

2026
**GUÍA DE
INSCRIPCIÓN A
LOS BENEFICIOS**



Xclusive Services

Miembros internos del equipo

XCLUSIVE
SERVICES





ÍNDICE

Términos que debe conocer	3
Resumen de beneficios	4
Médico	5
Dental	8
Visión	10
Seguro básico de vida y AD&D	12
Voluntario de vida y AD&D	13
Incapacidad de Corto Plazo	14
Incapacidad de Largo Plazo	15
Accidente, enfermedad grave e indemnización hospitalaria	16
Seguro jurídico	18
Protección de identidad	19
Seguro de mascotas	20
Programa de Asistencia al Empleado	21
Excelentes beneficios laborales	22
Información de contacto	23
Avisos legales	24

Si usted y/o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte las páginas 28-29, donde comienza el Aviso de cobertura acreditable, para obtener más detalles. Para obtener más información sobre Medicare, consulte la página de contactos para obtener más recursos.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) aseguradora(s), basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del texto del contrato real. Para conocer esos detalles, es necesario leer las pólizas y los contratos. Los formularios de las pólizas estarán disponibles para su consulta previa solicitud.

El objetivo de este documento es proporcionarle información general respecto a la situación actual y/o posibles cuestiones relacionadas con los beneficios de sus empleados. No aborda necesariamente todas sus cuestiones específicas. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico ni pretende proporcionarlo.

Las preguntas respecto de cuestiones específicas deben dirigirse a su asesor jurídico o a un abogado especializado en esta área de práctica.





TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

Dentro de la red y fuera de la red

Las instalaciones, los proveedores y los suministradores con los que su aseguradora o plan tiene contrato para proporcionar servicios. El uso de proveedores fuera de la red puede dar lugar a costos más elevados y a un aumento de los gastos de bolsillo.

Evento de vida calificado

Un cambio importante en su vida que le permite realizar cambios en su plan de salud. Algunos cambios importantes incluyen el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la pérdida del empleo o que un hijo dependiente cumpla 26 años. Los eventos de vida elegibles deben completarse en un plazo de 30 días a partir del evento.

Coseguro

El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga después de haber pagado su deducible.

Deducible

Monto que debe pagar de su bolsillo por su atención médica antes de que su compañía de seguros comience a cubrir determinados servicios de atención médica cubiertos.

Copagos

Un monto fijo que paga por acudir al médico o al especialista cuando le prestan un servicio.

Cuota del seguro

El monto que se deduce de su nómina cada período de pago para sus beneficios de salud y bienestar.

Niveles de recetas

Los diferentes niveles de costo que usted paga por un medicamento. A cada nivel se le asigna un costo. Este es el monto que usted pagará cuando surta una receta, si corresponde.

Máximo de gastos de bolsillo

El máximo que pagará por los servicios cubiertos en un año del plan. Una vez que haya gastado este monto, su plan de salud pagará el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

Proveedor preferido

Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan para prestarle servicios con descuento.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Xclusive Services se enorgullece de ofrecer un paquete integral de beneficios a los miembros del equipo a tiempo completo que sean elegibles, trabajen 30 horas a la semana y hayan completado los requisitos de elegibilidad. El paquete completo de beneficios se resume brevemente en este folleto. Recibirá folletos del plan, que le proporcionarán información más detallada sobre cada uno de estos programas.

Elegibilidad

Usted y sus dependientes son elegibles para los beneficios de Xclusive Services el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo a tiempo completo, siempre y cuando sea un miembro del equipo a tiempo completo que trabaje 30 horas a la semana.

Los dependientes elegibles son su cónyuge legal, hijos menores de 26 años y dependientes con discapacidad de cualquier edad.

Las elecciones realizadas ahora se mantendrán hasta la próxima inscripción abierta, a menos que usted o los miembros de su familia experimenten un evento elegible. Si experimenta un evento elegible, debe comunicarse con Recursos Humanos dentro de los 30 días.

Inscripción

Los nuevos miembros del equipo pueden inscribirse desde el primer día de empleo activo. Los beneficios elegidos entran en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo a tiempo completo.

Todas las elecciones y cambios se pueden completar electrónicamente. Para obtener más información, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Eventos calificados

- Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación.
- Pérdida de cobertura
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción de un hijo elegible
- Fallecimiento de su cónyuge o hijo
- Cambio de residencia que afecta su condición de elegible para la cobertura (por ejemplo, mudarse fuera del área de cobertura de un plan médico).
- Licencia FMLA, evento COBRA, sentencia o decreto judicial
- Pasar a ser elegible para Medicare o Medicaid

Tiene 30 días a partir de la fecha de un cambio de estado calificado para enviar una solicitud de cambio al Departamento de Recursos Humanos. Los cambios entrarán en vigor el día del evento. Si no realiza los cambios durante el período de cambio de estado de 30 días, no se podrán realizar hasta el próximo período de inscripción abierta. Los cambios en la elección de sus beneficios deben ser coherentes con el cambio en su estado.



BENEFICIOS MÉDICOS

Administrados por Curative



La cobertura de salud integral y preventiva es importante para protegerlo a usted y a su familia de los riesgos financieros que pueden suponer una enfermedad o lesión inesperadas. Un poco de prevención suele ser muy útil, especialmente en el ámbito de la salud. Los exámenes rutinarios y la atención preventiva regular permiten revisar su salud sin gastar mucho. Los pequeños problemas pueden convertirse en grandes gastos. Si se detectan a tiempo, a menudo se pueden tratar con un costo bajo.

El cuidado de salud integral también proporciona tranquilidad. En caso de enfermedad o lesión, usted y su familia estarán cubiertos por un excelente plan médico a través de Curative.

