CROWN LINEN

PROGRAMA DE **BENEFICIOS PARA EMPLEADOS**

OCTUBRE 1, 2025 - SEPTIEMBRE 30, 2026

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 30 para obtener más detalles.

FLORIDA

Brown & Brown

Los planes de beneficios están sujetos a cambios. Crown Linen LLC. se reserva el derecho, en cualquier momento y a su exclusivo criterio, de modificar, reducir o cancelar cualquiera de sus planes. Cualquier modificación, reducción o cancelación puede realizarse sin previo aviso a los participantes, excepto según lo exija la ley. Este folleto de beneficios tiene como único fin destacar sus beneficios y no debe confiarse en él para determinar completamente su cobertura. Si este folleto de beneficios entra en conflicto de alguna manera con el Certificado de cobertura, prevalecerá el Certificado de cobertura. Se recomienda que revise su Certificado de cobertura para obtener una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, los que están excluidos o limitados y otros términos y condiciones de la cobertura.

La información de este Resumen de beneficios se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto incluido en este Resumen se tomó de varias descripciones resumidas de planes e información sobre beneficios.

Nota: Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre el Resumen de beneficios y los documentos del plan real, prevalecerán los documentos del plan real. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, comuníquese con Recursos Humanos.

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/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, Ext. 61565

Este documento está diseñado para proporcionar información básica sobre los planes y programas de beneficios disponibles para los empleados elegibles. Este documento simplemente resume los planes y programas de beneficios para empleados y no detalla todos los términos, condiciones, restricciones y exclusiones contenidos en los documentos del plan, los contratos con las aseguradoras ni las Descripciones Resumidas del Plan (SPD) para los diversos planes y programas de beneficios. Se ha hecho todo lo razonablemente posible para garantizar la exactitud de la información contenida en este documento; sin embargo, en caso de discrepancia entre la información de este documento y la documentación del plan, prevalecerán las disposiciones descritas en la documentación del plan. Este documento no crea ningún derecho contractual para ningún empleado actual o anterior, ni para ninguna otra persona. Las disposiciones de la documentación del plan aplicable regirán la determinación de los derechos de cualquier persona bajo cualquier plan o programa de beneficios para empleados. Su empleador se reserva el derecho de modificar o rescindir cualquiera de sus planes y programas de beneficios para empleados en cualquier momento, sin previo aviso ni justificación.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

INDICÉ DE MATERIAS

INTRODUCCIÓN	04
PÁGINA DE CONTACTO	05
DESCRIPCIÓN GENERAL DE BENEFICIOS	06
SEGURO MÉDICO	08
RECURSOS PARA MIEMBROS DEL PLAN MÉDICO	12
SEGURO GAP	14
SALA DE EMERGENCIAS / ATENCIÓN DE URGENCIA	16
DESCUENTO DE FARMACIA	17
SEGURO DENTAL	18
SEGURO DE LA VISIÓN	19
SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE	20
ATENCIÓN MÉDICA GLOSARIO	25
AVISOS ANUALES	27

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

INTRODUCCIÓN

Crown Linen LLC. ofrece un paquete de beneficios valioso que brinda opciones y flexibilidad para las diversas y cambiantes necesidades de nuestros empleados. Como consumidor de atención médica, es importante que asuma un rol activo en la comprensión de sus necesidades, las necesidades de su familia y las opciones de beneficios disponibles para usted.

Esta guía ofrece una descripción general completa de sus opciones de beneficios, incluida información sobre la elegibilidad y cómo inscribirse. Le recomendamos que lea la información detenidamente y se familiarice con los beneficios que se le ofrecen antes de realizar sus selecciones. Durante todo el año, puede utilizar esta guía como referencia.

¡Su agente de beneficios, Brown & Brown, está aquí para ayudarlo! Comuníquese con su representante de atención al cliente dedicado si tiene alguna pregunta sobre beneficios, incluida la inscripción en los beneficios como nuevo empleado, autorizaciones previas, búsqueda de un proveedor, pedido de tarjetas de identificación, procesamiento de eventos de la vida y más. La información de contacto de su representante de atención al cliente se puede encontrar en la página Contactos.

EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DEL 2025

o después de cumplir con el período de espera para nuevas contrataciones

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

CONTACTO

Ejecutiva de Cuentas	Coordinadora de Beneficios
Kimberley Vera Tudela Ejecutiva de Cuentas 954-331-1471 Kim.VeraTudela@bbrown.com	**Stephanie Sanchez** Coordinadora de Beneficios 954-331-1396 Stephanie.Sanchez@bbrown.com
Consultor de Beneficios	**Reclamaciones**
Sergio Castillo Consultor de Beneficios 954-804-7834 Sergio.Castillo@bbrown.com	**Analisa VanDelinder** Consultora Dedicada al Cuidado del Cliente 954-331-1361 Analisa.Vandelinder@bbrown.com

Consulte esta lista cuando necesite contactar a uno de sus proveedores de beneficios.
Para obtener información general, comuníquese con Recursos Humanos.

Recursos Humanos	Lenis Figuera | Generalista de Nóminas y Beneficios | (786) 483-3490 Figuera@crownlinen.net Regina Rodriguez | Gerente de Rescursos Humanos | (407) 992-8479 Regina.Rodriguez@crownlinen.net
Medico	Servicio al Cliente 1-866-633-2446 myuhc.com
Dental	Servicio al Cliente 1-866-633-2446 myuhc.com
Vision	Servicio al Cliente 1-866-633-2446 myuhc.com
GAP	Servicio al Cliente 1-800-256-8606 ampublic.com
Vida y AD&D, STD	Servicio al Cliente 1-800-521-3535 allstateatwork.com
Inscripción a Beneficios	Centro de llamadas 1-877-282-0808 Lunes a Viernes de 8 AM a 6 PM EST

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Crown Linen LLC. se complace en ofrecer una amplia variedad de beneficios que se adaptan a sus necesidades personales y familiares. Tómese el tiempo para revisar cuidadosamente todas las secciones de este folleto de inscripción. Si después de revisar la información adjunta tiene preguntas sobre cualquiera de los elementos adjuntos, no dude en comunicarse con Recursos Humanos.

PLAN CAFETERÍA

Crown Linen LLC. actualmente ofrece un Plan de Cafetería, que brinda un beneficio fiscal valioso tanto para la Compañía como para sus empleados. Un plan de cafetería es un plan de beneficios autorizado por la Sección 125 del Código de Rentas Internas, que permite a los empleados elegir los beneficios antes de impuestos. Los cambios en sus elecciones se pueden realizar en el próximo periodo de Inscripción Abierta o si experimenta un Evento Calificador. Un cambio de estado familiar permite a los empleados agregar, cambiar o cancelar la cobertura durante el año del plan debido a las siguientes razones que se enumeran a continuación (esta lista no incluye todas las razones):

CAMBIO DE ELECCIONES Y CAMBIOS DE ESTADO FAMILIAR CALIFICADOS DURANTE EL AÑO

¿Qué se considera un “Cambio de Estado Familiar Calificado”?

- Matrimonio
- Divorcio
- Separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Cambio en el estado de dependencia del niño
- Muerte de un cónyuge, un hijo u otro dependiente calificado
- Inicio o terminación de los procedimientos de adopción
- Cambio en la situación laboral del cónyuge

Estos eventos deben ser informados a Recursos Humanos dentro de los 30 días a partir de la fecha de vigencia del “Evento Calificador”, o se perderá una oportunidad de inscripción (sin cobertura). No todos los eventos de Cambio de Estado Familiar permitirán el mismo cambio de elección para cada beneficio ofrecido. Los empleados tendrán 30 días a partir del cambio de estado familiar para realizar cambios en los planes actuales.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

ELIGIBILIDAD

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana, excepto los empleados a tiempo parcial, por día, temporales y de temporada. Las personas elegibles para COBRA pueden inscribirse en los planes médico, dental y/o de la vista, según corresponda. Si termina su participación durante el Año del Plan, podrá continuar participando a través de la continuación de COBRA.

Al inscribirse, también puede cubrir a sus dependientes elegibles.

¿QUIÉN PUEDE ESTAR CUBIERTO?

Los dependientes elegibles incluyen:
- Cónyuge legal*
- Su(s) hijo(s) natural(es) soltero(s), hijos legalmente adoptados o hijastros**.

Los límites de edad varían de la siguiente manera:
- **COBERTURA MÉDICA, DENTAL, Y VISIÓN :** La elegibilidad para los hijos dependientes finaliza al final del año calendario cuando el dependiente cumple 26 años o hasta los 30 años de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.6562**

***Se requiere un certificado de matrimonio para verificar la elegibilidad del cónyuge. Para sus hijos solteros, hijos adoptados legalmente e hijastros, debe presentar un certificado de nacimiento u otra documentación legal que demuestre su parentesco con el niño.*

***Estatuto de Florida 627.6562: un hijo dependiente cubierto puede continuar con la cobertura después de los 26 años si: es soltero y no tiene un dependiente, es residente en el estado de Florida, a menos que sea un estudiante de tiempo completo o parcial, no tiene otra cobertura de seguro disponible y no tiene derecho a Medicare y no tiene un hijo propio.*

PERÍODO DE ESPERA

Los empleados recién contratados son elegibles para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días. (es decir, si su fecha de contratación es el 15 de Noviembre de 2025, la fecha de vigencia de sus beneficios es el 1 de Febrero de 2026).

