



# XCLUSIVE<sup>®</sup>

## S E R V I C E S

2025 Guía de Beneficios  
Equipo Externo

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

# TABLA DE CONTENIDO

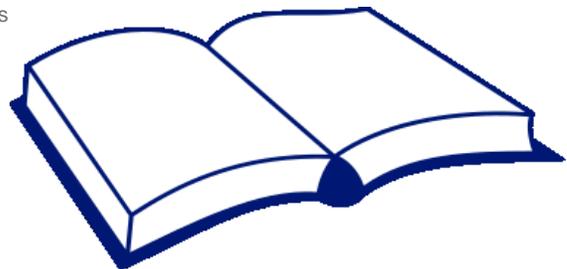


Términos Que Debe Conocer	4
Beneficios Médicos (Aetna)	5
Cuenta De Ahorros Para La Salud	7
Beneficios Médicos (Kaiser)	8
Beneficios Dentales	14
Beneficios Para La Vista	15
Información De Contacto	16
Avisos Legales	17

**Si usted (y/o las personas a su cargo) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para más detalles, consulte las páginas 23-24 donde comienza el Aviso de Cobertura Acreditado.**

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

La intención de este documento es proporcionarle información general sobre el estado de su actual entorno de beneficios para empleados y/o las posibles preocupaciones relacionadas con el mismo. No aborda necesariamente todas sus cuestiones específicas. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. Las preguntas relativas a cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o por un abogado especializado en esta área de práctica.

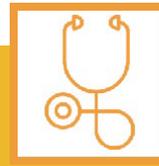


# TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

<b>Evento de Vida Calificado</b>	Un cambio importante en su vida que le permite realizar cambios en su plan de salud. Algunos cambios importantes son el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la pérdida del empleo o que el hijo dependiente cumpla 26 años. Los eventos vitales que cumplan los requisitos DEBEN realizarse en los 30 días siguientes al evento.
<b>Coseguro</b>	Es el porcentaje de los costes de un servicio médico cubierto que usted paga después de haber abonado su deducible.
<b>Deducible</b>	Un importe que debe pagar de su bolsillo por su atención médica antes de que su compañía de seguros comience a hacerse cargo de ciertos servicios médicos cubiertos.
<b>Copagos</b>	Un importe fijo que usted paga por ver a su médico o especialista cuando se le presta un servicio.
<b>Red</b>	Los centros, proveedores y suministradores con los que su aseguradora o plan tiene contrato para la prestación de servicios.
<b>Cuota de Seguro</b>	El importe que le descuentan de su nómina cada periodo de pago para sus beneficios de salud y bienestar.
<b>Niveles de Prescripción</b>	Los diferentes niveles de coste que usted paga por un medicamento. A cada nivel se le asigna un costo. Éste es el importe que pagará cuando surta una receta, si procede.
<b>Máximo de Gastos de Bolsillo</b>	Lo máximo que pagará por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar este importe, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.
<b>Proveedor Preferido</b>	Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan para prestarle servicios con descuento.



# Beneficios Médicos



## Administrado por Aetna y Kaiser Permanente

Una cobertura médica completa y preventiva es importante para protegerle a usted y a su familia de los riesgos financieros de enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele hacer mucho — sobre todo en asistencia médica. Los exámenes rutinarios y la atención preventiva periódica proporcionan una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden convertirse en grandes gastos. Identificando los problemas a tiempo, a menudo pueden tratarse a bajo costo.



Opciones de seguro médico para EMPLEADOS EXTERNOS— Efectivo a partir 01 de enero de 2025  
Planes para elegir. Aetna planos cobertura día a día para visitas médicas planes dentales y de la vista, Kaiser plan proporcionará cobertura catastrófica

	COBERTURA DÍA A DÍA			COBERTURA ESTÁNDAR
Compañía de seguros	Aetna Network Aetna ofrece cobertura diaria, planes dentales y de la vista			Kaiser Permanente HDHP 5000 20% in Colorado PPO 3000 30% outside of Colorado
¿Quién es elegible? ¿Cómo inscribirse?	Todos los empleados externos son elegibles. Los empleados pueden aplicar en cualquier momento, el empleado tendrá cobertura solo cuando funcionen, si no hay ningún trabajo, no será una cobertura ni deducción. Para inscribirse, siga el enlace enviado por correo electrónico para crear un perfil en Employee Navigator.			Los miembros del equipo externo son elegibles después de 1 año de servicio, si el promedio de horas trabajadas es de 30 horas por semana.
¿Califica este plan como mínimo la cobertura esencial?	No, estos planes no protegen de penalidades de Gobierno			Sí, ACA (Affordable Care Act) Approved
¿Cómo funciona este plan?	Ir al médico, centro de atención de urgencia o sala de emergencia y presentar su tarjeta de identificación. Si el proveedor está en la red este reducirá el cobro y facturara a la compañía de seguros. La compañía de seguros le enviará al proveedor un pago por el servicio y el proveedor le facturara por cualquier saldo que este pendiente. Si el proveedor no está en la red, usted no recibirá un descuento y que tendrá que hacer un reclamo usted mismo.			Atención preventiva es gratuita. Usted Paga por todos los servicios cubiertos hasta alcanzar el deducible anual. Si el proveedor está en la red, se descontará el costo de los servicios.
Localizar proveedores de red	Call AETNA, 1-888-772-9682, Code 1095, Group# 802189 Or Email, <a href="http://www.aetna.com/docfind/custom/avp">www.aetna.com/docfind/custom/avp</a>			Call KAISER, 1-855-364-3184 Group#35989, or Email, <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
Beneficios en la red	PLAN 1	PLAN 3	PLAN 5	
Medicamentos con receta	El plan pagará \$20 hasta 8 Veces al año .	El plan pagará \$30 hasta 12 Veces al año .	El plan pagará \$45 hasta 12 Veces al año .	100% cubierto (incluye exámenes de rutina laboratorio de diagnóstico, inmunizaciones) No se requieren referencias para atención especializada
Médico consulta, centro de cuidado urgente o Walk-in Clinic	El plan pagará \$50 para cada visita, hasta 5 consultas médicas al año.	El plan pagará \$60 para cada visita, hasta 5 consultas médicas al año.	El plan pagará \$70 para cada visita, hasta 7	
Consulta externa laboratorio/radiografía	El plan pagará \$50 para Prueba dos veces un año.	El plan pagará \$70 para la prueba tres veces un año.	El plan pagará \$90 para la prueba tres veces un año.	
Sala de emergencias	El plan pagará \$100 para un ER visita dos veces al año.	El plan pagará \$175 para un ER visita dos veces por un sí.	El plan pagará \$275 para un ER visita dos veces al año.	Plan HDHP, empleado \$ 5,000(deducible) Una vez que se alcanza el deducible, el plan pagar el 80% por el saldo del año
Cirugía ambulatoria	El plan pagará \$200 Una vez un año.	El plan pagará \$300 Dos veces un año.	El plan pagará \$450 Dos veces un año.	
Atención en el hospital	El plan pagará \$200 por día + \$200 para cirugía + \$100 por un accidente –Dos veces al año.	El plan pagará \$350 por día + \$300 para la cirugía +\$200 por un accidente –Dos veces al año.	El plan pagará \$500 por día + \$450 para cirugía + \$300 por un accidente – Dos veces al año.	Plan PPO, empleado \$ 3,000 (deducible) Una vez que se alcanza el deducible, el plan pagar el 70% por el saldo del año
Costo semanal – por recibo de sueldo				
Empleado sólo	\$11.99	\$16.47	\$20.56	
Empleado + un dependiente	\$24.99	\$36.40	\$45.60	
Empleado y dos o más	\$34.99	\$52.34	\$65.63	

Encontrará la información de plan (incl. limitaciones y exclusiones) están disponibles.

## Planes de Seguro Médico para **MIEMBROS DE EQUIPOS EXTERNOS EN COLORADO** – En vigor a partir de Enero 1, 2025

- La compañía aseguradora es **Kaiser Permanente**. La red de proveedores es **Colorado Permanente Medical Group Network** en Colorado. Este plan proporcionará una cobertura catastrófica.
- Los miembros del equipo externo** son elegibles después de 1 año de servicio, si el promedio de horas trabajadas es de 30 horas por semana.
- El miembro del equipo también puede afiliar a su cónyuge e hijos dependientes a **precio completo, hasta los 26 años**.
- Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas.
- Rellene el correo electrónico de inscripción y envíelo a Stéphane Jimenez a [benefits@xclusiveservices.com](mailto:benefits@xclusiveservices.com).
- o Llame al (303)430-1700, Ext. 713
- Este formulario confirma que se le ha ofrecido la oportunidad de inscribirse e informará a la empresa de su elección.

Kaiser Permanente	HSA 5000 EMB 20%
<b>Características de este plan</b>	Plan HDHP — la atención dentro de la red está cubierta. <b>No se requieren remisiones para la atención especializada</b> Se requiere autorización previa para hospitalización y cirugía (salvo en caso de urgencia) Los deducibles y gastos de bolsillo máximos son por año natural <b>Beneficios Ilimitados de Por Vida</b>
<b>Beneficios Dentro de la Red</b>	
<b>Atención Preventiva</b>	<b>100% Cubierto (incluye Exámenes de rutina, Laboratorio de diagnóstico asociado, Inmunizaciones)</b>
<b>Medicamentos Recetados</b> Nivel 1 <b>RX, Genérico</b> Nivel 2 <b>RX, Marca</b> Nivel 3 <b>RX No Preferido</b> Nivel 4 <b>RX, Especialidad</b> Venta Por Correo	Farmacia minorista - Suministro para 30 días <b>\$20 de copago</b> \$40 de copago \$60 de copago 20%. \$40/\$80/\$120/20% - 90 días de suministro
<b>Visitas al Consultorio</b> Doctor de Cabecera Especialista (Doctor de Cabecera - PCP) <b>Atención Urgente</b> <b>Sala de Emergencias</b> <b>Laboratorio/Radiografía para pacientes Externos de Sala de Emergencias</b> <b>Maternidad</b> <b>Ingreso a Sala de Emergencias</b> <b>Cirugía Ambulatoria</b> <b>Imagen Avanzada</b> <b>Rehabilitación Ambulatoria</b>	<b>Sólo Empleados \$5,000 (Deducible), Familiares \$10,000 (Deducible)</b> Una vez alcanzado el deducible, el coseguro pagará <b>80% para el resto del año</b> Hasta un máximo anual de gastos de bolsillo de <b>\$6,050 (Sólo Empleados)</b>
<b>Máximo Anual de Gastos de Bolsillo</b>	Copagos, deducible y coseguro <b>Sólo Empleados el Tope es de \$6,050</b> , (Éste es su Límite de Gastos De Bolsillo) <b>El Tope Familiar es de \$12,100</b>
<b>Beneficios Fuera de la Red</b>	<b>Beneficios Limitados (10 visitas o servicios)</b>

