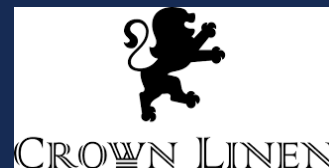


BENEFICIOS PARA LOS EMPLEADOS 2026



EFFECTIVO EL 1 DE OCTUBRE DE 2026



Crown Linen LLC. le ofrece a usted y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y valioso. Este documento de inscripción ha sido diseñado para brindarle la información necesaria para que tome las mejores decisiones sobre sus beneficios. Si después de revisar la información adjunta tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.



SEGURO MÉDICO

A partir del **1 de Octubre de 2026**, ofrecemos los siguientes planes médicos a través de **United Healthcare**. Para buscar proveedores dentro de la red, visite myuhc.com. Buscar un médico | Seleccionar un plan | NHP HMO/POS o Choice Plus para UHC.

Se requiere un proveedor de atención primaria (PCP) para todos los planes de NHP.

	NHP - HMO HSA EY2T-M2 / RX NH21-HSA	NHP HMO EY1N-M / RX NFEE	NHP POS EY3J-M2 / RX NFEE	UHC POS EY92-M2 / RX G70
SERVICIOS	SOLO EN LA RED	SOLO EN LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Deducible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	\$8,000 / \$16,000	\$5,000 / \$10,000	\$1,000 / \$2,000	\$1,000 / \$2,000
Co-seguro	100%	100%	100%	100%
Servicios de Proveedores	Acceso Abierto	Acceso Abierto	Acceso Abierto	Acceso Abierto
Visita al Médico Primario	0% después de CYD	\$25	\$30	\$30
Visita al Médico Especialista	0% después de CYD	\$50	\$60	\$60
Bienestar para Adultos	\$0	\$0	\$0	\$0
Paciente Interno en el hospital	0% después de CYD	\$500 + 0% después de CYD	0% después de CYD	0% después de CYD
Paciente Ambulatorio en el Hospital	0% después de CYD	\$300 + 0% después de CYD	0% después de CYD	0% después de CYD
Sala de Emergencia	0% después de CYD	0% después de CYD	\$500	\$500
Centro de Urgencias	0% después de CYD	\$50	\$100	\$50
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	Sí \$8,500 / \$17,000	Sí \$6,850 / \$13,700	Sí \$3,000 / \$6,000	Sí \$3,000 / \$6,000
Medicamentos Recetados (30 días) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Medicamentos Especializados	Después de CYD \$10 / \$35 / \$70 \$10 / \$150 / \$500	\$10 / \$50 / \$150 / \$300	\$10 / \$50 / \$150 / \$300	\$10 / \$50 / \$150 / \$300
Pedido por correo (90 días)	\$25 / \$87.50 / \$175	\$25 / \$125 / \$375 / \$750	\$25 / \$125 / \$375 / \$750	\$25 / \$125 / \$375 / \$750
FUERA DE LA RED				
Deducible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	N/A	N/A	\$2,000 / \$4,000	\$2,000 / \$4,000
Co-seguro	N/A	N/A	70% / 30%	70% / 30%
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	N/A	N/A	Sí \$6,000 / \$12,000	Sí \$6,000 / \$12,000
La mayoría de los demás servicios	N/A	N/A	30% después de CYD	30% después de CYD
Sala de Emergencia	N/A	N/A	\$500	\$500

La información contenida en esta Guía resumida se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto de esta guía se ha extraído de diversas descripciones resumidas de planes y de información sobre beneficios. Si bien se ha hecho todo lo posible para informar con precisión sobre sus beneficios, es posible que existan discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán estos últimos. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre esta guía, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos.

SEGURO GAP

A partir del **1 de Octubre de 2026**, Crown Linen LLC. ofrecerá un plan de cobertura complementaria (GAP Plan) a través de **American Public Life**. Este plan ayuda a compensar los gastos de bolsillo relacionados con el seguro médico.