	Plan PPO		
	Con cumplimiento de consulta inicial	Sin cumplimiento de consulta inicial	Fuera de la red
Deducible por año calendario	\$0 / \$0	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$20,000
Máximo anual de gastos de bolsillo (incluye deducible)	\$0 / \$0	\$7,500 / \$15,000	\$15,000 / \$30,000
Coseguro	0%	20%	50%
Consulta médica			
Consulta presencial de atención primaria	\$0	Copago de \$25 por consulta	CYD/50%
Especialista	\$0	Copago de \$50 por consulta	CYD/50%
Sala de Urgencias	\$0	CYD/20%	CYD5/0%
Servicios preventivos (exámenes de rutina, vacunas, cuidados del bebé y mamografías)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	CYD/50%
medicamentos recetados			
Gasto máximo de bolsillo por medicamentos recetados	\$7,500 / \$15,000	N/A	N/A
Venta al por menor – Medicamentos genéricos	\$0	Copago de \$50 por receta	CYD/40%
Venta al por menor – Marca preferida	Copago de \$250 por receta	Copago de \$50 por receta	CYD/40%
Venta al por menor – Medicamentos no incluido en el formulario	Copago de \$50 por receta	Copago de \$100 por receta	CYD/40%
Venta al por menor – Medicamentos especializados (no preferidos)	Copago de \$250 por receta	CYD/25%	CYD/40%
Disponible por correo (suministro para 90 días)			
Servicios hospitalarios			
Sala de Emergencias	\$0	CYD/20%	CYD/20% Copago de \$0 con cumplimiento de consulta inicial
Paciente hospitalizado	\$0	CYD/20%	CYD5/0%
Cirugía ambulatoria	\$0	CYD/20%	CYD/50%



BENEFICIOS MÉDICOS



Administrados por Curative

Curative está transformando la atención médica con un enfoque innovador que elimina las barreras financieras y simplifica el acceso a la atención. Con costos de bolsillo de \$0, la red nacional de proveedores Health First de Aetna y una cobertura integral, Curative garantiza que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesita, sin complicaciones.

Cuando complete su consulta inicial dentro de los primeros 120 días, desbloqueará todos los beneficios del innovador plan de salud de Curative, entre los que se incluyen:

- **\$0 de gastos de bolsillo:** Despídase de los copagos y deducibles, y disfrute de la asistencia médica con una sola cuota mensual competitiva.
- **Acceso a una red nacional:** Acceda a una amplia gama de proveedores en todo el país, lo que le garantiza atención médica dondequiera que se encuentre.
- **Cobertura integral:** Desde chequeos rutinarios hasta tratamientos especializados, Curative cubre todas sus necesidades de atención médica.
- **Apoyo para la salud mental:** Acceda a servicios de terapia y psiquiatría sin costos de bolsillo, lo que favorece su bienestar emocional y mental.
- **Soluciones innovadoras:** Disfrute de una atención médica simplificada y transparente, diseñada para satisfacer sus necesidades y eliminar la complejidad.

Entonces, ¿qué es exactamente una consulta inicial?

Una consulta inicial es el punto de partida para acceder a los beneficios de Curative.

Le ayuda a aprovechar al máximo su plan de salud y a mantener los costos en \$0 para la atención médica y las recetas cubiertas. Complételo en un plazo de **120 días desde el inicio de su plan**. Después de recibir su correo electrónico de bienvenida, regístrese y programe su consulta en el Portal para miembros en health.curative.com.

Beneficio farmacéutico:

Curative cubre medicamentos basándose en guías clínicas, seguridad, eficacia y rentabilidad. Los medicamentos cubiertos se enumeran en el [formulario](#), que se actualiza periódicamente.



¿Preguntas? Llame al 855-4-CURATIVE (855-428-7284) o escanee el código QR para obtener más información en la página de preguntas frecuentes.



APORTES DE LOS EMPLEADOS

MÉDICO

Tarifas del plan médico: Plan PPO

Tarifas semanales (52)

Solo empleado	\$30.45
Empleado y cónyuge	\$118.25
Empleado e hijos	\$94.60
Familia	\$141.90





BENEFICIOS DENTALES

Seguro dental

Administrados por Reliance Matrix

Un buen cuidado bucal mejora la salud física general, la apariencia y el bienestar mental. Los problemas dentales y de encías son comunes y fáciles de tratar. Mantenga sus dientes sanos y su sonrisa brillante con el plan de beneficio dental de Reliance Matrix Life Insurance Company. Reliance Matrix utiliza la red dental Ameritas.

	Plan bajo	Plan alto
Servicios	Dentro y fuera de la red	
Deductible anual	\$100 por persona Límite familiar de \$300	\$50 por persona Límite familiar de \$150
Máximo por año calendario	\$750 por persona	\$1,000 por persona
Servicios dentales preventivos (Examen de rutina, radiografías de aleta de mordida, radiografías de boca completa/panorámica, radiografías periapicales, limpieza, flúor para niños menores de 13 años, selladores)	100%	
Servicios dentales básicos (mantenedores de espacio, empastes para caries, composites restauradores (dientes anteriores y posteriores), extracción simple, anestesia)	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios dentales principales (Onlays, coronas, reparación de coronas, endodoncia (no quirúrgica), endodoncia (quirúrgica), periodoncia (no quirúrgica), periodoncia (quirúrgica), reparación de dentaduras postizas, prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales removibles), extracción compleja)	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia (cobertura hasta los 18 años)	50% hasta un máximo vitalicio de \$750	50% hasta un máximo vitalicio de \$1,000
Reembolso fuera de la red	MAC	90.º U&C



Escanee aquí para encontrar un dentista





APORTES DE LOS EMPLEADOS

Administrados por Reliance Matrix

DENTAL

Dental – Plan básico	
Tarifas semanales (52)	
Solo empleado	\$3.63
Empleado y cónyuge	\$7.08
Empleado e hijos	\$9.69
Familia	\$13.13

Dental – Plan alto	
Tarifas semanales (52)	
Solo para empleados	\$5.89
Empleado y cónyuge	\$11.57
Empleado e hijos	\$16.34
Familiar	\$22.02



BENEFICIOS DE VISIÓN

Seguro de visión

Administrados por Reliance Matrix (VSP Choice Network + Afiliados)

Los exámenes oculares periódicos no solo permiten determinar si necesita anteojos correctivos, sino que también pueden detectar problemas de salud generales en sus primeras etapas. La protección de los ojos debe ser una preocupación importante para todos.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen ocular: Una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Hasta \$45
Lentes: Una vez cada 12 meses		
Lentes monofocales		Hasta \$30
Lentes bifocales con línea divisoria	Copago de \$25 (El deducible se aplica a un par completo de lentes o a las monturas, lo que se seleccione)	Hasta \$50
Lentes trifocales con línea divisoria		Hasta \$65
Lentes lenticulares		Hasta \$100
Monturas: Una vez cada 12 meses	Subsidio de \$130 (El subsidio de Costco y Walmart será el equivalente al precio al por mayor)	Hasta \$70
Lentes de contacto: Una vez cada 12 meses		
Exámenes de ajuste y seguimiento	Costo para el miembro: Subsidio de \$60	Sin beneficio
Médicamente necesarios	Cubierto en su totalidad	Hasta \$210
Electivos	Subsidio de \$130	Hasta \$105

No es necesario presentar una tarjeta de identificación. Para aprovechar su beneficio de visión de Reliance Matrix, solo tiene que ponerte en contacto con un proveedor de VSP e informarles de que tiene cobertura VSP; ellos se encargarán de los trámites por usted.

Hay cuatro formas de encontrar un médico dentro de la red:

- Visite www.vsp.com y seleccione la red VSP Choice Network + Affiliates Network.
- Escanee el código QR de esta página.
- Llame a VSP al 800-877-7195
- Descargue nuestra aplicación móvil, herramientas de beneficio y busque un médico cerca de usted





APORTES DE LOS EMPLEADOS

Tarifas de visión

Administrado por Reliance Matrix (VSP Choice Network + Afiliados)

VISIÓN

Plan de visión	
Tarifas semanales (52)	
Solo empleado	\$2.20
Empleado y cónyuge	\$4.27
Empleado e hijos	\$3.74
Familia	\$5.82



SEGURO DE VIDA

Administrado por Reliance Matrix

Seguro de vida

El seguro de vida proporciona seguridad financiera a las personas que dependen de usted. Sus beneficiarios recibirán un pago único si usted fallece mientras que está empleado por Xclusive Services. La empresa proporciona un seguro de vida básico de \$50,000 sin costo alguno para usted como miembro del equipo a tiempo completo de Xclusive Services.

Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

El seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) le proporciona un pago a usted o a sus beneficiarios si pierde una extremidad o fallece en un accidente. Xclusive Services proporciona una cobertura AD&D de \$50,000 sin costo alguno para usted. Esta cobertura se suma al seguro de vida pago por la empresa descrito anteriormente como miembro del equipo a tiempo completo de Xclusive Services.

Seguro de vida voluntario

Asegurado por Reliance Matrix

También puede contratar un seguro de vida para sus dependientes si contrata una cobertura para usted.

Inscripción anual: Los miembros actuales del equipo inscritos en el Voluntario de vida pueden adquirir un incremento de \$10,000, sin superar el monto de la Emisión Garantizada (GI).

Cualquier monto elegido que supere el monto GI o el incremento permitido requerirá la cumplimentación de un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) y estará sujeta a la aprobación del aseguramiento médico. Los miembros actuales del equipo que se inscriban en el seguro de vida por primera vez deberán cumplimentar un formulario EOI para cualquier monto elegido. Las deducciones de nómina no se aplicarán hasta que la aseguradora apruebe el monto adicional.

Empleado: Entre \$10,000 y \$100,000, en incrementos de \$10,000.

El beneficio se reduce al 65% a los 65 años, al 40% a los 70 años, al 20% a los 75 años y finaliza en el momento de la jubilación.

Cónyuge: De \$5,000 a \$50,000, en incrementos de \$5,000, sin superar el 100% del monto del empleado.

Hijos: Todos los montos correspondientes a los hijos están garantizados.

Empleado

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
18-24	\$0.024
25-29	\$0.033
30-34	\$0.042
35-39	\$0.042
40-44	\$0.059
45-49	\$0.094
50-54	\$0.163
55-59	\$0.293
60-64	\$0.432
65-69	\$0.726
70+	\$1.082

Cónyuge

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
18-24	\$0.024
25-29	\$0.033
30-34	\$0.042
35-39	\$0.042
40-44	\$0.059
45-49	\$0.094
50-54	\$0.163
55-59	\$0.293
60-64	\$0.432
65-69	\$0.726
70+	\$1.082

Hijo

Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
\$0.053



SEGURO DE VIDA

Administrado por Reliance Matrix

Seguro voluntario por Muerte Accidental y Desmembramiento

Asegurado por Reliance Matrix

Este seguro se puede añadir al seguro voluntario por AD&D y proporciona cobertura en el evento de muerte accidental o lesiones graves que provoquen desmembramiento. A diferencia del seguro de vida tradicional, el AD&D cubre específicamente los accidentes, en lugar de las causas naturales de muerte. Por lo general, paga un pago único al titular de la póliza o a sus beneficiarios en el evento de accidente cubierto.

Empleado: Entre \$10,000 y \$100,000, en incrementos de \$10,000, sin superar cinco veces el salario anual.

Cónyuge: De \$5,000 a \$50,000, en incrementos de \$5,000, sin superar el 50% del monto cubierto del empleado.

Hijos: \$1,000, \$5,000 o \$10,000, sin superar el monto del empleado.

Empleado

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
18-24	\$0.024
25-29	\$0.033
30-34	\$0.042
35-39	\$0.042
40-44	\$0.059
45-49	\$0.094
50-54	\$0.163
55-59	\$0.293
60-64	\$0.432
65-69	\$0.726
70+	\$1.082

Cónyuge

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
18-24	\$0.024
25-29	\$0.033
30-34	\$0.042
35-39	\$0.042
40-44	\$0.059
45-49	\$0.094
50-54	\$0.163
55-59	\$0.293
60-64	\$0.432
65-69	\$0.726
70+	\$1.082

Hijo

Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
\$0.053



INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO (STD)

Administrado por Reliance Matrix



Cubrir los gastos básicos puede ser un verdadero desafío si usted queda incapacitado. Sus opciones pueden limitarse a sus ahorros personales, los ingresos de su cónyuge y, posiblemente, la Seguridad Social. El seguro por incapacidad le brinda protección para su activo más valioso: su capacidad para obtener ingresos. Para obtener más información y conocer las opciones de inscripción, visite: <https://www.reliancematrix.com>.

El seguro por Incapacidad de Corto Plazo (STD) proporciona ingresos si usted queda con incapacidad debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo.

Monto del beneficio: 60% de los ingresos semanales básicos, hasta un máximo semanal de \$1,000.

Período de eliminación: Los beneficios comienzan el día siguiente al 14.^º día natural consecutivo de incapacidad por accidente/lesión y enfermedad.

Duración del beneficio: 13 semanas

Condición preexistente: 3 meses de retroactividad / 12 meses de exclusión.

¡Importante! No será elegible para el beneficio STD si está recibiendo beneficios por accidente laboral.

INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
18-24	\$0.167
25-29	\$0.191
30-34	\$0.198
35-39	\$0.174
40-44	\$0.147
45-49	\$0.158
50-54	\$0.167
55-59	\$0.195
60-64	\$0.205
65-69	\$0.225
70+	\$0.276

¿Tengo que responder a alguna pregunta sobre mi salud para inscribirme?

Si usted hace un aporte al costo de su seguro, es posible que deba completar un cuestionario de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegirla más adelante, o si desea aumentar la cobertura. Para responder al cuestionario de salud, complete nuestra Solicitud de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). Las respuestas al cuestionario de salud deben ser aprobadas por Reliance Matrix antes de que la cobertura entre en vigor. Consulte su Certificado para obtener más detalles.



INCAPACIDAD DE LARGO PLAZO (LTD)

Administrado por Reliance Matrix



El seguro por Incapacidad de Largo Plazo (LTD) proporciona ingresos si usted queda con incapacidad debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo.

Beneficio: 60% de los ingresos básicos mensuales hasta un monto mensual de 5000 \$.

Período de eliminación: Los beneficios comienzan el día siguiente al 90.^o día natural consecutivo de incapacidad.

Duración del beneficio: la edad normal de jubilación de la Seguridad Social o la duración que se indica a continuación, lo que sea más largo*.

Condición preexistente: 3 meses de retroactividad / 12 meses de exclusión.

***La mayor de las siguientes: La edad normal de jubilación de la Seguridad Social o la duración indicada en el siguiente calendario.**

Edad en la fecha de la incapacidad	Duración del beneficio (años)
61 o menos	Hasta los 65 años
62	3½
63	3
64	2½
65	2
66	1¾
67	1 ½
68	1¼
69 o más	1

INCAPACIDAD DE LARGO PLAZO

Edad	Tarifas semanales (por cada \$100 de cobertura)
18-24	\$0.012
25-29	\$0.020
30-34	\$0.035
35-39	\$0.057
40-44	\$0.092
45-49	\$0.128
50-54	\$0.180
55-59	\$0.198
60-64	\$0.180
65-69	\$0.121
70+	\$0.088

¿Tengo que responder a alguna pregunta sobre mi salud para inscribirme?

Si usted hace un aporte al costo de su seguro, es posible que deba completar un cuestionario de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegirla más adelante, o si desea aumentar la cobertura. Para responder al cuestionario de salud, complete nuestra Solicitud de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). Las respuestas al cuestionario de salud deben ser aprobadas por Reliance Matrix antes de que la cobertura entre en vigor. Consulte su Certificado para obtener más detalles.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Administrado por Reliance Matrix

 **reliancematrix**
A MEMBER OF THE TOKIO MARINE GROUP



Accidentes

El plan de accidentes le proporciona pagos en efectivo directamente a usted para ayudarle a cubrir sus costos de bolsillo, como deducibles o coseguros. La lista completa de beneficios pagaderos por lesiones accidentales incluye tratamiento inicial/de seguimiento, traslados en ambulancia, pruebas de diagnóstico por imagen, cirugías, commociones cerebrales, luxaciones y fracturas, hospitalizaciones, AD&D y beneficios de exámenes médicos. Es importante señalar que este beneficio es solo para accidentes fuera del trabajo. Algunos beneficios se pagan una vez por cada accidente cubierto, mientras que otros se pagan una vez por año del plan.

Beneficios reembolsables	Sala de Urgencias, consulta a urgencias, UCI, transporte en ambulancia, radiografías, yesos, fisioterapia
Causas comunes de accidentes	Deportes organizados, accidentes de tráfico, riesgos cotidianos
Rangos de reembolso	\$75 - \$4,000 + para diversas lesiones comunes

Enfermedad grave

El seguro por enfermedad grave proporciona un pago único a la persona asegurada a la que se le diagnostique cualquiera de las siguientes enfermedades graves mientras que el seguro esté vigente para dicha persona, tras cualquier período de espera aplicable y sujeto a cualquier limitación por afecciones preexistentes: Cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos, insuficiencia renal y otras.

