

2026 GUÍA DE INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS



Xclusive Services

Miembros externos del equipo

XCLUSIVE
SERVICES





ÍNDICE

Términos que debe conocer	3
Planes médicos	4
Médico (Curative)	5
Médico (Aetna)	8
Dental	14
Visión	16
Información de contacto	18
Avisos legales	19

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 23-24, donde comienza el Aviso de cobertura acreditable, para obtener más detalles.

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 de la situación actual y/o posibles cuestiones relacionadas con los beneficios de los miembros de su equipo. No aborda necesariamente todas sus cuestiones específicas. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. Las preguntas sobre cuestiones específicas deben dirigirse a su asesor jurídico o a un abogado especializado en esta área.





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.

BENEFICIOS MÉDICOS

Administrados por Aetna y Curative



Xclusive Services ofrece dos planes de atención médica para apoyar su bienestar:

Plan 1: Disponible para todos los miembros del equipo con inscripción continua y administrado a través de Aetna. A continuación se muestran los aspectos más destacados del plan, que se detallan en las páginas 8 a 11.

Plan 2: Plan PPO Curative, disponible para los miembros del equipo con al menos un año de servicio si el promedio de horas trabajadas es de 130 horas al mes. A continuación se muestran los aspectos más destacados del plan, que se detallan en las páginas 5 a 7.

Una cobertura de salud integral y preventiva es esencial para protegerlo a usted y a su familia de los riesgos financieros que suponen una enfermedad o lesión inesperadas. La atención preventiva, como los exámenes rutinarios y las revisiones periódicas, ofrece una forma asequible de controlar su salud. Al identificar los problemas de forma temprana, los pequeños problemas a menudo se pueden tratar con un costo mínimo, lo que le ayuda a evitar gastos mayores en el futuro.



Opciones de seguro médico: A partir del 1 de enero de 2026

Hay varios planes entre los que elegir. Los planes de **Aetna** ofrecen cobertura diaria, cobertura dental y de visión, mientras que el plan de **Curative** proporciona cobertura de salud completa.

Proveedor de seguros	COBERTURA DIARIA	COBERTURA ESTÁNDAR			
¿Quién es elegible? ¿Cómo inscribirse?	Red Aetna Aetna ofrece cobertura diaria, planes dentales y de visión.	Curative Plan PPO			
¿Este plan cumple los requisitos para ser considerado cobertura mínima esencial?	Todos los empleados externos son elegibles; los empleados pueden solicitarlo en cualquier momento. Los empleados solo tienen cobertura cuando trabajan; si no lo hacen, no habrá cobertura ni deducible. Envíe un correo electrónico al Departamento de Beneficios, benefits@xclusiveservices.com , para inscribirse.	Los miembros externos del equipo son elegibles después de 1 año de servicio, si el promedio de horas trabajadas es de 130 horas al mes.			
¿Cómo funciona este plan?	No, no está aprobado por la ACA, estos planes no le protegen de una penalización.	Sí, aprobado por la ACA (Ley de Cuidado de Salud Asequible).			
Localice proveedores de la red	Los empleados pueden acudir al médico, a una sala de urgencias o a la sala de emergencias. Si el proveedor está dentro de la red, reducirá lo que cobra y facturará a la compañía de seguros. La compañía de seguros enviará al proveedor un pago por el servicio y el proveedor facturará al empleado cualquier saldo adeudado. Si el proveedor no está dentro de la red, el empleado no recibirá ningún descuento y es posible que tenga que presentar el reclamo por su cuenta.	La atención preventiva es gratuita. Los empleados pagan todos los demás servicios cubiertos hasta alcanzar el deducible anual, hasta el máximo de gastos de bolsillo.			
Beneficios dentro de la red	PLAN 1 Medicamentos recetados Consulta presencial, Centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa Análisis de laboratorio/radiografías ambulatorias Sala de Emergencias (ER) Cirugía ambulatoria Atención hospitalaria	PLAN 3 PLAN 5 El plan pagará \$20 hasta 8 veces al año. El plan pagará \$50 por cada consulta, hasta un máximo de 5 consultas al año. El plan pagará \$50 por pruebas dos veces al año. El plan pagará \$100 por consulta en ER dos veces al año. El plan pagará \$200 una vez al año. El plan pagará \$200 al día + \$200 por cirugía + \$100 por accidente – Dos veces al año.	El plan pagará \$30 hasta 12 veces al año. El plan pagará \$60 por cada consulta, hasta un máximo de 5 consultas al año. El plan pagará \$70 por pruebas tres veces al año. El plan pagará \$175 por consulta en ER dos veces al año. El plan pagará \$300 dos veces al año. El plan pagará \$350 al día + \$300 por cirugía + \$200 por accidente – Dos veces al año.	El plan pagará \$45 hasta 12 veces al año. El plan pagará \$70 por cada consulta, hasta un máximo de 7 consultas al año. El plan pagará \$90 por pruebas tres veces al año. El plan pagará \$275 por una consulta en ER dos veces al año. El plan pagará \$450, dos veces al año. El plan pagará \$500 al día + \$450 por cirugía + \$300 por accidente – Dos veces al año.	Curative, 855-428-7284 Health.curative.com