	BENEFICIO GAP			
	Compatible con EY3J-M2 & EY92-M2	Compatible con EY2T-M2 and EY1N-M	Compatible con EY2T-M2 and EY1N-M	Compatible con EY2T-M2
Su Cobertura	Beneficios máximos durante la hospitalización: \$1,000 por persona asegurada por año calendario. Máximo de \$3,000 por año calendario para todas las personas aseguradas en conjunto.	Beneficios máximos durante la hospitalización: \$3,000 por persona asegurada por año calendario. Máximo de \$9,000 por año calendario para todas las personas aseguradas en conjunto.	Beneficios máximos durante la hospitalización: \$5,000 por persona asegurada por año calendario. Máximo de \$15,000 por año calendario para todas las personas aseguradas en conjunto.	Beneficios máximos durante la hospitalización: \$7,000 por persona asegurada por año calendario. Máximo de \$21,000 por año calendario para todas las personas aseguradas en conjunto.
Beneficios para pacientes ambulatorios	Beneficios máximos para servicios ambulatorios: \$300 por persona asegurada por día natural para los servicios ambulatorios cubiertos.	Beneficios máximos para servicios ambulatorios: \$300 por persona asegurada por día natural para los servicios ambulatorios cubiertos.	Beneficios máximos para servicios ambulatorios: \$1,000 por persona asegurada por día natural para los servicios ambulatorios cubiertos.	Beneficios máximos para servicios ambulatorios: \$1,000 por persona asegurada por día natural para los servicios ambulatorios cubiertos.

SEGURO DENTAL

Crown Linen LLC. ofrece un plan dental que se adapta a las necesidades y presupuestos de usted y su familia, a partir del **1 de Octubre de 2026**, a través de **United Healthcare**.

	DHMO D1068 - S700B	DPPO	
	EN LA RED UNICAMENTE	EN LA RED	FUERA DE LA RED
SERVICIOS DEL PLAN			
Deducible (Individual/Familiar)	N/A	\$50 / \$150	
Deducible exento por Servicios Preventivos	Sí	Sí	
Benefit Description			
Preventivo (Clase I)	N/A	100%	100%
Básico (Clase II)	N/A	100%	80%
Mayor (Clase III)	N/A	60%	50%
Máximo de Beneficios Anuales	Sin Limites	\$1,500	
Tratamiento de Ortodoncia	\$2,835 Niño / \$2,935 Adulto	50% hasta \$1,000 Solo Niños (hasta los 19 años)	



SEGURO DE VISIÓN

Crown Linen LLC. ofrece un plan de atención oftalmológica que se adapta a las necesidades y presupuestos específicos de usted y su familia, a partir del **1 de Octubre de 2026**, a través de **United Healthcare**.

	EN LA RED	FUERA DE LA RED
	TL036 RED ESTÁNDAR DE UHC	Reembolso
Examen de la vista	\$10 Copago	hasta \$40
Marcos	\$100 + 30% discount over \$100	hasta \$45
Singular, Bifocal & Trifocal	\$25 Copago	\$40 / \$60 / \$80
Lentes de Contacto Medicamente Necesarios	\$25 Copago	hasta \$210
Lentes de contacto electivos en lugar de lentes/monturas	Asignación de \$100	hasta \$75
FRECUENCIA	Según la fecha del servicio	
Examen Ocular/Lentes/Marcos	12 Months / 12 Months / 24 Months	

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO

A partir del **1 de Octubre de 2026**, Crown Linen LLC. ofrece beneficios de seguro voluntario en el lugar de trabajo. Estos beneficios incluyen seguros de discapacidad, cáncer, de vida y de accidentes.



La información contenida en esta Guía resumida se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto de esta guía se ha extraído de diversas descripciones resumidas de planes y de información sobre beneficios. Si bien se ha hecho todo lo posible para informar con precisión sobre sus beneficios, es posible que existan discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán estos últimos. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre esta guía, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos.