

FORTALECIDOS PARA VIVIR BIEN

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE 2025



TELÉFONO | 833.824.2292



SITIO WEB | anthem.com/es



HORARIO | De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este



TELÉFONO | 877.840.6506



CORREO ELECTRÓNICO | WPC@wthg.com



HORARIO | De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este

COBERTURA MÉDICA Y MEDICAMENTOS RECETADOS: ANTHEM (HSA CON HEALTHEQUITY)

BENEFICIO	PLAN HSA SELECT	PLAN HSA CHOICE
APORTACIÓN ANUAL DE LA EMPRESA A TU HSA Pago trimestral, prorrateado para nuevos empleados	Empleado solamente: \$1,000 Grupo familiar: \$2,000	Empleado solamente: \$750 Grupo familiar: \$1,500
DEDUCIBLE El dinero de tu HSA se puede usar para pagar tu deducible	Empleado solamente: \$1,650 Grupo familiar: \$3,300	Empleado solamente: \$2,650 Grupo familiar: \$5,300
COSEGURO	Dentro de la red: Worthington paga el 80 %/tú pagas el 20 % Fuera de la red: Worthington paga el 60 %/tú pagas el 40 %	Dentro de la red: Worthington paga el 70 %/tú pagas el 30 % Fuera de la red: Worthington paga el 50 %/tú pagas el 50 %
MÁXIMO DE BOLSILLO Incluye las cantidades que tú pagas y los fondos del HSA que aporta la empresa	Dentro de la red: \$3,500 empleado solamente; \$7,000 grupo familiar Fuera de la red: \$5,000 empleado solamente; \$10,000 grupo familiar	Dentro de la red: \$4,500 empleado solamente; \$9,000 grupo familiar Fuera de la red: \$6,000 empleado solamente; \$12,000 grupo familiar
APORTACIÓN MENSUAL DEL EMPLEADO	Empleado solamente: \$76 Empleado + cónyuge: \$168 Empleado + hijo(s): \$137 Grupo familiar: \$230	Empleado solamente: \$28 Empleado + cónyuge: \$61 Empleado + hijo(s): \$50 Grupo familiar: \$84
CUIDADO PREVENTIVO	Cubierto al 100 % sin deducible	
MEDICAMENTOS RECETADOS (DENTRO DE LA RED) ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DE FARMACIA: NAVITUS	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Worthington paga el 80 %/tú pagas el 20 % Nivel 2: Medicamentos de patente preferidos y genéricos no preferidos Worthington paga el 75 %/tú pagas el 25 % Nivel 3: Medicamentos de patente no preferidos Worthington paga el 70 %/tú pagas el 30 %	
FARMACIA DE PEDIDOS POR CORREO	Cargo adicional de \$20 por surtido después del segundo surtido de un medicamento recetado de mantenimiento si no utilizas el programa de pedidos por correo	
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	Worthington paga el 70 %/tú pagas el 30 %. Deben surtirse en la farmacia de Worthington o en Lumicera, la farmacia especializada de Navitus.	
BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado	
CARGO POR CONSUMO DE TABACO	\$40 por mes, según los productos con tabaco o nicotina que consuman el empleado o los dependientes <i>El cargo por consumo de tabaco se cancela al completar un programa para dejar de fumar. Para obtener más información, llama al centro médico de Worthington al 614.840.3500.</i>	

FISIOTERAPIA VIRTUAL: HINGE HEALTH

Hinge Health proporciona apoyo virtual de fisioterapia para ayudarte a tratar el dolor de espalda, cuello y articulaciones sin medicamentos ni cirugía. A través de Hinge Health, obtén ejercicios terapéuticos personalizados y orientación individual. Hinge Health está disponible sin costo para ti.

CONTROL DE LA DIABETES Y PÉRDIDA DE PESO CON AYUDA CLÍNICA: VIRTA

Accede a una clínica virtual para controlar y revertir la diabetes tipo 2, la prediabetes y la obesidad a través de un tratamiento nutricional y cambios de hábitos. Varta está disponible sin costo para ti.

PROGRAMA DE BIENESTAR

Nuestro programa de bienestar ofrece la oportunidad de estar más saludable y obtener recompensas. Uno de los componentes más importantes del programa es ayudarte a conocer tus niveles, como los del colesterol y la presión arterial, a fin de que puedas identificar riesgos para la salud con antelación y hacer cambios positivos. Los empleados y sus cónyuges inscritos en una cobertura médica a partir del 1 de enero de 2025 deben realizarse un examen de salud con muestra de sangre para el 30 de septiembre de 2025, a fin de evitar el cargo por falta de bienestar durante el año calendario 2026.