Enfermedades cubiertas	Cáncer invasivo, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal
Beneficio	\$10,000, \$20,000 o \$30,000
Familiares dependientes cubiertos	Empleado, con opciones para montos para cónyuge e hijos

Indemnización hospitalaria

La cobertura de indemnización hospitalaria alivia el impacto financiero de la hospitalización de un miembro del equipo al proporcionar un pago único para ayudar a cubrir los costos asociados con la estancia en el hospital. La cobertura de indemnización hospitalaria se puede utilizar para complementar el seguro médico y ayudar a hacer frente a los gastos adicionales que se acumulan después de una estancia en el hospital. Esto puede incluir copagos, coseguros, deducibles y gastos hospitalarios incidentales u otros gastos, como las necesidades de transporte y alojamiento.

Beneficio por ingreso hospitalario	\$1,000 por ingreso
Beneficio de ingreso en la UCI	\$2,000 por ingreso
Beneficio por hospitalización	\$200 por día
Beneficio por hospitalización en la UCI	\$400 por día



APORTES DE LOS EMPLEADOS

PLAN DE COBERTURA DE ACCIDENTES

Cobertura	Tarifas semanales
Empleado	\$2.41
Empleado + Cónyuge	\$3.73
Empleado + Hijo(s)	\$4.59
Empleado + Familia	\$6.02

PLAN DE ENFERMEDADES GRAVES

Edad	Tarifas semanales (por cada \$1,000 de cobertura)
0-29	\$0.08
30-34	\$0.12
35-39	\$0.15
40-44	\$0.21
45-49	\$0.33
50-54	\$0.47
55-59	\$0.66
60-64	\$0.97
65-69	\$1.46
70-74	\$2.38
75-79	\$3.97
80-84	\$5.46
85+	\$8.83

PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Cobertura	Tarifas semanales
Empleado	\$4.11
Empleado + Cónyuge	\$7.91
Empleado + Hijo(s)	\$5.93
Empleado + Familia	\$9.62



SERVICIOS JURÍDICOS

Administrado por LegalEASE

¿Qué es LegalEASE?

LegalEASE es un plan de beneficio jurídico que brinda acceso asequible y conveniente a servicios legales. Ofrece a los miembros una forma estructurada de manejar asuntos legales personales sin el estrés de buscar y pagar por un abogado por su cuenta.

Lo que obtiene con un plan de beneficio LegalEASE:

- Un abogado con experiencia específica en su asunto jurídico personal
- Acceso a una red nacional de abogados con experiencia excepcional que se adaptan a sus necesidades
- Cobertura dentro y fuera de la red
- Asistencia personalizada para resolver cuestiones jurídicas comunes de carácter individual o familiar

Como miembro, usted tiene acceso a una red nacional de más de 21,500 abogados que se adaptan a sus necesidades jurídicas específicas. Ser miembro de los beneficios de LegalEASE también le ahorra tiempo y costos jurídicos. Pero lo más importante es que le da confianza y le proporciona cobertura* para:

- Hogar y consumo (compra, venta, ejecución hipotecaria y disputas con inquilinos)
- Finanzas (cobro de deudas, cobros, contratos)
- Automoción y tráfico (asuntos de tráfico y suspensiones de permisos de conducir)
- Familiar (adopción, cambio de nombre)
- Planificación patrimonial y testamentos (testamento, testamento vital, poder notarial para la atención médica)

Para obtener más información sobre su plan de beneficios legales, visite <https://www.legaleaseplan.com/lped> o llame al 1 (800) 248-9000.

LegalEase	
Tarifas semanales (52)	
Plan individual	\$4.96





PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

Administrada por IDShield

IDShield le ayuda a proteger su identidad y reputación, ofreciéndole un servicio completo de restauración y profesionales dedicados que le ayudarán en el evento de robo de identidad.

Con IDShield, recibirá:

- Plan de protección contra el fraude de identidad de \$5 millones
- Gestión de la privacidad y la reputación en línea
- Protección de dispositivos
- Supervisión de cuentas financieras
- Supervisión de identidad, crédito y redes sociales
- Seguimiento de la puntuación crediticia
- Alertas en tiempo real

En el evento de robo de identidad, un investigador privado con licencia dedicado restaurará su identidad a su estado anterior al robo, se lo garantizamos.

Este beneficio puede cubrirle a usted y a los miembros de su hogar. Para obtener más información, visite www.shieldbenefits.com/xclusive

Plan individual	Plan familiar
Solo el participante	El participante
	El cónyuge del participante
	Padres/suegros/padrastros
	Hijos dependientes menores de 18 años
	Hijos adultos mayores de 26 años que vivan en el hogar del participante principal, así como dependientes mayores de 26 años con discapacidad mental y/o física
	Los hijos dependientes de entre 18 y 26 años también están cubiertos para consultas y rehabilitación

IDShield	
Tarifas semanales (52)	
Plan individual	\$1.87
Plan familiar	\$3.52



SEGURO DE MASCOTAS

Administrado por Nationwide

Seguro de mascotas Nationwide®

Proteja a sus mascotas con My Pet Protection ChoiceSM, disponible solo a través de programas de beneficio laboral. Nationwide ofrece dos planes para empleados ya preparados, además de la posibilidad de personalizar la cobertura para mascotas individuales y sus necesidades específicas de cuidado.