Los detalles del plan (incluidas las limitaciones y exclusiones) están disponibles.



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.

¿Cómo me inscribo?

- Miembros externos del equipo a tiempo completo con al menos un año de servicio si el promedio de horas trabajadas es de 130 horas al mes.
- Los miembros del equipo también pueden inscribir a sus cónyuges e hijos dependientes a precio completo, hasta los 26 años.
- Las afecciones preexistentes estarán cubiertas.
- Complete el correo electrónico de inscripción y envíelo a Recursos Humanos de Xclusive Services a benefits@xclusiveservices.com.
- Este formulario confirma que se le ha ofrecido la oportunidad de inscribirse y permitirá a la empresa conocer su decisión.

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 MÉDICOS

Administrados por Aetna



¿Qué es este plan?

El plan Aetna Fixed Benefits SM es una póliza de seguro de *indemnización fija*. Paga montos fijos en efectivo por servicios médicos específicos, independientemente del costo real de la atención. *No se trata de un seguro médico completo*, sino que está destinado a complementar, y no a sustituir, la cobertura médica principal.

Características principales:

- **Paga beneficios fijos en dólares** por gastos médicos comunes (consultas al médico, recetas, hospitalizaciones, etc.).
- **Sin copagos, deducibles ni coseguro.** Usted recibe un beneficio fijo por cada servicio cubierto, hasta los límites anuales.
- **Puede acudir a cualquier proveedor autorizado**, pero ahorrará más con la red nacional de Aetna.
- **No se requieren preguntas ni exámenes médicos para inscribirse.**
- **Solo complementario:** *No cumple con los requisitos mínimos de cobertura de la Ley de Cuidado de Salud Asequible*

Opciones del plan:

Múltiples niveles de beneficio (opciones 1, 2 y 3) con pagos crecientes por hospitalizaciones, cirugías, accidentes, consultas de urgencias, consultas médicas, análisis y recetas médicas.

Elegibilidad e inscripción:

Todos los empleados son elegibles; Los dependientes (cónyuge/pareja de hecho, hijos menores de 26 años o con discapacidad) pueden estar cubiertos.

Las cuotas se deducen de su nómina. La cobertura comienza después de la primera deducción de su nómina.

Las fechas de inscripción abierta y las instrucciones las proporciona su empleador.

Limitaciones importantes:

Este plan *no cubre* todos los gastos médicos.

Las exclusiones incluyen cirugía estética, cuidados de custodia, procedimientos experimentales, servicios de infertilidad y servicios que no sean médicaamente necesarios.

No hay continuación de la cobertura COBRA.

No disponible en algunos estados (por ejemplo, New Hampshire).

AETNA – PLAN DE BENEFICIOS FIJOS 1



Fixed Benefits Plan:

Inpatient Hospital Stay – daily benefit

(Includes maternity)

Plan pays per day in a private or semi-private room	\$200
Plan pays per day in Intensive Care Unit (ICU)	\$400
Maximum number of stays per coverage year	2 stays

Inpatient Hospital Stay - lump-sum benefit

(Includes maternity)

Plan pays per initial day of an inpatient stay	\$200
Maximum number of days per coverage year	2 days

Inpatient surgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$200
Maximum number of days per coverage year	1 day

Accident - additional benefit

Plan pays per initial day of treatment for an accident	\$100
Maximum number of days per coverage year	1 day

Emergency room

Plan pays per day on which an emergency room visit occurs	\$100
Maximum number of days per coverage year	2 days

Outpatient surgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$200
Maximum number of days per coverage year	1 day

Outpatient doctors' office visits

Includes doctors' service in the office, home, walk-in clinic, and urgent care clinic.

Plan pays per day on which doctors' services are provided	\$50
Maximum number of days per coverage year	5 days

Outpatient laboratory and x-ray services

Plan pays per day on which lab or x-ray services are provided	\$50
Maximum number of days per coverage year	2 days

Prescription drugs, equipment and supplies

Plan pays per day on which a prescription drug, equipment or supply is obtained	\$20
Maximum number of days per coverage year	8 days

To use your prescription benefit:

- Present your Aetna identification (ID) card to the pharmacist.
- Participating pharmacies will apply a discount.
- You pay the amount charged by the pharmacy.
- Submit a medical claim form to Aetna Voluntary to receive your fixed benefit payment.

To find a participating pharmacy, call toll-free 1-888-772-9682 or visit www.aetna.com/dse/custom/avp.

Services to prevent illness are covered under the applicable benefit (Outpatient doctors' office visits or Outpatient laboratory and x-ray services) listed in this Benefit Summary, the same as services to treat illness.



AETNA - PLAN DE BENEFICIOS FIJOS 3



Fixed Benefits Plan:

Inpatient Hospital Stay – daily benefit

(Includes maternity)

Plan pays per day in a private or semi-private room	\$350
Plan pays per day in Intensive Care Unit (ICU)	\$700
Maximum number of stays per coverage year	2 stays

Inpatient Hospital Stay - lump-sum benefit

(Includes maternity)

Plan pays per initial day of an inpatient stay	\$500
Maximum number of days per coverage year	2 days

Inpatient surgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$300
Maximum number of days per coverage year	2 days

Accident - additional benefit

Plan pays per initial day of treatment for an accident	\$200
Maximum number of days per coverage year	2 days

Emergency room

Plan pays per day on which an emergency room visit occurs	\$175
Maximum number of days per coverage year	2 days

Outpatient surgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$300
Maximum number of days per coverage year	2 days

Outpatient doctors' office visits

Includes doctors' service in the office, home, walk-in clinic, and urgent care clinic.

Plan pays per day on which doctors' services are provided	\$60
Maximum number of days per coverage year	5 days

Outpatient laboratory and x-ray services

Plan pays per day on which lab or x-ray services are provided	\$70
Maximum number of days per coverage year	3 days

Prescription drugs, equipment and supplies

Plan pays per day on which a prescription drug, equipment or supply is obtained	\$30
Maximum number of days per coverage year	12 days

To use your prescription benefit:

- Present your Aetna identification (ID) card to the pharmacist.
- Participating pharmacies will apply a discount.
- You pay the amount charged by the pharmacy.
- Submit a medical claim form to Aetna Voluntary to receive your fixed benefit payment.

To find a participating pharmacy, call toll-free 1-888-772-9682 or visit www.aetna.com/dse/custom/avp.

Services to prevent illness are covered under the applicable benefit (Outpatient doctors' office visits or Outpatient laboratory and x-ray services) listed in this Benefit Summary, the same as services to treat illness.



AETNA – PLAN DE BENEFICIOS FIJOS 5



Fixed Benefits Plan:

Inpatient Hospital Stay – daily benefit

(Includes maternity)

Plan pays per day in a private or semi-private room	\$500
Plan pays per day in Intensive Care Unit (ICU)	\$1,000
Maximum number of stays per coverage year	2 stays

Inpatient Hospital Stay - lump-sum benefit

(Includes maternity)

Plan pays per initial day of an inpatient stay	\$700
Maximum number of days per coverage year	2 days

Inpatientsurgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$450
Maximum number of days per coverage year	2 days

Accident-additional benefit

Plan pays per initial day of treatment for an accident	\$300
Maximum number of days per coverage year	2 days

Emergency room

Plan pays per day on which an emergency room visit occurs	\$275
Maximum number of days per coverage year	2 days

Outpatientsurgical procedure

Plan pays per day on which a surgical procedure is performed	\$450
Maximum number of days per coverage year	2 days

Outpatient doctors' office visits

Includes doctors' service in the office, home, walk-in clinic, and urgent care clinic.

Plan pays per day on which doctors' services are provided	\$70
Maximum number of days per coverage year	7 days

Outpatient laboratory and x-ray services

Plan pays per day on which lab or x-ray services are provided	\$90
Maximum number of days per coverage year	3 days

Prescription drugs, equipment and supplies

Plan pays per day on which a prescription drug, equipment or supply is obtained	\$45
Maximum number of days per coverage year	12 days

To use your prescription benefit:

- Present your Aetna identification (ID) card to the pharmacist.
- Participating pharmacies will apply a discount.
- You pay the amount charged by the pharmacy.
- Submit a medical claim form to Aetna Voluntary to receive your fixed benefit payment.

To find a participating pharmacy, call toll-free 1-888-772-9682 or visit www.aetna.com/dse/custom/avp.

Services to prevent illness are covered under the applicable benefit (Outpatient doctors' office visits or Outpatient laboratory and x-ray services) listed in this Benefit Summary, the same as services to treat illness.



APORTES DE LOS EMPLEADOS

MÉDICAS

	Plan 1	Plan 3	Plan 5
Tarifas semanales (52)			
Solo el empleado	\$11.99	\$16.47	\$20.56
Empleado + Un dependiente	\$24.99	\$36.40	\$45.60
Empleado + Dos o más	\$34.99	\$52.34	\$65.63



BENEFICIOS MÉDICOS

Administrados por Aetna

Aetna: información importante sobre nóminas

¿Qué ocurre si no realizo una deducción de nómina?

Su cobertura no comenzará hasta que se haya realizado su primera deducción de nómina. Cada deducción de nómina paga la cobertura de un período de nómina. Si no se realiza una deducción de nómina después de que comience su cobertura, no tendrá cobertura durante el período que cubriría dicha deducción, a menos que pague la cuota completa que no se pagó directamente a Aetna Voluntary.

¿Se cancelará mi saldo si no pago la cuota atrasada?

Una vez que haya comenzado su cobertura, no se cancelará por no haber pagado una cuota atrasada. Sin embargo, no se pagarán los reclamos por pérdidas que se produzcan durante el período en el que no se haya pagado la cuota.

¿Cómo pago mi cuota atrasada?

Para pagar con **cheque personal, cheque de caja o giro postal**, haga el pago a nombre de **Aetna Life Insurance Company** y envíelo junto con una copia completada del cupón de Pago de cuotas de cuotas atrasadas a: Missed Premiums, P.O. Box 534739, Atlanta, GA, 30353. Puede obtener cupones de pago adicionales llamando al **1-888-772-9682**.

¿Puedo elegir las cuotas que deseo pagar?

No. El pago de la cuota que no ha abonado se aplicará siempre al intervalo sin cobertura más antiguo de los últimos 45 días (a partir de la fecha del matasellos de su pago enviado por correo). No puede elegir cubrir una interrupción posterior en la cobertura si tiene una interrupción anterior en la cobertura dentro de los últimos 45 días a partir de la fecha del matasellos de su pago. Para averiguar qué interrupciones en la cobertura puede tener, llame al número gratuito **1-888-772-9682**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

¿Cuánto tiempo tengo para pagar una cuota atrasada?

Puede pagar por una interrupción en la cobertura de hasta 45 días, a partir de la fecha del matasellos de su pago. Tenga en cuenta que, si tiene una interrupción en la cobertura de más de 30 días, se restablecerá su período de espera de 3 a 12 meses para los servicios dentales.

¿Puedo pagar solo una parte de la cuota atrasada?

No. Debe pagar la deducción total de la cuota que no se ha descontado de su nómina, para todas las coberturas que tenga. No aceptamos pagos parciales.

Si dejo de ser elegible o mi empleo finaliza, ¿puedo continuar con la cobertura sin pagar las cuotas atrasadas?

No. Si su cobertura finaliza, no podrá continuar con la cobertura pagando las cuotas atrasadas.



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	
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	
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

Administrado 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

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
Beneficios para empleados	Aetna	(888) 772-9682 Código: 1095 Servicio al cliente en 9 idiomas	www.myaenasupplemental.com
Médico	Curative	(855) 428-7284	Health.curative.com
Recursos Humanos de Xclusive Services		(303) 430-1700 Ext. 200	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: ipp@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: masspremistance@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/dmabs/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.
1. 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](https://www.healthcare.gov) y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.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](https://www.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 rellenando 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](https://www.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