COBERTURA DENTAL: DELTA DENTAL

BENEFICIO	PLAN VALUE	PLAN PREMIUM
CUIDADO PREVENTIVO (exámenes, limpiezas)	Sin deducible, cubierto al 100 %	Sin deducible, cubierto al 100 %
RESTAURACIÓN (empastes, extracciones)	\$50 deducible, cubierto al 80 %	\$50 deducible, cubierto al 80 %
SERVICIOS COMPLEJOS (coronas, puentes, dentaduras postizas)	Sin cobertura	\$50 deducible, cubierto al 50 %
ORTODONCIA	Sin cobertura	Sin deducible, cubierto al 50 % (\$1,000 máximos de por vida por hijo menor de 16 años)
MÁXIMO ANUAL	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona
APORTACIÓN MENSUAL DEL EMPLEADO	Empleado solamente: \$17.25 Empleado + cónyuge: \$32.31 Empleado + hijo(s): \$47.18 Grupo familiar: \$70.44	Empleado solamente: \$25.65 Empleado + cónyuge: \$48.74 Empleado + hijo(s): \$63.95 Grupo familiar: \$97.15

Comunícate con Delta Dental para obtener una lista completa de servicios por categoría (preventivos, restauración, complejos).

COBERTURA DE LA VISTA: VSP VISION CARE			
BENEFICIO	PLAN VALUE (PROVEEDOR DENTRO DE LA RED)	PLAN PREMIUM (PROVEEDOR DENTRO DE LA RED)	REEMBOLSO FUERA DE LA RED (SE APLICAN COPAGOS)
EXÁMENES DE LA VISTA	Copago de \$20 (no incluye los gastos de evaluación y adaptación de los lentes de contacto) Cada año calendario		Hasta \$45
ANTEOJOS RECETADOS	Copago de \$25		
ARMAZONES	La asignación de \$155 para armazones está incluida en el copago de anteojos recetados, ahorra un 20 % sobre el monto de la asignación Cada dos años calendario	La asignación de \$200 para armazones está incluida en el copago de anteojos recetados, ahorra un 20 % sobre el monto de la asignación Cada año calendario	Hasta \$70
LENTE	Lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares incluidos en el copago de los anteojos recetados Cada año calendario		Monofocales: hasta \$30 Bifocales: hasta \$50 Trifocales: hasta \$65 Lenticulares: hasta \$100
MEJORAS EN LENTES	Lentes de policarbonato: \$0 Lentes progresivos estándar: \$0 Lentes progresivos premium: \$95-\$175 Ahorros promedio del 20 % al 25 % en otras mejoras de lentes Cada año calendario	Lentes de policarbonato: \$0 Lentes fotocromáticos/de colores: \$0 Lentes progresivos estándar: \$0 Lentes progresivos premium: \$50 Recubrimiento de lentes antirreflejantes: \$40 Ahorros promedio del 20 % al 25 % en otras mejoras de lentes Cada año calendario	Lentes progresivos: \$50
LENTE DE CONTACTO (en lugar de anteojos)	Cubiertos hasta \$120; la tarifa de adaptación tiene un límite de \$60 de copago		Hasta \$105
PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS	Los niños se hacen controles y reciben los lentes y los armazones cada 12 meses		\$0
APORTACIÓN MENSUAL DEL EMPLEADO	Empleado solamente: \$9.60 Empleado + cónyuge: \$13.64 Empleado + hijo(s): \$16.15 Grupo familiar: \$25.82	Empleado solamente: \$13.43 Empleado + cónyuge: \$19.05 Empleado + hijo(s): \$22.56 Grupo familiar: \$36.07	
SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D (EMPLEADO SOLAMENTE): SECURIAN			
EMPLEADO	<ul style="list-style-type: none"> • 1.5 veces los ingresos de beneficios hasta \$750,000 • 100 % pagado por la empresa, sin costo para el empleado 		
SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA Y AD&D (EMPLEADO Y DEPENDIENTES): SECURIAN			
EMPLEADO	Entre una y ocho veces tus ingresos de beneficios sin superar el millón de dólares		
CÓNYUGE	\$25,000, \$50,000, \$75,000, \$100,000 o \$125,000		
HIJO	\$5,000 o \$10,000		
CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) - HEALTHEQUITY			
FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> • Si estás inscrito en un plan médico que admite una HSA, los fondos están disponibles sólo para gastos dentales y de la vista • Las aportaciones se hacen antes de impuestos • Puedes aportar hasta \$3,200 por año 		
FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta para pagar gastos de cuidado infantil (hasta los 13 años) y de personas mayores • Las aportaciones se hacen antes de impuestos • Puedes aportar hasta \$5,000 por año (\$2,500 si es un matrimonio y declaran impuestos por separado) 		