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO MÉDICO

Crown Linen LLC. se complace en anunciar que nuestra cobertura médica continuara con **United Healthcare a partir del 1 de Octubre del 2025**. Para buscar provedores en la red: **myuhc.com**. Buscar un Doctor | Seleccionar Plan | NHP HMO/POS

Este plan requiere un provedor primario.

UnitedHealthcare	NHP - HMO OA HSA EKUY-M / RX NHES-HSA
SERVICIOS DEL PLAN	**SOLO EN LA RED**
Deductible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	 $5,500 / $11,000
Co-seguro	100%
Servicios de Proveedores	**Acceso Abierto**
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	 Si $6,550 / $13,100
Atención Médica y de Urgencias	
Bienestar para Adultos	$0
Visita al Médico Primario | Especialista	0% después del CYD
Centro de Urgencias	0% después del CYD
Sala de Emergencia (dentro or fuera de la red)	0% después del CYD
Hospitalización y Atención Ambulatoria	
Paciente Interno en el hospital	0% después del CYD
Paciente Ambulatorio en el Hospital	0% después del CYD
Servicios del Doctor	0% después del CYD
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	0% después del CYD
Servicios de médicos de ASC	0% después del CYD
Atención en Instalaciones Independientes	
Laboratorio	0% después del CYD
Rayos X	0% después del CYD
Diagnóstico Mayor (MRI, CT, NM, PET)	0% después del CYD
Medicamentos Recetados (suministro para 30 días)	**National**
Deducible	**Después del CYD**
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Medicamentos Especializados	$10 / $35 / $70 $10 / $150 / $500
Pedido por correo (90 días)	$25 / $87.50 / $175

Nos complace anunciar el restablecimiento de Walgreens como farmacia participante este año.

**DDP = Proveedores de Diagnóstico Designados | **NDDP = Proveedores de Diagnóstico No Designados*

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO MÉDICO

Crown Linen LLC. se complace en anunciar que nuestra cobertura médica continuara con **United Healthcare a partir del 1 de Octubre del 2025**. Para buscar provedores en la red: **myuhc.com**. Buscar un Doctor | Seleccionar Plan | NHP HMO/POS

Este plan requiere un provedor primario.

UnitedHealthcare®	NHP HMO OA EKW3-M / RX NHDS
SERVICIOS DEL PLAN	**SOLO EN LA RED**
Deducible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	 $5,000 / $10,000
Co-seguro	100%
Servicios de Proveedores	**Acceso Abierto**
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	 Si $6,850 / $13,700
Atención Médica y de Urgencias	
Bienestar para Adultos	$0
Visita al Médico Primario | Especialista	$25 | $50
Centro de Urgencias	$50
Sala de Emergencia (dentro or fuera de la red)	0% después del CYD
Hospitalización y Atención Ambulatoria	
Paciente Interno en el hospital	$500 + 0% después del CYD
Paciente Ambulatorio en el Hospital	$300 + 0% después del CYD
Servicios del Doctor	0% después del CYD
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	$300 + 0% después del CYD
Servicios de médicos de ASC	0% después del CYD
Atención en Instalaciones Independientes	
Laboratorio	$0
Rayos X	$0
Diagnóstico Mayor (MRI, CT, NM, PET)	0% después del CYD
Medicamentos Recetados (suministro para 30 días)	**National**
Deducible	N/A
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Medicamentos Especializados	$10 / $35 / $70 $10 / $150 / $500
Pedido por correo (90 días)	$25 / $87.50 / $175

Nos complace anunciar el restablecimiento de Walgreens como farmacia participante este año.

**DDP = Proveedores de Diagnóstico Designados | **NDDP = Proveedores de Diagnóstico No Designados*

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO MÉDICO

Crown Linen LLC. se complace en anunciar que nuestra cobertura médica sera con **United Healthcare a partir del 1 de Octubre del 2025**. Para buscar proveedores en la red: **myuhc.com**. Buscar un Doctor | Seleccionar Plan | NHP POS

Este plan requiere un provedor primario.

UnitedHealthcare®	NHP POS OA EKY7-M / RX NHDS	
SERVICIOS DEL PLAN	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Deducible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	$1,000 / $2,000	$2,000 / $4,000
Co-seguro	100%	70% / 30%
Servicios de Proveedores	**Acceso Abierto**	
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	Si $3,000 / $6,000	Si $6,000 / $12,000
Atención Médica y de Urgencias		
Bienestar para Adultos	$0	30% después del CYD
Visita al Médico Primario | Especialista	$30 | $60	30% después del CYD
Centro de Urgencias	$100	30% después del CYD
Sala de Emergencia	$350	$350
Hospitalización y Atención Ambulatoria		
Paciente Interno en el hospital	0% después del CYD	30% después del CYD
Paciente Ambulatorio en el Hospital	0% después del CYD	30% después del CYD
Servicios del Doctor	0% después del CYD	30% después del CYD
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	0% después del CYD	30% después del CYD
Servicios de médicos de ASC	0% después del CYD	30% después del CYD
Atención en Instalaciones Independientes		
Laboratorio	$0	30% después del CYD
Rayos X	$0	30% después del CYD
Diagnóstico Mayor (MRI, CT, NM, PET)	0% después del CYD	30% después del CYD
Medicamentos Recetados (suministro para 30 días)	**National**	**N/A**
Deducible	N/A	N/A
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Medicamentos Especializados	$10 / $35 / $70 $10 / $150 / $500	No Cubierto No Cubierto
Pedido por correo (90 días)	$25 / $87.50 / $175	No Cubierto

Nos complace anunciar el restablecimiento de Walgreens como farmacia participante este año.

**DDP = Proveedores de Diagnóstico Designados | **NDDP = Proveedores de Diagnóstico No Designados*

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO MÉDICO

Crown Linen LLC. se complace en anunciar que nuestra cobertura médica sera con **United Healthcare a partir del 1 de Octubre del 2025**. Para buscar provedores en la red: **myuhc.com**. Buscar un Doctor | Seleccionar Plan | Choice Plus

UnitedHealthcare®	UHC - CHOICE PLUS EKRM-M / RX 124S	
SERVICIOS DEL PLAN	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Deducible Por Año Calendario (CYD) Individual / Familia	$1,000 / $2,000	$2,000 / $4,000
Co-seguro	100%	70% / 30%
Servicios de Proveedores	**Acceso Abierto**	
Máximo Pago Anual de su Bolsillo Deducible Incluido Individual / Familia	Si $3,000 / $6,000	Si $6,000 / $12,000
Atención Médica y de Urgencias		
Bienestar para Adultos	$0	30% después del CYD
Visita al Médico Primario | Especialista	$30 | $60	30% después del CYD
Centro de Urgencias	$50	30% después del CYD
Sala de Emergencia	$350	$350
Hospitalización y Atención Ambulatoria		
Paciente Interno en el hospital	0% después del CYD	30% después del CYD
Paciente Ambulatorio en el Hospital	0% después del CYD	30% después del CYD
Servicios del Doctor	0% después del CYD	30% después del CYD
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	0% después del CYD	30% después del CYD
Servicios de médicos de ASC	0% después del CYD	30% después del CYD
Atención en Instalaciones Independientes		
Laboratorio	DDP* $0 / NDDP** 50%	30% después del CYD
Rayos X	$0	30% después del CYD
Diagnóstico Mayor (MRI, CT, NM, PET)	0% después del CYD	30% después del CYD
Medicamentos Recetados (suministro para 30 días)	**National**	**National**
Deducible	N/A	N/A
Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Medicamentos Especializados	$10 / $35 / $70 $10 / $150 / $500	$10 / $35 / $70 No Cubierto
Pedido por correo (90 días)	$25 / $87.50 / $175	No Cubierto

Nos complace anunciar el restablecimiento de Walgreens como farmacia participante este año.

**DDP = Proveedores de Diagnóstico Designados | **NDDP = Proveedores de Diagnóstico No Designados*

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

RECURSOS DE UNITED HEALTHCARE

Un plan de salud que siempre le acompaña

Herramientas digitales para mantenerle conectado

Aproveche al máximo sus beneficios

Regístrese para acceder su sitio web personalizado en myuhc.com® y descargue la aplicación de UnitedHealthcare®. Estas herramientas digitales están diseñadas para ayudarle a entender sus beneficios y tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

- Encuentre cuidado y compare costos de proveedores y servicios en su red
- Revise los saldos de su plan, vea sus reclamos y acceda a su tarjeta de ID de su plan de salud
- Acceda a programas de bienestar y vea recomendaciones clínicas
- Visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana: conéctese con los proveedores por teléfono o videollamada* para hablar sobre condiciones médicas comunes y obtener recetas** si la necesita
- Vea sus cuentas financieras de cuidado de la salud como la cuenta de ahorros para la salud, la cuenta de gastos flexibles o la Evaluación de Riesgos para la Salud
- Compare costos de medicamento con receta y pida resurtidos

Descargue la aplicación
Disponible para iPhone y Android

Regístrese hoy mismo

Escanee el código QR o acceda a **myuhc.com** y haga clic en **Regístrese**

Consulte los pasos del registro en la siguiente página

*Es posible que correspondan cargos por envío de datos.