Protección para mascotas cuando más importa

Los planes cubren:

- Accidentes y lesiones
- Enfermedades comunes y graves
- Enfermedades crónicas
- Problemas hereditarios
- Pruebas, diagnósticos y procedimientos
- Atención holística y alternativa
- Atención de urgencia y especialistas
- Sin redes, sin aprobación previa

Opciones de cobertura

- Cobertura por accidente: Asistencia en caso de lesiones inesperadas.
- Cobertura por enfermedad: Asistencia cuando las mascotas enferman.
- Cobertura por bienestar: Asistencia para cuidados preventivos.

Fácil de usar

1. Consulte cualquier veterinario, en cualquier lugar
2. Envíe reclamos desde cualquier dispositivo
3. Obtenga el reembolso de los gastos elegibles una vez que se haya alcanzado el deducible

Obtenga más información hoy mismo en www.PetsNationwide.com.

Característica	Accidentes y enfermedades	Accidentes, enfermedades y bienestar	Personalizable
Deducible	\$250	250	\$100–\$500
Reembolso	80%	80%	50%, 70%, o 80%
Cobertura por accidente	Sí	Sí	Sí
Cobertura por enfermedad	Sí	Sí	Opcional
Cobertura de bienestar	No	\$450	\$450 u \$800

¡Inscríbase hoy mismo!





PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Administrado por AllOne Health

Un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) ofrece apoyo confidencial y recursos para ayudar a los empleados a afrontar retos personales y profesionales, incluyendo la salud mental, las preocupaciones financieras y el equilibrio entre la vida laboral y personal. Este programa está diseñado para mejorar el bienestar general proporcionando acceso a servicios de asesoramiento, consejos de expertos y herramientas prácticas adaptadas a las necesidades individuales.

Los empleados a tiempo completo de Xclusive Services tienen acceso gratuito al programa AllOne Health EAP.

Acceso al programa y tecnología

- Acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año, por mensaje de texto, correo electrónico, aplicación móvil, Internet y teléfono con atención telefónica permanente.
- Sesiones de videochat que cumplen con la HIPAA
- Portal y aplicación para miembros
- Página de inicio del EAP

Evaluación clínica y sesiones de salud mental

- Sesiones telefónicas para evaluación, derivación y resolución de problemas a corto plazo
- Sesiones presenciales para evaluación, derivación y resolución de problemas a corto plazo
- Red global de proveedores con más de 55,000 médicos clínicos titulados
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos para problemas urgentes de salud mental

Asesoramiento legal y financiero

- Asesoramiento jurídico telefónico para un número ilimitado de asuntos al año. Incluye una consulta de 30 minutos en el despacho o por teléfono con un abogado local y un descuento del 25% por servicios continuados.
- Asesoramiento financiero telefónico para un número ilimitado de asuntos al año.
- Prevención/recuperación de robo de identidad. Incluye una consulta de 30 minutos.
- El portal para miembros de AllOne Health cuenta con una función interactiva para la preparación de documentos legales, incluyendo la preparación de testamentos y otros documentos legales comunes.

Recomendaciones y recursos para la vida laboral y personal

- Referencias ilimitadas para el cuidado de niños, personas mayores y mascotas
- Referencias ilimitadas a servicios personales y recursos comunitarios
- Acceso en línea a la biblioteca de temas y recursos sobre la vida laboral y personal

**Póngase en contacto con AllOne Health: Llame al 855-RSL-HELP (855-775-4357) o visite allonehealth.com/reliance-matrix.
Código: RSLI859**



DESCUENTOS PARA EMPLEADOS

Administrado por Great Work Perks

Descubra un mundo de descuentos y ventajas exclusivas diseñadas para ayudarle a disfrutar más, tanto en el trabajo como en casa y en cualquier otro lugar.

Acceso a descuentos increíbles en lugares como:

- Parques temáticos: Disneyland, Universal Studios, LEGOLAND, Six Flags, SeaWorld y muchos más
- Entradas de cine: AMC, Regal, Cinemark y otros
- Hoteles y viajes: Hilton, Marriott, Hyatt, Disney Cruise Line, CityPASS y más
- Alquiler de coches: Avis, Budget, Alamo, National
- Compras y restaurantes: KFC, Subway, IHOP, Firestone, Claire's, Chuck E. Cheese y cientos más
- Membresías de gimnasios: Acceda a más de 12,000 gimnasios en todo el país, incluidos LA Fitness, Crunch, YMCA y muchos más, por solo \$28 al mes.
- Descuentos locales exclusivos: más de 500,000 ofertas en todo el país, personalizadas según el código postal.
- Entradas reembolsables: Solo Great Work Perks ofrece opciones de entradas reembolsables.

• GRATIS para usted como empleado de Xclusive Services.

- Sin compromisos a largo plazo.
- Posibilidad de extender los beneficios del programa de gimnasio y fitness a su cónyuge
- Reciba GRATIS asesoramiento personalizado y orientado a objetivos en áreas como fitness, nutrición, gestión del estrés y sueño

¡Más información próximamente!



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas específicas sobre un plan de beneficio, comuníquese con el administrador que se indica a continuación o con su Departamento de Recursos Humanos local.

Beneficio	Administrador	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
Curative PPO	Curative	855-428-7284	https://health.curative.com/
Dental	Reliance Matrix	800-351-7500	https://dentalnetworkpartners.ameritas.com/
Plan bajo	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Plan alto	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Visión	Reliance Matrix	800-351-7500	www.vsp.com
Básico de vida y AD&D	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Voluntario de vida y AD&D	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Incapacidad de Corto Plazo	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Beneficios voluntarios	Reliance Matrix	800-351-7500	https://secure.rsli.com/userservices/
Robo de identidad	IDShield	888-494-8519	www.shieldbenefits.com/xclusive
Programa de Asistencia al Empleado	AllOne Health	855-775-4357	allonehealth.com/reliance-matrix Código: RSLI859
Beneficio jurídico	LegalEASE	866-458-7149	https://www.legaleaseplan.com/lped
Seguro de mascotas	Nationwide	877-738-7874	https://partnersolutions.nationwide.com/pet/xclusivestaffing

Administrador	Teléfono	Correo electrónico
Recursos Humanos de Xclusive Services Recursos	303-430-1700 x200	beneficio@xclusiveservices.com



AVISOS LEGALES

Ley de Derechos de las Mujeres en materia de Salud y Cáncer

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de las Mujeres en materia de Salud y Cáncer de 1998 («WHCRA»). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine 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 lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en el plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: Plan PPO

Con cumplimiento de la consulta inicial (Individual: 0% de coseguro y \$0 de deducible; Familiar: 0% de coseguro y \$0 de deducible)

Sin cumplimiento de la consulta inicial (Individual: 20% de coseguro y \$5,000 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$10,000 de deducible)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 303-430-1700 x200 o envíe un correo electrónico a benefits@xclusiveservices.com

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Por lo general, los planes de salud grupales y las aseguradoras médicas no pueden, según la ley federal, restringir el beneficio por cualquier estancia hospitalaria relacionada 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 no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

Ayuda para el pago de cuotas en el marco de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de cuotas que le ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de cuotas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.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 estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para la cuota disponible.

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

Si reside en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las cuotas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de pago de cuotas de seguro médico de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de compra de seguros médicos (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-programa-de-pago-de-cuotas-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, pulse 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, marque 2</p>	<p>Programa de pago de cuotas de seguro médico</p> <p>Todos los demás Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/</p> <p>Administración de Servicios Sociales y Familiares</p> <p>Teléfono: 1-800-403-0864</p> <p>Teléfono de servicios para miembros : 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y felices en Iowa Servicios sociales y de salud</p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: Pago de cuotas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</p> <p>Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Programa Integrado de Pago de Cuotas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/laipp</p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/beneficio/s/?language=en_US</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Maine Relay 711</p> <p>Página web sobre cuotas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine Relay 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Correo electrónico: masspremessaging@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</p> <p>Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Correo electrónico: HHSIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/ Programa de cuota de seguro médico</p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218</p> <p>Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmhs/clientes/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Asistencia para el pago de la cuota de CHIP Teléfono: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdohs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-cuota-pago-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono del CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP) Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Asociación de Cuotas para Seguros Médicos de Utah (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Expansión para adultos Sitio web: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de compra de Medicaid de Utah Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/</p>
VERMONT: Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/cuota-asistencia/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/cuota-asistencia/pago-de-cuotas-de-seguro-médico-programas-hipp Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligible/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de ayuda para el pago de cuotas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficio para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA y muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no muestra un número de control de la OMB válido en ese momento. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga administrativa que supone la recopilación de esta información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios respecto a la estimación de la carga administrativa o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficio para Empleados, Oficina de Política e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W. Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, indicando el número de control OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (caduca el 31/1/2026)

Recordatorio del Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

Protección de sus derechos de privacidad de la información médica

Xclusive Services se compromete a proteger la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de salud de Xclusive Services (el «Plan») aplican estrictas normas de privacidad para proteger su información médica contra el uso o la divulgación no autorizados.

Las pólizas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos según la ley se describen en el Aviso de prácticas de privacidad del Plan. Puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad comunicándose con Recursos Humanos de Xclusive Services al 303-430-1700, extensión 200, o enviando un correo electrónico a benefits@xclusiveservices.com.

Derechos especiales de inscripción según la HIPAA

Aviso del plan de salud de Xclusive Services sobre sus derechos especiales de inscripción en virtud de la HIPAA

Según nuestros registros, usted es elegible para participar en el plan de salud Xclusive Services (para participar, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la cuota mediante deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA nos exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su «disposición de inscripción especial» si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente elegible mientras que otra cobertura está vigente y posteriormente pierde esa otra cobertura por determinadas razones que lo justifican.

Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños). Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras que otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal está vigente, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden su condición de elegible para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños. Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras que la cobertura de Medicaid o la cobertura del Programa Estatal de Seguro Médico para Niños está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en Medicaid o en un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para la asistencia con las cuotas bajo Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños: si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia con las cuotas de Medicaid o a través de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su condición de elegible o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, comuníquese con Recursos Humanos de Xclusive Services al 303-430-1700 x200 o benefits@xclusiveservices.com.

Advertencia importante

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le solicita que indique que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños) es la razón por la que rechaza la inscripción, y se le pide que identifique esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a derechos especiales de inscripción tras la pérdida de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá teniendo derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o por haber obtenido la condición de elegible para una subvención estatal de ayuda para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial tras la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse usted ni sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o en virtud de la obtención de la condición de "elegible" para un subsidio estatal de asistencia para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños con respecto a la cobertura de este plan.

Aviso sobre cobertura acreditable

Aviso importante de Xclusive Services sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Existen dos aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una cuota mensual más alta.
2. Xclusive Services ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una cuota más alta (penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos recetados, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Xclusive Services podría verse afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Xclusive Services, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes puedan recuperar esta cobertura o que no puedan hacerlo.

¿Cuándo pagará una cuota más alta (penalización) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Xclusive Services y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días consecutivos tras la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una cuota más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable para medicamentos recetados, su cuota mensual puede aumentar al menos un 1% de la cuota base mensual de Medicare por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su cuota puede ser al menos un 19% más alta que la cuota base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta cuota más alta (penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se indica a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de Xclusive Services. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual «Medicare y Usted» encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su ejemplar del manual «Medicare y usted» para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- 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, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este Aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una cuota más alta (penalización).

Fecha: 1 de enero de 2026
Nombre de la entidad/remitente: Recursos Humanos de Xclusive Services
Dirección de la oficina: 8774 Yates Dr Ste 210
Westminster, Colorado 80031-6906 Estados Unidos

Número de teléfono: (303) 430-1700 Ext. 200

Aviso general sobre COBRA

Modelo de aviso general sobre los derechos de continuación de la cobertura COBRA (para uso en planes de salud grupales de un solo empleador)

**** Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA****

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden tener un costo menor que la continuación de la cobertura COBRA.

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

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica grupal. Por ejemplo, es posible que sea elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, es posible que reúna los requisitos para obtener costos más bajos en sus cuotas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, es posible que reúna los requisitos para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría debido a un evento de la vida. Esto también se denomina «evento elegible». Los eventos elegibles específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento elegible, se debe ofrecer la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un «beneficiario calificado». Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento elegible. Según el Plan, los beneficiarios elegibles que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por dicha continuación de la cobertura.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos elegibles:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos elegibles:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- Su cónyuge deja de trabajar por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- Su cónyuge tiene derecho al beneficio de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios elegibles si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos elegibles:

- El padre/madre empleado/a fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del padre/madre empleado/a.
- El empleo del padre/madre empleado/a finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte.
- El padre/madre empleado/a adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como «hijo dependiente».

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios que reúnan los requisitos solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento elegible. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos elegibles que dan derecho a dicha continuación de la cobertura:

- El cese del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos elegibles (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento elegible. Debe enviar esta notificación a: Recursos Humanos de Xclusive Services al benefits@xclusiveservices.com.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que se ha producido un evento elegible, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios que cumplan los requisitos. Cada beneficiario que cumpla los requisitos tendrá derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los miembros del equipo cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura 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 elegibles, o un segundo evento elegible durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de ampliar este período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

Ampliación por incapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Si usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan es declarado en incapacidad por la Seguridad Social y usted lo notifica al Administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, por un máximo de 29 meses. La incapacidad debería haber comenzado en algún momento antes del sexagésimo día de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Segunda prórroga del período de 18 meses de continuación de la cobertura por evento elegible

Si su familia experimenta otro evento elegible durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan sobre el segundo evento elegible. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento elegible hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura en virtud del Plan si no se hubiera producido el primer evento elegible.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, el [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina un «período de inscripción especial». Algunas de estas opciones pueden tener un costo menor que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov/.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura 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 está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha más temprana de las siguientes

- El mes siguiente al cese de su relación laboral; o
- El mes siguiente al fin de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

¹<https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

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

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

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

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Mantenga al Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, comunique al administrador del plan cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del Plan

Recursos Humanos de Xclusive Services
8774 Yates Dr Ste 210
Westminster, Colorado 80031-6906
Estados Unidos
(303) 430-1700 Ext. 200

Aviso del mercado

Opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Aunque su empleador le ofrezca cobertura médica, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos («Mercado»). Para ayudarle a evaluar las opciones disponibles para usted y su familia, este aviso le proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que le ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que se adapte a sus necesidades y a su presupuesto. El Mercado ofrece un «servicio integral» para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en la cuota de mi seguro médico en el Mercado?

Usted puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su cuota mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura médica basada en el empleo afecta la elegibilidad para obtener ahorros en las cuotas a través del mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares mínimos de valor, no será elegible para un crédito fiscal ni para el pago anticipado del crédito fiscal para su cobertura del mercado, y tal vez desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reducen su cuota mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares mínimos de valor. Si su parte del costo de la cuota de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.12%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de «valor mínimo» establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las cuotas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.¹²

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que le ofrece su empleador, es posible que pierda el acceso a cualquier aporte que este haga a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como la aportación del empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que le ofrece su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si desea adquirirla. un plan de salud a través del Mercado.

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 u otro plan basado en el empleo cumple con el «estándar de valor mínimo» si la parte del plan que corresponde al total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos. A los propósitos de la elegibilidad para el crédito fiscal para cuotas, a fin de cumplir con el «estándar de valor mínimo», el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un período de inscripción especial. En general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos elegibles que lo califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento elegible para inscribirse en un plan del mercado.

También hay un Período Especial de Inscripción en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por la COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden sus prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas dejen de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos **ofrece un período especial de inscripción temporal en el Mercado para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado.**

Las personas que reúnen los requisitos para inscribirse en el Mercado, que viven en estados atendidos por [HealthCare.gov](#) y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](#) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y certifiquen 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. **Esto 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.**

en un plazo de 60 días desde la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o algún miembro de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada para recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](#) o llame al centro de atención telefónica del mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro médico del mercado?

Si usted o su familia son elegibles para recibir cobertura en 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 determinadas circunstancias, por ejemplo, si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, 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 condición de elegible para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, pueden 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.

También puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento llenando una solicitud a través del mercado o solicitándola directamente a través de la 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 le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o póngase en contacto con el departamento de Recursos Humanos de Xclusive Services en benefits@xclusiveservices.com.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](#) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica 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 para que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Xclusive Services	4. Número de identificación del empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador 8774 Yates Dr Ste 210	6. Número de teléfono del empleador (303) 430-1700 Ext. 200	
7. Ciudad Westminster	8. Estado Colorado	9. Código postal 80031-6906
10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto para obtener información sobre la cobertura médica de los empleados en este puesto de trabajo? Departamento de Recursos Humanos de Xclusive Services.		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico beneficio@xclusiveservices.com	



*Este resumen de beneficios ha
sido elaborado por*



Insurance | Risk Management | Consulting