FSA PARA GASTOS DE ADOPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta para el reembolso de gastos de adopción calificados • Las aportaciones se hacen antes de impuestos • Puedes aportar hasta \$5,000 por año 		
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EAP): SUPPORTLINC			
SupportLinc brinda acceso a una variedad de recursos para apoyar tu bienestar mental y emocional, incluidas ocho sesiones gratuitas de psicoterapia por asunto. Beneficio pagado por la empresa, sin aportación del empleado.			
PLANES DE INCAPACIDAD: BROADSPIRE (STD) Y RELIANCE MATRIX (LTD)			
INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)	<ul style="list-style-type: none"> • Después de un período de espera de siete días, tres semanas de continuación de salario y luego 23 semanas al 75 % de los ingresos de beneficios • Beneficio pagado por la empresa, sin aportación del empleado 		
INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	<ul style="list-style-type: none"> • El 60% de la cantidad promedio de tus ingresos (formulario W-2) de los dos años anteriores, compensado, entre otras cosas, por el seguro social, hasta los 65 años de edad • Beneficio pagado por la empresa, sin aportación del empleado 		
LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD: BROADSPIRE			
Proporciona hasta dos semanas de licencia parental, hasta el 100 % de tu sueldo básico, para establecer un vínculo afectivo con el bebé y cuidarlo. Este beneficio cubre a los padres y madres que estén esperando un hijo o adopten o reciban un niño en cuidado de crianza.			
PLAN DE JUBILACIÓN 401(K): FIDELITY			
La empresa hace aportaciones cada período de pago y tú adquieres el derecho al 100 % de todas las aportaciones. Eres elegible para las aportaciones de la empresa después de seis meses de empleo.			
<ul style="list-style-type: none"> • Aportaciones equivalentes: La empresa hará aportaciones equivalentes del 50 % de las aportaciones del empleado hasta el 4 % de los sueldos elegibles. • Aportaciones de reparto de utilidades diferidas: La empresa aportará el 3 % de los sueldos elegibles. Tú recibes esta aportación aunque elijas no hacer tus aportaciones de empleado. 			
BIENESTAR FINANCIERO: MORGAN STANLEY AT WORK			
Plan de aprendizaje personalizado y acceso a consultas financieras individuales y gratuitas, listas de verificaciones financieras, una biblioteca de artículos, recursos interactivos y mucho más.			
ASISTENCIA JURÍDICA: ARAG			
Plan legal que te proporciona acceso a un abogado o asesor financiero de la red con la frecuencia que desees. La cobertura incluye demandas civiles, acuerdos prenupciales, asistencia con demandas menores, servicios para asuntos de robo de la identidad y más.			
El costo es de \$22 por mes.			
PLAN DE REEMBOLSO POR ADOPCIÓN			
Proporciona hasta \$5,000 de reembolso para gastos de adopción elegibles.			
PLAN DE COMPRA DE ACCIONES PARA EMPLEADOS: BROADRIDGE			
Te permite comprar acciones ordinarias de Worthington Enterprises a través de deducciones de nómina después de seis meses de empleo.			
SEGURO PARA MASCOTAS			
Aprovecha el 10 % de descuento en el seguro para mascotas a través de ASPCA Pet Health Insurance para ayudar a cubrir la atención veterinaria. Inicia sesión en aspcapetinsurance.com/WorthingtonEnterprises e ingresa el código de descuento: EB24WTHG.			

Este es un resumen general de los beneficios y no contiene exclusiones, limitaciones ni detalles completos. Consulta el resumen de la descripción del plan en worthingtonbenefits.com para obtener más información. Los especialistas en apoyo a los empleados del Centro de Asistencia al Personal (People Center) también están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este. Comunícate con el centro al **877.840.6506** o envía un correo electrónico a WPC@wthg.com.