**Puede que no se encuentren disponibles algunas recetas y que se apliquen otras restricciones.

continúa

United Healthcare

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

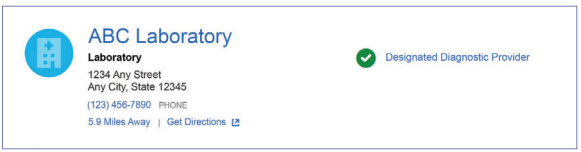
RECURSOS DE UNITED HEALTHCARE

Presentamos el beneficio de Proveedores de Diagnóstico Designados

Los Proveedores de Diagnóstico Designados (Designated Diagnostic Providers, DDP) son proveedores de servicios de laboratorio que reúnen determinados requisitos de calidad y eficiencia. Con su beneficio de DDP, tendrá el nivel de cobertura más alto, y probablemente ahorre dinero, cuando use un DDP para servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. Si no usa un DDP, sus servicios de laboratorio tendrán un costo compartido más elevado.

Busque la marca verde

Para encontrar un DDP cerca suyo, busque la marca verde en **myuhc.com® > "Find Care & Costs" (Obtener Cuidado y Costos)** o en la aplicación de UnitedHealthcare®. Si necesita pruebas de laboratorio, asegúrese de informarle a su médico qué DDP debe usar.



Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios de DDP

Si usa un DDP, puede ahorrar dinero en muchos servicios de laboratorio comunes, que incluyen:

- Extracciones de sangre
- Análisis de glucosa en la sangre
- Análisis/paneles metabólicos
- Análisis rápido de estreptococos

Para comenzar Busque un DDP en **myuhc.com** o en la aplicación de UnitedHealthcare

United Healthcare

La aplicación de UnitedHealthcare® se puede descargar para iPhone® o Android®. iPhone es una marca registrada de Apple, Inc. Android es una marca registrada de Google LLC.

Todos los miembros de UnitedHealthcare pueden acceder a una calculadora de costos en Internet o en la aplicación móvil. Las calculadoras de costos no fueron diseñadas con el objetivo de garantizar sus costos o beneficios. Es posible que sus costos reales varíen. Cuando acceda a una herramienta de cálculo aproximado de costos, consulte las condiciones de uso del sitio web o la aplicación móvil en la sección "Find Care & Costs" (Obtener Cuidado y Costos).

La cobertura de seguro es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o sus afiliadas, o a través de ellas.

B2C EI21553116.1SP 12/21 © 2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. 21-608299

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO DE GAP

MEDlink® Select Gap Insurance
Group Supplemental Medical Expense Insurance

APL
AMERICAN PUBLIC LIFE

WHAT IS GAP INSURANCE?

MEDlink® Gap Insurance from APL is designed to work with your major medical plan to help fill the gaps left by deductibles, coinsurance and co-pays — covering much of your out-of-pocket costs after major medical insurance has paid.

79% increase

The average annual employee **deductible increased 79%** over the last 10 years.*

HOW IT WORKS

1. **CHOOSE** the plan and coverage type that best fits your individual needs or the needs of your family.
2. **USE** your medical insurance as usual! MEDlink® helps cover charges for in-hospital services and outpatient services, including urgent care and diagnostic testing.
3. **FILE** your claim. Use your MEDlink® ID Card at your provider's office, file a claim online or mail in your claim.

KEY FEATURES

- Guarantee Issue with no medical questions or exams when covered under the other medical plan
- ID Card provided
- Convenient payroll deduction
- Cost-effective premiums
- Benefits are assignable, making the claims process simple

EXAMPLE BENEFITS

In-Hospital Benefits

- Treatment while confined in a hospital
- Inpatient treatment of a mental or emotional disorder
- Ambulance service when resulting in hospital confinement

There's no such thing as feeling **too covered, too safe or too protected!**

Outpatient Benefits

- Treatment in an urgent care facility or emergency room
- Physical therapy performed in a physical therapy facility
- Surgery in a hospital outpatient facility or freestanding outpatient surgery center
- Diagnostic testing in a hospital outpatient facility or MRI facility
- Outpatient treatment of a mental or emotional disorder
- Ambulance service
- Physician's Office Treatment
- Cancer Outpatient Treatment
- Independent Lab Facility
- Durable Medical Equipment

This MEDlink® policy provides limited benefits.

This product has limitations and exclusions, all benefits may not be available in all states, does not replace Workers' Compensation Insurance. **This product is inappropriate for people who are eligible for Medicaid coverage.**

Kaiser Family Foundation: Employer Health Benefits, 2020 Summary of Findings, October 8, 2020, p2

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO DE GAP

MEDlink® Select
Group Supplemental Medical Expense Insurance

Crown Linen LLC

Summary of Benefits		
	Plan 1	**Plan 2**
Funding	Voluntary	Voluntary
Plan Type	In-Hospital and Outpatient Coverage	In-Hospital and Outpatient Coverage
In-Hospital Benefit		
In-Hospital Benefit Maximum	Maximum of $1,000 per covered person per calendar year. Maximum of $3,000 per calendar year for all covered persons combined.	Maximum of $3,000 per covered person per calendar year. Maximum of $9,000 per calendar year for all covered persons combined.
In-Hospital Benefits* • Treatment incurred while confined in a hospital as an inpatient • Inpatient treatment of a mental or emotional disorder - maximum of 30 days of treatment per covered person, per calendar year • Transportation by air or ground ambulance service to a hospital or from one medical facility to another medical facility where a covered person is confined as an inpatient. A licensed ambulance company must provide the ambulance service. All benefits are subject to the in-hospital benefit maximum.		
Outpatient Benefit		
Outpatient Benefit Maximum	$300 per covered person per calendar day for covered outpatient services.	$300 per covered person per calendar day for covered outpatient services.
Outpatient Benefits* • Treatment in a hospital emergency room without subsequently being considered as an inpatient subject to emergency room per occurrence deductible, if applicable to your plan. • Treatment in an urgent care facility • Physical therapy performed in a physical therapy facility • Surgery performed in a hospital outpatient facility or a freestanding outpatient surgery center • Diagnostic testing performed in a hospital outpatient facility or a magnetic resonance imaging (MRI) facility • Outpatient treatment of a mental or emotional disorder performed in a hospital outpatient facility - maximum of 30 days of treatment per covered person, per calendar year • Transportation by air or ground ambulance service to a hospital or from one medical facility to another medical facility where a covered person resides less than 18 hours. A licensed ambulance company must provide the ambulance service. All benefits are subject to the outpatient benefit maximum.		
Outpatient Rider(s)		
Office Treatment Rider* Physician covered charges do not include charges for durable medical equipment, cancer treatment, physical therapy or physician's office visit fee. A physician's office does not include a covered outpatient facility.	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum
Cancer Outpatient Treatment Rider* Must be performed in a cancer treatment facility. A cancer treatment facility also includes a physician's office.	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum
Independent Lab Facility Rider* Must be performed in an independent lab facility. An independent lab facility is not a physician's office, hospital or MRI facility.	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum
Durable Medical Equipment Rider* Must be recommended by a physician, covered by the other medical plan and is not disposable or implantable in the body and is not useful to a person	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum	All benefits are subject to the outpatient benefit maximum
	Plan 1	**Plan 2**
Amendment Rider(s)		
Dependent Child Maternity Amendment Rider	Included	Included

*After satisfaction of any applicable in-hospital and/or outpatient deductibles, benefits are payable for out-of-pocket covered charges incurred by a covered person under the other medical plan.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SALA DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE URGENCIAS

Si se enfrenta a una enfermedad o lesión repentina, tomar una decisión informada sobre dónde buscar atención médica es fundamental para su bienestar personal y financiero. Tomar la decisión equivocada puede dar lugar a una demora en la atención médica y puede costar cientos, si no miles, de dólares. De hecho, la Universidad de Harvard informó que el 62% de las quiebras personales se deben a gastos médicos, lo que convierte a la deuda médica en la principal causa de quiebra en Estados Unidos.

Si de repente se enferma o se lesiona, ¿cómo puede determinar qué instalación es la más adecuada para su condición?

La sala de emergencias (ER) está equipado para manejar lesiones y enfermedades que amenazan la vida y otras condiciones médicas serias. Los pacientes son atendidos de acuerdo con la gravedad de sus condiciones en relación a los otros pacientes.

