulgación se permite sin autorización).
- Para fines de seguridad nacional o de inteligencia, o para instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en determinadas circunstancias.
- Como parte de un “conjunto de datos limitado” (información de salud que excluye determinada información de identificación).

Además, su derecho a un informe de divulgaciones a un organismo de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley se puede suspender a solicitud del organismo o del funcionario.

Si quiere ejercer este derecho, debe solicitarlo al Plan por escrito. Dentro de los 60 días siguientes a la solicitud, el Plan proporcionará una declaración por escrito en la que se indique que el plazo para entregar esta lista se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud. Puede realizar una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo para usted, pero el Plan puede cobrar una tarifa por las solicitudes posteriores. Se le notificará la tarifa por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO DEL PLAN SI LO SOLICITA

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de privacidad si lo solicita. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso por vía electrónica pueden solicitar una copia impresa en cualquier momento.

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE ESTE AVISO

El Plan debe registrarse por los términos del aviso de privacidad actualmente en vigencia. Este aviso entra en vigencia el 1° de enero de 2023. Si embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad, como se describe en este aviso, en cualquier momento y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud que el Plan mantiene. Esto incluye la información de salud que se haya creado o recibido previamente, no solo aquella que se cree o reciba después del cambio de la política. Si se hacen cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en este aviso, se le proporcionará un aviso de privacidad modificado.

QUEJAS

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad o que el Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales en virtud de la ley HIPAA, puede presentar una queja al Plan y a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos, Beneficios, al 617-239-4537 o a tzuluaga@winnc.com.

CONTACTO

Para obtener más información acerca de las políticas de privacidad del Plan o de sus derechos conforme a la HIPAA, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos, Beneficios, al 617-239-4537 o a tzuluaga@winnc.com.

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA DE SALUD

Nota: Las referencias al "mercado" en este aviso se refieren al mercado público federal de seguros de salud y no a Mercer Marketplace 365+.

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Este aviso proporciona información básica sobre el mercado y la cobertura de salud con base en el empleo que ofrece su empleador para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia.

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguros de salud privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

¿PUEDO AHORRAR DINERO EN MIS PRIMAS DE SEGUROS DE SALUD EN EL MERCADO?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de sus ingresos familiares.

¿LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADOR AFECTA LA ELEGIBILIDAD PARA LOS AHORROS DE PRIMAS A TRAVÉS DEL MERCADO?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en lo absoluto o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a otros miembros de su familia) es más del 9.12 % de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el "valor mínimo estándar" establecido por la Ley de Cuidado de la Salud Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal¹.

¹ Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos.

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del mercado en vez de aceptar la cobertura de salud ofrecida por parte de su empleador, entonces puede perder el aporte del empleador (si lo hubiera) para la cobertura ofrecida por parte del empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado para la cobertura ofrecida por parte del empleador, a menudo, se excluye de los ingresos para propósitos de impuestos estatales y federales. Sus pagos de cobertura a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información acerca de su cobertura ofrecida por parte de su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con el departamento de Recursos Humanos, Beneficios, al 617-239-4537 o a tzuluaga@winnc.com.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud e información de contacto de un mercado de seguros de salud en su área.

PARTE B: INFORMACIÓN ACERCA DE LA COBERTURA DE SALUD OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

Esta sección contiene información acerca de cualquier cobertura de salud ofrecida por parte de su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el mercado, se le pedirá que proporcione esta información,

1. Nombre del empleador	WinnCompanies	2. Número de identificación del empleador (EIN)		04-2582550	
3. Dirección del empleador	One Washington Mall, Suite 500	4. Teléfono del empleador		617-239-4537	
5. Ciudad	Boston	6. Estado	MA	7. Código postal	02108
8. ¿Con quién podemos comunicarnos con respecto a la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?		Human Resources Department - Benefits			
9. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		10. Dirección de correo electrónico		tzuluaga@winnc.com	

A continuación, se le presenta información básica acerca de la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados.

☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: Empleados de planta que trabajan 30 horas o más a la semana.

Con respecto a los dependientes:

☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: Cónyuge, pareja de hecho, hijo, hijastro e hijo de la pareja de hecho

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si está seleccionada, dicha cobertura cumple con el estándar de valor mínimo*, y el costo para usted de esta cobertura está destinado para que sea asequible, según los salarios de los empleados.

Incluso si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento de prima a través del mercado. El mercado usará los ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por hora o trabaja por comisión), si es un empleado nuevo a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento de prima.

Si decide comprar cobertura en el mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso.