



Este es un breve resumen con una descripción general de los beneficios para empleados que se brindan a los empleados elegibles, regulares a tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas por semana. Estos beneficios son efectivos desde el 1 de julio de 2026 hasta el 30 de junio de 2027. Los dependientes elegibles incluyen su cónyuge o pareja doméstica e hijos hasta los 26 años de edad.

Consulte el Resumen de Beneficios para obtener detalles adicionales sobre elegibilidad, cobertura de beneficios y límites del plan. El resumen se puede encontrar en www.ourbenefitsinfo.com.

BENEFICIOS	OPCIONES DE COBERTURA
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> · Blue Shield EPO (Solo en California) – El plan paga el 100% por la mayoría de los servicios cubiertos después del deducible de \$500 por persona / \$1,000 por familia. La atención preventiva está cubierta al 100% sin deducible. Las visitas al consultorio, telemedicina quiropráctico y la atención de urgencia solo tienen copagos, no se les aplica el deducible. * · Blue Shield Standard PPO – El plan paga el 90% por la mayoría de los servicios cubiertos después del deducible de \$500 por persona / \$1,000 por familia. La atención preventiva está cubierta al 100% sin deducible. Las visitas al consultorio, telemedicina y la atención de urgencia solo tienen copagos, no se aplica el deducible. * · Blue Shield Choice PPO – El plan paga el 80% por la mayoría de los servicios cubiertos después del deducible de \$2,000 por persona / \$4,000 por familia. La atención preventiva está cubierta al 100% sin deducible. Las visitas al consultorio, telemedicina y la atención de urgencia solo tienen copagos, no se aplica el deducible. · Blue Shield HDHP PPO – El plan paga el 80% por la mayoría de los servicios cubiertos después del deducible de cobertura para empleados de \$3,000 / \$6,000 por familia. Una o todas las personas del plan familiar deben satisfacer el deducible familiar completo antes de que el plan comience a pagar los beneficios. El deducible se puede compensar con los fondos de la HSA. La atención preventiva está cubierta al 100% sin deducible. Las visitas al consultorio, la telemedicina, la atención de urgencia y los medicamentos recetados están sujetos a un deducible antes de que el plan comience a pagar el 80%. * <p>*** <i>Los beneficios listados reflejan únicamente los costos dentro de la red</i></p>
DENTAL	<ul style="list-style-type: none"> · Delta Dental PPO – Brinda servicios de atención dental preventiva, básica y mayor hasta \$2,000 por persona por año. Incluye ortodoncia para adultos y hijo(os) hasta un máximo de por vida de \$1,500. *** <i>Los beneficios listados reflejan únicamente los costos dentro de la red</i> · Delta Dental DHMO (Solo en California) – Brinda servicios de atención dental preventiva, básica y mayor hasta ilimitado por año. Beneficios sujetos a copagos programados. Incluye ortodoncia. *<i>Solo red de Deltacare USA</i>
VISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Vision VSP – Incluye un examen anual de la vista (100%) y lentes 1 vez cada 12 meses desde la última fecha de servicio. Los marcos y los lentes de contacto en lugar de anteojos tienen una asignación de \$150 y se les permite una vez cada 12 meses desde el último día de servicio. *<i>Dentro de la red</i>
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	<ul style="list-style-type: none"> · Puede inscribirse en una cuenta si se elige Anthem HSA PPO. · Cobertura Individual: Contribuya hasta \$4,400 para 2026. · Cobertura Familiar – Contribuya hasta \$8,750 para 2026.

BENEFICIOS OPCIONES DE COBERTURA

<p>SEGURO DE DISCAPACIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Discapacidad a corto plazo (SDI) – Reemplaza el 60% de los ingresos semanales cubiertos (máximo \$1,500 por semana) hasta la semana 13 de discapacidad. Los beneficios comienzan después de 7 días debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo. · CA, HI, NY, RI y NJ utilizarán el programa estatal de discapacidad y no el programa de la empresa. · Clase 1 Todos los empleados fuera de California: Discapacidad a largo plazo (LTD) – Reemplaza el 60% de los ingresos mensuales cubiertos (máximo \$5,000 por mes) hasta los 65 años o SSNRA. Los beneficios comienzan después de 90 días de discapacidad · Clase 2 Todos los empleados de California: Discapacidad a largo plazo (LTD) –Reemplaza el 60% de los ingresos mensuales cubiertos (máximo \$5,000 por mes) hasta los 65 años o SSNRA. Los beneficios comienzan después de 365 días de discapacidad
<p>PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)</p>	<p>El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) brinda asesoramiento y apoyo confidenciales y sin costo para una amplia gama de problemas personales, como el estrés y la salud emocional; abuso de sustancias; crianza y cuidado de niños o ancianos; asesoramiento financiero; consulta legal; y más. Proporcionado por Health Advocate.</p>
<p>PLAN DE AHORROS PARA LA JUBILACIÓN 401(k)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Contribuya hasta un 70% en su 401(k) anualmente, sujeto a los máximos anuales federales · El empleador coincidencia dólar por dólar equivale hasta el primer 6% de sus ingresos · Contribución complementaria del empleador hasta un 7% adicional
<p>VACACIONES</p>	<p>12 días feriados al año</p> <ul style="list-style-type: none"> - Día de Año Nuevo (enero) - Día de MLK Jr. (enero) - Día del Presidente (febrero) - Vacaciones de primavera (abril) - Día de los Caídos (mayo) - Día de la Independencia (julio) - Día del Trabajo (septiembre) - Día de los Veteranos (noviembre) - Acción de Gracias (noviembre) - Día después del Día de Acción de Gracias (noviembre) - Nochebuena (dic) - Día de Navidad (dic)

Este Resumen de Beneficios 2026-2027 es una descripción general de los beneficios vigentes desde el 1/7/2026 al 30/6/27 y no proporciona una descripción de todas las disposiciones de beneficios. Para obtener información más detallada, consulte los folletos de beneficios de su plan o las descripciones resumidas del plan (SPD). Los documentos del plan y los SPD determinan cómo se pagan todos los beneficios.