Debe ir a la sala de emergencia más cercana si usted experimenta cualquiera de los siguientes:

- Fracturas expuestas
- Heridas profundas por arma blanca o por arma de fuego
- Quemaduras moderadas a graves
- Envenenamiento o sospecha de envenenamiento
- Convulsiones o pérdida del conocimiento
- Dolor abdominal intenso
- Dolor torácico intenso o dificultad para respirar
- Signos de un ataque cardíaco o un derrame cerebral
- Sentimientos suicidas u homicidas
- Hemorragia incontrolable

Los Centros de Atención de Urgencias (UC) no están equipados para manejar peligros mortales lesiones o condiciones médicas. Estos centros están diseñados para abordar condiciones en las que retrasar el tratamiento podría causar problemas graves o malestar.

Algunos ejemplos de condiciones que requieren una visita a un centro de Atencíon de Urgencias:

- Sangrado menor o los cortes que requiere puntos de sutura.
- Servicios de diagnóstico (radiografías, pruebas de laboratorio)
- Infecciones del oído
- Fiebre alta o gripe
- Huesos rotos menores (p. Ej., Dedos de los pies, dedos)
- Dolor de garganta severo o tos
- Esguinces o distensiones.
- Erupciones cutáneas e infecciones
- Infecciones del tracto urinario
- Vómitos, diarrea o deshidratación.

Elegir el lugar de atención adecuado no sólo garantizará una atención médica rápida y adecuada, sino que también ayudará a reducir los gastos innecesarios. Aunque los centros de atención de urgencias suelen ser más rentables, no sustituyen la atención de emergencia.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

DESCUENTOS DE FARMACIA

Los hábitos de vida, como la actividad física, la dieta y el consumo de tabaco, pueden desempeñar un papel importante en el gasto que usted hace en atención médica. Dado que los costos de la atención médica siguen aumentando, eso significa que es cada vez más importante que usted desempeñe un papel activo en la priorización de su salud. Una parte importante de la priorización de su salud incluye utilizar sus beneficios de atención médica de manera inteligente. Visite a su médico regularmente para hacerse exámenes preventivos y tome medidas para comprender mejor cómo funciona su plan médico, incluyendo cómo comparar la calidad y los precios al buscar servicios. Ser un buen consumidor de su atención médica le permitirá tomar decisiones más inteligentes y minimizar los costos.

GoodRx

Dado que los precios de los medicamentos recetados no están regulados, el costo de un medicamento recetado puede diferir en más de $100 entre farmacias. GoodRx es la aplicación médica n.° 1 para iOS y Android. Obtenga precios de medicamentos recetados en cualquier lugar, con cupones integrados en la aplicación.

- **Escriba el nombre de su medicamento (como Lipitor, Gabapentin, etc.)**
- **Establezca su ubicación**
- **Compare precios, imprima cupones, ahorre hasta un 80 %**

Visite GoodRx.com

Walmart

- **No es necesario presentar su tarjeta de identificación médica para obtener medicamentos a precios bajos.**
- **Suministro de $4,00 para 30 días / Suministro de $10,00 para 90 días (solo genéricos)**

Visite walmart.com/pharmacy

AHF PHARMACY™

Servicios de farmacia de AHF: especializados en medicamentos para tratar el VIH/SIDA.

Visite AHFPharmacy.org

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO DENTAL

Crown Linen LLC se complace en anunciar que, a partir del **1 de Octubre de 2025**, nuestra cobertura dental continuará con **UnitedHealthcare**. Para encontrar un proveedor DHMO, visite **myuhc.com** | Proveedores dentales | Planes de empleador | Código postal | National Select Managed Care. Para encontrar un proveedor DPPO, visite **uhc.com/find-a-doctor** | Proveedores dentales | Planes de empleador | Código postal | National Options PPO.

UnitedHealthcare®	DHMO D1068 - S700B	DPPO	
SERVICIOS DEL PLAN	**EN LA RED UNICAMENTE**	**EN LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Máximo de Beneficios Anuales	Sin Limites	$1,500	
Tratamiento de Ortodoncia	$2,835 Niño / $2,935 Adulto	$1,000 Solo Niños (hasta los 19 años)	
Deducible del año calendario	N/A	$50 / $150	
Co-Aseguro			
Preventivo (Clase I)	N/A	100%	100%
Básico (Clase II)	N/A	100%	80%
Mayor (Clase III)	N/A	60%	50%
Beneficios basados en	Tarifas contratadas	Tarifas contratadas	Percentil 90
Facturación de saldos	No	No	Sí
Deducible exento por Servicios Preventivos	Sí	Sí	Sí
PROGRAMA DE BENEFICIOS			
Exámen de Rutina - 9430	Sin Cargo	100%	100%
Limpieza Dental - 1110	Sin Cargo	100%	100%
Radiografías Panorámicas - 0330	$50	100%	100%
Extracciones Simples - 7140	$20	100%	80%
Conducto Radicular Endodoncia - 3330	$245	100%	80%
Raspado Periodontal - 4341	$50 por cuadrante	100%	80%
Dentaduras Completas - 5110	$325	60%	50%
Coronas - 2740	$245	60%	50%

Para obtener información más detallada sobre los beneficios dentales, consulte el resumen de beneficios.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO DE LA VISIÓN

Crown Linen LLC se complace en anunciar que, a partir del **1 de Octubre de 2025**, nuestra cobertura de la vista continuará con **United Healthcare**. Para encontrar un proveedor de servicios de la vista participante, visite **myuhc.com.**

UnitedHealthcare®	TL036 UHC STANDARD NETWORK	
SERVICIOS DEL PLAN	**EN LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Examen de la vista	$10 Copago	Reembolso de hasta $40
Lentes		Reembolso de hasta:
Singular , Bifocal & Trifocal	$25 Copago	$40, $60, $80
Marcos	$100 + 30% de Descuento	Reembolso de hasta $45
Lentes de Contacto		
Medicamente necesarios	$25 Copago	Reembolso de hasta $210
Lentes de contacto electivos en lugar de lentes/monturas	Asignación de $100	Reembolso de hasta $75
FREQUENCIA		
Examen Ocular	Cada 12 meses	
Lentes	Cada 12 meses	
Marcos	Cada 24 meses	

Para obtener información más detallada sobre los beneficios de la vista, consulte el resumen de beneficios

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE

Allstate ofrece cobertura suplementaria, que se paga en su totalidad por deducciones de nómina de empleados. La empresa no contribuye a la prima para estos planes. A través de **Allstate**, tendrá la opción de obtener más cobertura si usted o su familia inmediata se enferman. Los beneficios se pagan independientemente de otra cobertura.

SEGURO DE DISCAPACIDAD
Este plan reemplaza una parte de sus ingresos si queda discapacitado debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta.

SEGURO DE CANCER
La cobertura del cáncer puede ayudar a ofrecer tranquilidad cuando se produce un diagnóstico de cáncer. El seguro contra el cáncer paga beneficios en efectivo para ayudar con los costos asociados con los ratamientos de cancer y los gastos a medida que ocurren. Los beneficios en efectivo se pueden usar para estadías en el hospital, facturas médicas, cuidado de niños de transporte y más. Consulte los documentos del plan para obtener detalles completos de esta cobertura.

SEGURO DE VIDA
El seguro de vida ayuda a proteger a su familia de una pérdida repentina de ingresos en caso de fallecimiento. El seguro de vida del empleado se pagará a su(s) beneficiario(s) si usted fallece.

SEGURO DE ACCIDENTES
La póliza complementaria de seguro de accidentes es un plan de indemnización médica que proporciona a los empleados y sus familias hospital, médico, muerte accidental y Beneficios accidentales catastróficos
en caso de un accidente cubierto.

La cobertura solo para empleados y familiares está disponible. Estas son sus propias políticas. Si deja la empresa o se jubila, puede llevar la póliza con usted y pagar la misma prima. Allstate le facturará directamente.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE (ACCIDENTE)

Group Voluntary Accident (GVAP6)

24-Hour Accident Insurance from Allstate Benefits

BENEFIT AMOUNTS

Benefits are paid once per accident unless otherwise noted here or in the brochure

BASE POLICY BENEFIT		PLAN 1	PLAN 2
Initial Hospital Confinement (pays once/year)		$1,000	$1,500
Daily Hospital Confinement (pays daily)		$200	$300
Intensive Care (pays daily)		$400	$600
RIDER BENEFITS		**PLAN 1**	**PLAN 2**
Accident Treatment & Urgent Care Rider			
Ambulance	Ground	$200	$300
	Air	$600	$900
Accident Physician's Treatment		$100	$150
X-ray		$200	$300
Urgent Care		$100	$150
Dislocation or Fracture Rider[1]		$4,000	$6,000
Emergency Room Services Rider		$200	$300
Outpatient Physician's Treatment for Accident and Preventive Care Benefit Rider (OPH)	(pays daily)	$50	$50
Accidental Death, Dismemberment[1] and Functional Loss[1] Rider		$40,000	$60,000
Common Carrier	(fare-paying passenger)	$100,000	$150,000
BENEFIT ENHANCEMENT RIDER		**PLAN 1**	**PLAN 2**
Accident Follow-Up Treatment	(pays daily)	$100	$150
Lacerations		$100	$150
Burns	< 15% body surface	$200	$300
	15% or more	$1,000	$1,500
Skin Graft (% of Burns Benefit)		50%	50%
Brain Injury Diagnosis		$600	$900
Computed Tomography (CT) Scan and Magnetic Resonance Imaging (MRI)	(pays once/year)	$100	$150
Paralysis (pays once)	Paraplegia	$15,000	$22,500
	Quadriplegia	$30,000	$45,000
Coma with Respiratory Assistance		$20,000	$30,000
Open Abdominal or Thoracic Surgery		$2,000	$3,000
Tendon, Ligament, Rotator Cuff or Knee Cartilage Surgery	Surgery	$1,000	$1,500
	Exploratory	$300	$450
Ruptured Spinal Disc Surgery		$1,000	$1,500
Eye Surgery		$200	$300
General Anesthesia		$200	$300
Blood and Plasma		$600	$900
Appliance		$250	$375
Medical Supplies		$10.00	$15.00
Medicine		$10.00	$15.00
Prosthesis	1 device	$1,000	$1,500
	2 or more devices	$2,000	$3,000
Physical, Occupational or Speech Therapy	(pays daily)	$60	$90
Rehabilitation Unit (pays daily)		$200	$300
Non-Local Transportation		$500	$750
Family Member Lodging (pays daily)		$200	$300
Post-Accident Transportation (pays once/year)		$400	$600
Broken Tooth		$200	$300
Residence/Vehicle Modification		$1,000	$1,500
Pain Management (Epidural Injection)		$100	$150
Miscellaneous Outpatient Surgery		$200	$300

[1]Up to amount shown; see Injury Benefit Schedule on reverse. Multiple losses from same injury pay only up to amount shown above.

INJURY BENEFIT SCHEDULE

Benefit amounts for coverage and one occurrence are shown below.

COMPLETE DISLOCATION	PLAN 1	PLAN 2
Hip joint	$4,000	$6,000
Knee or ankle joint[▲], bone or bones of the foot[▲]	$1,600	$2,400
Wrist joint	$1,400	$2,100
Elbow joint	$1,200	$1,800
Shoulder joint	$800	$1,200
Bone or bones of the hand[▲], collarbone	$600	$900
Two or more fingers or toes	$280	$420
One finger or toe	$120	$180
COMPLETE, SIMPLE OR CLOSED FRACTURE	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Hip, thigh (femur), pelvis[++]	$4,000	$6,000
Skull[++]	$3,800	$5,700
Arm, between shoulder and elbow (shaft), shoulder blade (scapula), leg (tibia or fibula)	$2,200	$3,300
Ankle, knee cap (patella), forearm (radius or ulna), collarbone (clavicle)	$1,600	$2,400
Foot[++], hand or wrist[++]	$1,400	$2,100
Lower jaw[++]	$800	$1,200
Two or more ribs, fingers or toes, bones of face or nose	$600	$900
One rib, finger or toe, coccyx	$280	$420
LOSS	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Life, hearing, speech, or both eyes, hands, arms, feet, or legs, or one hand or arm and one foot or leg	$40,000	$60,000
One eye, hand, arm, foot, or leg	$20,000	$30,000
One or more entire toes or fingers	$4,000	$6,000

[▲]Knee joint (except patella). Bone or bones of the foot (except toes). Bone or bones of the hand (except fingers). [++]Pelvis (except coccyx). Skull (except bones of face or nose). Foot (except toes). Hand or wrist (except fingers). Lower jaw (except alveolar process).

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE (DISCAPACIDAD)

BENEFITS

BASE POLICY BENEFITS

Total Disability - the monthly benefit starts after the elimination period has been met. Benefits will not continue beyond the maximum benefit period

Partial Disability - 50% of the monthly benefit is paid after at least one month that the Total Disability Benefit is payable. Payments continue while partially disabled for up to 3 months, but not beyond the maximum benefit period

Pregnancy - a benefit for pregnancy is paid if total disability first begins after the certificate has been in force for at least 9 months

Organ Donor - a benefit is paid when disabled from donating an organ

Waiver of Premium - premiums are waived after monthly disability benefits are payable for 30 days in a row, for as long as monthly benefits are payable

BASE POLICY BENEFIT CONDITIONS

Concurrent Disability - one monthly benefit is paid, even if you are disabled due to more than one cause. Being disabled from more than one cause does not extend the payment of benefits under the maximum benefit period

Recurrent Disability - a benefit is paid if disabled from the same or related cause within 6 months without a new waiting period or maximum benefit period

DETAILS OF COVERAGE

Maximum Monthly Benefit – $5,000

Benefit Period – 3 Months

Elimination Period for Accident - 7 Days

Elimination Period for Sickness - 7 Days

Monthly Benefit - Your monthly disability benefit may be reduced if you receive disability payments from other deductible sources of income which include individual disability income policies, other group insurance coverage, or income from any job for wage or profit. The calculation of your monthly benefit may also be affected if your state of residence mandates state disability insurance.

DEFINITIONS

Total Disability – due to a sickness or injury, you are: (1) unable to perform the material and substantial duties of your own occupation; (2) under the regular care of a doctor; and (3) not working in any job for wage or profit (item 3 applies after you have been disabled for more than 12 months)

Partial Disability - due to a sickness or injury, you are: unable to perform the material and substantial duties of your own occupation on a full-time basis, but are able to work part-time; and under the regular care of a doctor

Elimination (Waiting) Period – a period of continuous total disability which must be satisfied before you are eligible to receive benefits

Own Occupation - during the first 12 months of disability, the job you are performing when the period of disability begins, as described in your employer's job description. After 12 months of disability, it refers to the occupation as performed in the national economy, not a specific employer in a specific location

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE (CANCER)

BENEFIT AMOUNTS

HOSPITAL CONFINEMENT AND RELATED BENEFITS	PLAN 1	PLAN 2
Continuous Hospital Confinement (daily)	$100	$200
Extended Benefits[1] (daily)	$100	$200
Government or Charity Hospital (daily)	$100	$200
Private Duty Nursing Services[1] (daily)	$100	$200
Extended Care Facility[1] (daily)	$100	$200
At Home Nursing[1] (daily)	$100	$200
Hospice Care Center[1] (daily) or Hospice Care Team[1] (per visit)	$100 $100	$200 $200
RADIATION/CHEMOTHERAPY	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Radiation/Chemotherapy[1] (every 12 months)	$5,000	$10,000
Blood, Plasma, and Platelets[1] (every 12 months)	$5,000	$10,000
SURGERY AND RELATED BENEFITS	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Surgery[2] 1. Inpatient 2. Outpatient	 $1,500 $2,250	 $3,000 $4,500
Anesthesia[1] (% of surgery benefit)	25%	25%
Bone Marrow or Stem Cell Transplant (once/year) 1. Autologous 2. Non-autologous (cancer or specified disease treatment) 3. Non-autologous (Leukemia)	 1. $500 2. $1,250 3. $2,500	 1. $1,000 2. $2,500 3. $5,000
Ambulatory Surgical Center[1] (daily)	$250	$500
Second Surgical Opinion[1]	$200	$400
TRANSPORTATION AND LODGING BENEFITS	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Ambulance[1] (per confinement)	$100	$100
Non-Local Transportation (coach fare or amount shown per mile♠)	$0.40/mi	$0.40/mi
Outpatient Lodging[3] (daily; limit $2,000/12 mo. period)	$50	$50
Family Member Lodging[3] (daily per trip; max. 60 days) and Transportation (coach fare or amount shown per mile♠)	$50 $0.40/mi	$50 $0.40/mi
MISCELLANEOUS BENEFITS	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Inpatient Drugs and Medicine[1] (daily)	$25	$25
Physician's Attendance[1] (daily)	$50	$50
Physical or Speech Therapy[1] (daily)	$50	$50
New or Experimental Treatment[1] (every 12 months)	$5,000	$5,000
Prosthesis[1] (per amputation)	$2,000	$2,000
Comfort/Anti-Nausea Benefit[1]	$200	$200
Waiver of Premium (employee only)	Yes	Yes
ADDITIONAL BENEFITS	**PLAN 1**	**PLAN 2**
Cancer Initial Diagnosis (one-time benefit)	$5,000	$5,000
Intensive Care (ICU) — ICU Confinement (daily) Ambulance	$200 Charges	$200 Charges
Cancer Screening	$75	$100

[1]Pays actual charges up to amount listed. [2]Pays actual charges up to amount listed in certificate Schedule of Surgical Procedures. Amount paid depends on surgery. [3]Pays actual cost up to amount listed.
♠Maximum of 700 miles.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SEGURO PARA EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLSTATE (VIDA A TERMINO)

Why Term Life Insurance might be right for you

Have you ever experienced a life-changing event, whether good or bad, and worried that you would not have the finances in place to handle it if you lost your spouse?

Perhaps it has crossed your mind, but you put it off because you did not want to think about the unthinkable. However, if you have a spouse, children, or even grandchildren, that is reason enough to think about planning for their future today.

Here are some additional reasons to consider:

- You can't predict when you'll die, whether from a disease, accidental injury or natural causes
  Upon your death, Term to Age 100 can provide a lump-sum cash benefit directly to your designated beneficiary
- You live on a budget, and purchasing traditional permanent life insurance would be costly
  Term to Age 100 is affordably priced
- You want a Term Life policy that offers coverage for more than 5, 10 or 20 years
  Term to Age 100 offers coverage that can be with you until age 100
- You want affordable coverage that goes with you should you leave your employer
  You can take the Term to Age 100 coverage with you; see your Certificate of Insurance for details
- You're the primary wage earner and your family would have difficulty living without your income
  If you die before age 100, Term to Age 100 offers your designated beneficiary a lump-sum death benefit that is guaranteed for the first five years of coverage and is priced to remain level under current experience factors
- You have recurring monthly debts such as a mortgage, car payment or credit cards
  Term to Age 100 provides a lump-sum death benefit that can be used to help cover monthly expenses
- You have children under 18, and they require money for daily living expenses such as food, clothing, school sports and college education
  Term to Age 100 provides a lump-sum death benefit that can be used to help with daily living expenses
- Your family may need additional money to help with health care related bills after you die
  Term to Age 100 provides a lump-sum death benefit that can be used to help cover these expenses

Benefits

Term Life Insurance Death Benefit - pays a lump-sum death benefit to your designated beneficiary when you die before age 100

ADDITIONAL RIDER BENEFIT†

Accelerated Death Benefit for Terminal Illness - an advance of the death benefit is paid when diagnosed as terminally ill

†The rider listed has exclusions and limitations.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

GLOSARIO

Participación en los costos aplicables

La parte de los costos cubiertos por su seguro que usted paga de su propio bolsillo. Incluye deducibles, coseguros y copagos. No incluye primas, montos de facturación de saldos para proveedores fuera de la red o servicios no cubiertos.

Facturación de saldos

Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de $100 y el monto permitido es de $70, el proveedor puede facturarle los $30 restantes. Un proveedor preferido no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

Coaseguro

La parte del costo de la atención recibida por la cual una persona es financieramente responsable, que generalmente se calcula como un porcentaje (como el 20%). A menudo, el coaseguro se aplica después de que se haya alcanzado un deducible específico y puede estar sujeto a un desembolso individual.

Por ejemplo, si el monto permitido del plan para una visita al consultorio es de $100 y usted ya alcanzó su deducible, su pago de coseguro del 20 % sería de $20. El plan paga el resto del monto permitido.

Copago

Un pago que realiza en el momento en que se prestan los servicios seleccionados y no se requiere ningún pago adicional. Los copagos suelen ser montos fijos (por ejemplo, $15) que cubren elementos como visitas al consultorio, medicamentos recetados y atención de emergencia.

Gastos cubiertos

Gastos de atención médica que están cubiertos por su plan de salud.

Deducible

El monto de los gastos elegibles que debe pagar de su bolsillo cada año del plan antes de que el plan comience a pagar. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

Deducible incorporado

Un deducible incorporado es un nivel de deducible individual dentro de un contrato familiar. Por ejemplo, si hay un deducible familiar de $3000 con un deducible incorporado individual de $1500, cuando un miembro de la familia alcanza los $1500 en gastos, la cobertura de su plan de beneficios entra en vigencia.

Deducible no incorporado

Un deducible no incorporado requiere que se alcance el deducible familiar completo antes de que la cobertura del plan de beneficios entre en vigencia para uno o más miembros de la familia.

Evidencia de asegurabilidad

Un cuestionario médico utilizado para determinar si se aprobará o rechazará la cobertura de un solicitante.

Emisión de garantía

La cantidad disponible sin proporcionar una Evidencia de asegurabilidad (EOI). Se requerirá una EOI para cualquier cantidad superior a esta, para inscripciones tardías o aumentos en el seguro.

Dentro de la red

Atención médica recibida de médicos, instalaciones o proveedores que tienen contrato con la aseguradora para brindar servicios sobre la base de un descuento negociado

Ingreso tardío

Un miembro que se vuelve asegurado más de 30 días después de la elegibilidad inicial o se vuelve asegurado nuevamente después de renunciar previamente a la cobertura.

Genérico obligatorio

Cuando solicita un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, paga el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Se puede permitir la dispensación según lo escrito (DAW). Con la DAW no se le cobrará una diferencia de costo.

Fuera de la red

Atención recibida de médicos, centros o proveedores que no tienen contrato con la aseguradora para brindar servicios con un descuento negociado.

Gastos de bolsillo

Monto que paga por el costo de los servicios de atención médica, puede incluir deducibles, copagos y/o coseguro.

Máximo de desembolso personal

El monto máximo en dólares que un miembro debe pagar de su bolsillo durante un período de beneficios. Los planes pueden variar, pero pueden aplicarse deducibles y coaseguros para alcanzar el máximo de desembolso personal.

Proveedor preferido

Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora/proveedor para brindarle servicios con descuento.

Proveedor

Médico (médico, dental o de la vista), profesional de la salud o centro con licencia, certificación o acreditación según lo exija la ley estatal.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

AVISOS ANUALES

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

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

PARTE A: Información general
Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?
El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?
Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?
Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 % de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.[1]

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.[1][2]

---

1 Indexado anualmente; consulte https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.

2 Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?
Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?
Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.
Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para obtener más detalles.
¿Cómo puedo obtener más información?
Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con Recursos Humanos.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

Nombre del empleador	Crown Linen LLC.
Número de identificación del empleador (EIN):	20-0036473
Dirección:	3235 NW 62nd Street, Miami, FL 33147
Número de teléfono :	305-691-4048
¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?	Lenis Figuera | Generalista de Nóminas y Beneficios
Correo electrónico:	figuera@crownlinen.net

A continuación se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
☒ Algunos empleados: Empleados elegibles a tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana.

Con respecto a los dependientes:
☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
Cónyuge legal, pareja de hecho y dependientes de empleados de hasta 26 años; y depe dientes que tengan 26 años o más según las pautas del estado de Florida (FSS 627.6562)

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si marca esta casilla, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted está pensado para que sea asequible, en función de los salarios de los empleados.

***Incluso si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si se contrató por primera vez a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.*

Si decide comprar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Aquí se encuentra la información del empleador que deberá ingresar cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

AVISO DE MEDICARE PARTE D COBERTURA ACREDITABLE

PARA EMPLEADOS ELEGIBLES PARA MEDICARE INSCRITOS EN LOS PLANES DE UNITED HEALTHCARE.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Seguro médico del estado. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

2. **Crown Linen LLC.** ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los planes de United Healthcare, son promedio para todos los participantes del plan, pagan tanto como el Medicare estándar la cobertura de medicamentos recetados paga y se considera cobertura acreditable. Debido **a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.**

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare y cada año desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos recetados, y no es su culpa, usted será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Además, si pierde o decide abandonar la cobertura patrocinada por el empleador/sindicato, será elegible para unirse a un plan de la Parte D en ese momento utilizando un Período de inscripción especial de grupo de empleadores.

Debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área.

Si decide inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de Crown Linen LLC. no se verá afectada. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar la cobertura de medicamentos recetados patrocinada por su empleador, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura grupal y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Recuerde: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no prima (una penalización).

Para obtener más información sobre su opción bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...
Llame a nuestra oficina para más información.

Nota: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con Crown Linen LLC. cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Revise el manual “Medicare y usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Recibirá una copia de Medicare por correo cada año.

Asi mismo puede obtener más información sobre los planes de Medicare para medicamentos recetados en los siguientes lugares:

- Visite **medicare.gov**.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (o consulte el Manual “Medicare y Usted”)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, la ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare es disponible. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en **segurosocial.gov**, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

AVISO DE CAMBIOS EN LA REFORMA DE SALUD

Como recordatorio, los siguientes cambios en nuestros planes médicos de **Crown Linen LLC.** siguen siendo válidos para el año del plan 2025.

- El límite de beneficio de Por Vida será ilimitado en los servicios esenciales. No habrá límite anual de beneficios esenciales.

Beneficios esenciales pueden incluir:
- Servicios de pacientes ambulatorios
- Servicios de Emergencia
- Hospitalización
- Maternidad y Atención del Recién Nacido
- Salud Mental y Abuso de Sustancias
- Medicamentos con Receta
- Servicios de Rehabilitación y de facilitación y dispositivos (incluyendo equipo médico duradero)
- Servicios de Laboratorio
- Servicios de Prevención y Bienestar
- Manejo de las Enfermedades Crónicas
- Servicios Pediátricos, incluyendo la atención oral y visión

Ciertos servicios preventivos son ahora cubiertos 100% sin cargo alguno, cuando utiliza los proveedores de la red de **United Healthcare,** estos incluyen:

- Rutina física para adultos
- Exámenes de rutina del niño sano
- Exámenes ginecológicos de rutina (incluye pap y los cargos relacionados)
- Detección del cáncer colorrectal
- Mamografías de rutina

- La mayoría de los Medicamentos Genéricos de Anticonceptivos Orales y Productos por un valor de $0 de costo-compartido. (FDA Métodos Anticonceptivos Aprobados para Mujeres). Los artículos disponibles sin una receta médica no están cubiertos según la ley de Reforma de la Atención Médica.