SUS COSTOS DE BENEFICIOS

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija, cuántos dependientes cubra y, para la cobertura médica, su elegibilidad para la tarifa de bienestar. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos, antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y de seguridad social, por lo que paga menos impuestos.

MÉDICOS

		Tarifas con Bienestar		Tarifas Sin-Bienestar		
BLUE SHIELD EPO PLAN (SOLO CA)	Por period de pago	Mensual	Anual	Por period de pago	Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$107.20	\$214.40	\$2,572.80	\$153.15	\$306.30	\$3,675.60
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$241.53	\$483.06	\$5,796.72	\$345.03	\$690.06	\$8,280.72
EMPLEADO + NIÑOS	\$220.73	\$441.46	\$5,297.52	\$315.32	\$630.64	\$7,567.68
EMPLEADO + FAMILIA	\$345.54	\$691.08	\$8,292.96	\$493.63	\$987.26	\$11,847.12
BLUE SHIELD STANDARD PPO PLAN	Por period de pago	Mensual	Anual	Por period de pago	Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$99.38	\$198.76	\$2,385.12	\$141.97	\$283.94	\$3,407.28
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$227.99	\$455.98	\$5,471.76	\$325.70	\$651.40	\$7,816.80
EMPLEADO + NIÑOS	\$207.45	\$414.90	\$4,978.80	\$296.36	\$592.72	\$7,112.64
EMPLEADO + FAMILIA	\$325.10	\$650.20	\$7,802.40	\$464.43	\$928.86	\$11,146.32
BLUE SHIELD CHOICE PPO PLAN	Por period de pago	Mensual	Anual	Por period de pago	Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$56.45	\$112.90	\$1,354.80	\$80.64	\$161.28	\$1,935.36
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$128.75	\$257.50	\$3,090.00	\$183.93	\$367.86	\$4,414.32
EMPLEADO + CHILDREN	\$117.29	\$234.58	\$2,814.96	\$167.55	\$335.10	\$4,021.20
EMPLEADO + FAMILIA	\$184.44	\$368.88	\$4,426.56	\$263.49	\$526.98	\$6,323.76
BLUE SHIELD HSA PPO PLAN	Por period de pago	Mensual	Anual	Por period de pago	Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$43.73	\$87.46	\$1,049.52	\$62.48	\$124.96	\$1,499.52
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$102.17	\$204.34	\$2,452.08	\$145.95	\$291.90	\$3,502.80
EMPLEADO + NIÑOS	\$92.61	\$185.22	\$2,222.64	\$132.30	\$264.60	\$3,175.20
EMPLEADO + FAMILIA	\$137.45	\$274.89	\$3,298.68	\$196.35	\$392.70	\$4,712.40

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja doméstica sea su dependiente fiscal según lo define el IRS, las contribuciones para la cobertura de la pareja doméstica deben hacerse después de impuestos. De manera similar, la contribución de la compañía para la cobertura de su pareja de hecho y sus dependientes se declarará como ingreso imponible en su W-2. Comuníquese con su asesor fiscal para obtener más detalles sobre cómo se le aplica este tratamiento fiscal. Notifique a HM.CLAUSE, Inc. si su pareja doméstica es su dependiente fiscal.

DENTAL Y VISIÓN

DELTA DENTAL PPO Por período de pago		Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$7.00	\$14.00	\$168.00
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$15.00	\$30.00	\$360.00
EMPLEADO + NIÑOS	\$13.00	\$26.00	\$312.00
EMPLEADO + FAMILIA	\$21.00	\$42.00	\$504.00

DELTA DENTAL DHMO (SOLO EN CALIFORNIA) Por período de pago		Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$3.09	\$6.18	\$74.16
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$6.18	\$12.36	\$148.32
EMPLEADO + NIÑOS	\$6.18	\$12.36	\$148.32
EMPLEADO + FAMILIA	\$9.27	\$18.54	\$222.48

VSP VISION Por período de pago		Mensual	Anual
SOLO EMPLEADO	\$2.75	\$5.50	\$66.00
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$6.50	\$13.00	\$156.00
EMPLEADO + NIÑOS	\$5.50	\$11.00	\$132.00
EMPLEADO + FAMILIA	\$8.75	\$17.50	\$210.00

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja doméstica sea su dependiente fiscal según lo define el IRS, las contribuciones para la cobertura de la pareja doméstica deben hacerse después de impuestos. De manera similar, la contribución de la compañía para la cobertura de su pareja de hecho y sus dependientes se declarará como ingreso imponible en su W-2. Comuníquese con su asesor fiscal para obtener más detalles sobre cómo se le aplica este tratamiento fiscal. Notifique a HM.CLAUSE, Inc. si su pareja doméstica es su dependiente fiscal.