- Exclusiones de condiciones preexistentes no se aplican.

- Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años de edad - 30 años si se cumplen los criterios específicos. Los dependientes menores de 26 años pueden inscribirse dentro de los 30 días de la renovación de la cobertura a partir del 1 de Octubre del 2025.

- Apelaciones: las personas cubiertas tendrán derecho a una apelación interna y una revisión externa para las determinaciones de cobertura o reclamaciones.

- Servicios ginecológicos y obstétricos: no se requerirá autorización o derivación para atención ginecológica u obstétrica.

- El máximo de desembolso personal incluirá deducible, coseguro y copagos (incluídos los copagos de medicamentos recetados cubiertos).

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACION DE COBRA

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de la vida. A esto también se le llama “evento clasificatorio”. Los eventos clasificatorios específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA [elija e ingrese la información adecuada: debe pagar o no está obligado a pagar] para la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:
- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:
- Su cónyuge fallece;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:
- Fallece el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres-empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su falta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como un “hijo dependiente”.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?
El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del trabajador;
- El hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).
-

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar esto a la persona que figura en la "Información de contacto del plan", al final de este aviso, junto con la documentación de respaldo del evento de vida calificado.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión del período de continuación de 18 meses para el segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

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

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

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de en la continuación de la cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía tiene empleo, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando la primera de las siguientes fechas:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede suspenderse debido a su derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

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

Informe a su plan si cambia de dirección

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

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCION

Este aviso se proporciona para ayudarle a comprender su derecho a solicitar una cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

- **Pérdida de otra cobertura:** si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).
- **Matrimonio, nacimiento o adopción:** si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación en adopción.
- **Medicaid o CHIP:** si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de la elegibilidad para un subsidio de asistencia para el pago de primas. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan.

LEY DE PROTECCION DE LA SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS Y DE LAS MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre de su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas si corresponde).

LEY DE NO DISCRIMINACION POR INFORMACION GENETICA (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni exigir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia. GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de una persona o de un miembro de la familia de la persona, excepto según lo permita específicamente esta ley.

Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La “información genética”, según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de pruebas genéticas, el hecho de que un miembro haya solicitado o recibido servicios genéticos y la información genética de un feto llevado por un miembro o un embrión legalmente retenido por un miembro para recibir servicios de reproducción asistida.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas bajo el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con su administrador del plan al (consulte la página de portada para obtener información de contacto).

LEY DE 1998 SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CANCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer requiere que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:
Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; Prótesis; y Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coseguro que sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan (consulte la página de portada para obtener información de contacto).

LEY DE MICHELLE : COBERTURA PARA ESTUDIANTES DEPENDIENTES

Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante para fines de la cobertura del plan de salud grupal como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal continuará brindando cobertura durante la licencia de ausencia hasta por un año, o hasta que la cobertura termine bajo el plan de salud grupal, lo que ocurra primero.

Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

EL ACTA DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 (USERRA)

La Ley de derechos de empleo y reempleo de personal uniformado y de servicios de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés) establece los requisitos para la continuación de la cobertura de salud y el reempleo en relación con la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de vida, discapacidad a corto o largo plazo o muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación completa de USERRA y sus derechos está fuera del alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) para cualquiera de nuestras coberturas de seguro grupales o visite este sitio: http://dol.gov/vets/programs/userra. Una fuente alternativa es VETS. Puede comunicarse con ellos al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio: https://www.dol.gov/agencies/vets. Puede ver un asesor interactivo en línea de USERRA en https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra/.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS DE SORPRESA

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones de saldo sorpresa.

¿Qué es "facturación del saldo" (en ocasiones llamada "facturación sorpresa")?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término "fuera de la red" se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio. A esto se le llama **"facturación del saldo"**. Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

"La facturación sorpresa" es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia
Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor o centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted **no** le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red
Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** pueden pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red no pueden facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturacion del saldo, usted tambien cuenta con las siguientes protecciones:

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría a un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud tiene que:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
- Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
- Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto con El Departmento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-696-6775.

Visite **www.cms.gov/nosurprises** para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

SUS DERECHOS DE PERSONAL SEGÚN LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

¿Qué es una licencia de FMLA?
La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que proporciona al personal elegible **licencias con protección del empleo** por razones familiares y médicas que califiquen. La División de Horas y Salarios (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. hace cumplir la FMLA para la mayoría del personal.

El personal elegible puede tomarse licencias de FMLA de **hasta 12 semanas de trabajo** en un periodo de 12 meses por:

- El nacimiento, la adopción o la ubicación de hogar adoptivo de un niño o niña,
- Un problema grave de salud mental o físico que le impide trabajar,
- El cuidado de su cónyuge, hijos, hijas o padres con enfermedades mentales o físicas graves, y
- Ciertas razones que califican, relacionadas con la asignación de su cónyuge, hijo, hija, padre o madre en el servicio militar.

El personal que sea cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano de una persona cubierta en el servicio militar con una lesión o enfermedad grave **puede tomarse una licencia de FMLA de hasta 26 semanas de trabajo** en un solo periodo de 12 meses para cuidar a la persona en servicio.

Puede que usted tenga derecho a usar la licencia de FMLA en **un bloque de tiempo**. Cuando haya una necesidad médica o se permita por otro motivo, puede tomar una licencia de FMLA **de forma intermitente en bloques separados, o con un horario reducido** trabajando menos horas al día o a la semana. Lea la hoja informativa #28M(c) para obtener más información.

La licencia de FMLA **no es una licencia paga**, pero usted puede elegir, o puede que su empresa le exija, utilizar cualquier licencia paga proporcionada por la empresa si la política de licencias de su empresa cubre el motivo por el cuál necesita una licencia de FMLA.

¿Soy elegible para tomar una licencia de FMLA?
Usted es **elegible** si aplican **todas** las siguientes condiciones:

- Trabaja para una empresa cubierta,
- Ha trabajado para su empresa durante al menos 12 meses,
- Tiene al menos 1250 horas de servicio para su empresa durante los 12 meses previos a su licencia, y
- Su empresa tiene al menos 50 integrantes del personal dentro de las 75 millas desde su lugar de trabajo.

El personal de tripulación de vuelo tiene requisitos de «horas de servicio» diferentes.

Trabaja para una **empresa cubierta** si aplica **una** de las siguientes condiciones:

- Trabaja para una empresa privada que tiene al menos 50 integrantes del personal durante al menos 20 semanas laborales en el año actual o anterior,
- Trabaja para una escuela primaria o secundaria pública o privada, o
- Trabaja para una agencia pública, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría del personal está cubierta por el Título II de la FMLA, administrada por la Oficina de Administración de Personal.

¿Cómo solicito una licencia de FMLA?
En general, **para solicitar una licencia de FMLA usted debe**:

- Seguir las políticas regulares de su empresa para solicitar licencias,
- Avisar con al menos 30 días de anticipación que necesita una licencia de FMLA, o
- Si no es posible avisar con anticipación, avisar tan pronto sea posible.

Usted **no tiene obligación de compartir un diagnóstico médico**, pero debe proporcionar información suficiente para que su empresa pueda determinar si la licencia califica para la protección de la FMLA. Usted también **debe informar a su empresa si se tomó una licencia de FMLA anteriormente** o se aprobó por el mismo motivo al solicitar una licencia adicional.

Su **empresa puede solicitar certificación** de un prestador de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar certificación de una exigencia que califique.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni invalida ninguna ley estatal o local o acuerdo colectivo que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

El personal estatal puede estar sujeto a ciertas limitaciones al buscar demandas directas con respecto a licencias por sus propias condiciones graves de salud. La mayor parte del personal federal y cierta parte del congresional también está cubierta por la ley, pero está sujeta a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal de EE. UU. o al Congreso.

¿Qué debe hacer mi empresa?
Si usted es elegible para una licencia de FMLA, su **empresa debe**:

- Permitirle que se ausente del trabajo con su empleo protegido, por un motivo que califique,
- Continuar su plan de cobertura grupal de salud mientras se encuentra de licencia, de la misma forma que si no estuviera de licencia, y
- Permitirle regresar al mismo empleo, o a un empleo virtualmente igual con el mismo salario, los mismos beneficios y otras condiciones de trabajo, incluidos los turnos y la ubicación, al finalizar su licencia.

Su **empresa no puede interferir con sus derechos de la FMLA** ni amenazar ni castigarle por ejercer sus derechos en virtud de la ley. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar una licencia de FMLA o cooperar con una investigación de WHD.

Tras tomar conocimiento de que su necesidad de tomar una licencia es por un motivo que califica según la FMLA, su **empresa debe confirmar si usted es elegible** o no para la licencia de la FMLA. Si su empresa determina que usted es elegible, su **empresa debe notificarle por escrito**:

- Sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, y
- Qué parte de su licencia solicitada, si la hubiera, será protegida por la FMLA.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Llame al **1-866-487-9243** o visite **dol.gov/fmla** para conocer más.

Si cree que sus derechos según la FMLA han sido violados, puede presentar una denuncia ante la WHD o presentar una demanda privada contra su empresa en la corte. **Escanee el código QR para conocer más sobre el proceso de denuncias de la WHD**.

ESCANEAR

DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite **healthcare.gov.**

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW o insurekidsnow.gov** para averiguar cómo presentar una solicitud. 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 recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de «inscripción especial», y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

	ALABAMA Medicaid	**Sitio web:** http://myalhipp.com/	**Teléfono:** 1-855-692-5447
	ALASKA Medicaid	**The AK Health Insurance Premium Payment Program** **Sitio web:** http://myakhipp.com/ **Email:** CustomerService@MyAKHIPP.com **Medicaid Eligibility:** https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	**Teléfono:** 1-866-251-4861
	ARKANSAS Medicaid	**Sitio web:** http://myarhipp.com/	**Teléfono:** 1-855-692-7447
	CALIFORNIA Medicaid	**Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program** **Sitio web:** http://dhcs.ca.gov/hipp **Email:** hipp@dhcs.ca.gov	**Teléfono:** 916-445-8322
	COLORADO Health First Colorado & Child Health Plan Plus	**Health First Colorado Sitio web:** https://www.healthfirstcolorado.com/ **CHP+:** https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus **Health Insurance Buy-In Program (HIBI):** https://www.mycohibi.com/	**Member Contact Center:** 1-800-221-3943/State Relay 711 **CHP+ Customer Service:** 1-800-359-1991/State Relay 711 **HIBI Customer Service:** 1-855-692-6442
	FLORIDA Medicaid	**Sitio web:** https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html	**Teléfono:** 1-877-357-3268

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

	GEORGIA Medicaid	**GA HIPP Sitio web:** https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp	**Teléfono:** 678-564-1162, Press 1
		GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	**Teléfono:** 678-564-1162, Press 2
	INDIANA Medicaid	**Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid**	
		Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/	**Family and Social Services Administration Teléfono:** 1-800-403-0864 **Member Services Teléfono:** 1-800-457-4584
	IOWA Medicaid & CHIP (Hawki)	**Medicaid Sitio web:** Iowa Medicaid | Health & Human Services	**Medicaid Teléfono:** 1-800-338-8366
		Hawki Sitio web: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services	**Hawki Teléfono:** 1-800-257-8563
		HIPP Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov)	**HIPP Teléfono:** 1-888-346-9562
	KANSAS Medicaid	**Sitio web:** https://www.kancare.ks.gov/	**Teléfono:** 1-800-792-4884 **HIPP Teléfono:** 1-800-967-4660
	KENTUCKY Medicaid	**Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web:** https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx	**Teléfono:** 1-855-459-6328 **Email:** KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
		KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov **Kentucky Medicaid Sitio web:** https://chfs.ky.gov/agencies/dms	**Teléfono:** 1-877-524-4718
	LOUISIANA Medicaid	**Sitio web:** www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp	**Teléfono:** 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
	MAINE Medicaid	**Enrollment Sitio web:** https://www.mymaineconnection.gov/benefits/	**Teléfono:** 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
		Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	**Teléfono:** 1-800-977-6740 **TTY:** Maine relay 711
	MASSACHUSETTS Medicaid & CHIP	**Sitio web:** https://www.mass.gov/masshealth/pa	**Teléfono:** 1-800-862-4840 **TTY:** 711
		Email: masspremassistance@accenture.com	
	MINNESOTA Medicaid	**Sitio web:** https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/	**Teléfono:** 1-800-657-3672
	MISSOURI Medicaid	**Sitio web:** http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.html	**Teléfono:** 573-751-2005
	NEVADA Medicaid	**Medicaid Sitio web:** http://dhcfp.nv.gov	**Teléfono:** 1-800-992-0900

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

	NEW HAMPSHIRE Medicaid	**Sitio web:** https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program **Email:** DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	**Teléfono:** 603-271-5218 **Toll free number for the HIPP program:** 1-800-852-3345, ext. 15218
	NEW JERSEY Medicaid & CHIP	**Medicaid Sitio web:** http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ **CHIP Sitio web:** http://www.njfamilycare.org/index.html	**Teléfono:** 1-800-356-1561 **CHIP Premium Assistance Teléfono:** 609-631-2392 **CHIP Teléfono:** 1-800-701-0710
	NEW YORK Medicaid	**Sitio web:** https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/	**Teléfono:** 1-800-541-2831
	NORTH CAROLINA Medicaid	**Sitio web:** https://medicaid.ncdhhs.gov/	**Teléfono:** 1-919-855-4100
	NORTH DAKOTA Medicaid	**Sitio web:** https://www.hhs.nd.gov/healthcare	**Teléfono:** 1-844-854-4825
	OKLAHOMA Medicaid	**Sitio web:** http://www.insureoklahoma.org	**Teléfono:** 1-888-365-3742
	OREGON Medicaid	**Sitio web:** http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	**Teléfono:** 1-800-699-9075
	PENNSYLVANIA Medicaid	**Sitio web:** https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP Sitio web: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov)	**Teléfono:** 1-800-692-7462 **CHIP Teléfono:** 1-800-986-KIDS (5437)
	RHODE ISLAND Medicaid & CHIP	**Sitio web:** http://www.eohhs.ri.gov/	**Teléfono:** 1-855-697-4347 **Teléfono: 1**-401-462-0311
	SOUTH CAROLINA Medicaid	**Sitio web:** https://www.scdhhs.gov	**Teléfono:** 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
	SOUTH DAKOTA Medicaid	**Sitio web:** http://dss.sd.gov	**Teléfono:** 1-888-828-0059
	TEXAS Medicaid	**Sitio web:** Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Texas Health and Human Services	**Teléfono:** 1-800-440-0493
	UTAH Medicaid & CHIP	**Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web:** https://medicaid.utah.gov/upp/ **Adult Expansion Sitio web:** https://medicaid.utah.gov/expansion/ **CHIP Sitio web:** https://chip.utah.gov/	**Teléfono:** 1-888-222-2542 **Email:** upp@utah.gov **Utah Medicaid Buyout Program Sitio web:** https://medicaid.utah.gov/buyout-program/
	VERMONT Medicaid	**Sitio web:** Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access	**Teléfono:** 1-800-250-8427
	VIRGINIA Medicaid & CHIP	**Sitio web:** https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select **Teléfono:** 1-800-432-5924	**Sitio web:** https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

	WASHINGTON Medicaid	**Sitio web:** https://www.hca.wa.gov/	**Teléfono:** 1-800-562-3022
	WEST VIRGINIA Medicaid & CHIP	**Sitio web:** https://dhhr.wv.gov/bms/ **Sitio web :** http://mywvhipp.com/	**Medicaid Teléfono:** 1-304-558-1700 **CHIP Toll-free Teléfono:** 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
	WISCONSIN Medicaid & CHIP	**Sitio web:** https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.html	**Teléfono:** 1-800-362-3002
	WYOMING Medicaid	**Sitio web:** https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/	**Teléfono:** 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ouractivities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

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

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

AVISO DE HIPAA

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe en tu nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responda las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en caso de desastre
- Comercialice nuestros servicios y venda su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Es posible que usemos y compartamos su información de la siguiente manera:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pague por sus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otros la información que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su cuidado.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos solicitó). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros mediante el información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a: 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
- fines de propaganda
- Venta de su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?
Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que lo están tratando.
Ejemplo: *un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

Dirigir nuestra organización
- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos la edad de cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: *Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

Pague por sus servicios de salud
Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.
Ejemplo: *compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

Administre su plan
Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.
Ejemplo: *su empresa nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le brindamos empresa con ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?
Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayuda con el retiro de productos.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

Hacer investigación
Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley
Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responda a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabaje con un médico forense o director de funeraria
- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de aplicación de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno, como militares, seguridad nacional y presidenciales.

servicios de proteccion

Responder a demandas y acciones legales
Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.**

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

 © 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

© 2025 Brown & Brown, Inc. Todos los derechos reservados.

Ready to find your solutions? Let’s chat.

Brown & Brown

Any solicitation or invitation to discuss insurance sales or servicing is being provided at the request of

Brown & Brown Insurance Services, Inc.,

an owned subsidiary of Brown & Brown, Inc.

Brown & Brown Insurance Services, Inc.

only provides insurance related solicitations or services to insureds or insured risks in jurisdictions where it and its individual insurance professionals are properly licensed.

Brown & Brown Insurance Services, Inc.
in CA Brown & Brown Retail Insurance Services (CA Entity License #0F56560)
1201 W. Cypress Creek Road, Suite 130 Ft Lauderdale, FL 33309 | (954) 776-2222

©2024 Brown & Brown. All rights reserved.