### Tarifas del Plan Médico - HSA 5000 EMB 20%

#### Tarifas Semanales (52)

Empleado	\$30.45
Empleado y Cónyuge	\$118.25
Empleado e Hijos	\$94.60
Familia	\$141.90

## Cuenta de Ahorros para la Salud

Una **Cuenta de Ahorros para la Salud** (HSA, por sus siglas en inglés) es un plan de ahorro que puede utilizarse para pagar gastos médicos cualificados con dinero antes de impuestos. Tanto el empleador como el miembro del equipo pueden aportar a la cuenta.

### Participar en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) tiene varias ventajas:

1. Puede reservar dinero en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) antes de impuestos para pagar los gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles (mediante deducción en nómina u otros medios). Una HSA es similar a una cuenta de gastos flexible en el sentido de que se le permite pagar los gastos elegibles con dinero antes de impuestos, pero no tiene las mismas limitaciones.
2. El dinero no utilizado en una cuenta HSA NO se pierde al final del año y se arrastra. NO existe una política de "úselo o piérdalo".
3. La cuenta HSA es suya, lo que significa que puede llevársela con usted si cambia de trabajo o se jubila. Si le queda dinero en su HSA después de jubilarse, puede retirar el dinero como efectivo (después de los 65 años) sin penalización. Si decide no volver a participar en un plan de HSA el año que viene, podrá seguir utilizando los fondos de la cuenta para gastos cualificados. Sin embargo, ya no es elegible para ingresar dinero en la cuenta si no tiene un plan de salud con deducible alto que cumpla los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
4. Puede utilizar los fondos de la HSA para cualquier familiar directo, aunque no esté cubierto en su plan médico. Sin embargo, si tiene un cónyuge o familiares a su cargo cubiertos en un plan con copagos, NO podrán ser inscritos como dependientes en el plan HSA.
5. Según la normativa del IRS, usted NO es elegible para aportar a una HSA antes de impuestos si está actualmente inscrito en una Cuenta de Gastos Flexible (FSA, por sus siglas en inglés) tradicional o si es elegible o está inscrito en Medicare.

### La cuenta bancaria HSA SÓLO se ofrece junto con el plan médico HSA:

#### APORTE DEL EMPLEADOR

- ▶ **\$600** anuales Sólo Empleados
- ▶ **\$1,200** anuales para Empleado y Cónyuge, Empleado e Hijos y Familia

#### APORTES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

- ▶ Completamente voluntario
- ▶ Los aportes se realizan mediante deducción en nómina en su cuenta HSA



### Límites de las HSA para 2025

Se aplican los siguientes límites de la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA):

Importe Máximo De Aporte A La HSA**	2025
Individual	\$4,300
Familiar	\$8,550
Aportes de Recuperación (a partir de 55 años y más)	\$1,000

\*\*Los aportes máximos incluyen tanto los aportes del empleado como los del empleador.

### Gestión de Cuentas

Usted gestiona su propia cuenta HSA a través de WEX como si fuera su propia cuenta bancaria.

## Planes de Seguro Médico para **MIEMBROS DE EQUIPOS EXTERNOS EN COLORADO** - En vigor a partir de Enero 1, 2025

- La compañía aseguradora es **Kaiser Permanente**. La red de proveedores es **Colorado Permanente Medical Group Network** en Colorado. Este plan proporcionará una cobertura catastrófica.
- Los miembros del equipo externo** son elegibles después de 1 año de servicio, si el promedio de horas trabajadas es de 30 horas por semana.
- El miembro del equipo también puede afiliar a su cónyuge e hijos dependientes a **precio completo, hasta los 26 años**.
- Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas.
- Para los participantes de PPO que viven en Colorado o Georgia, visiten <https://www.myfirsthealth.com/LocateProvider/SelectNetworkType>.
- Rellene el correo electrónico de inscripción y envíelo a Stéphane Jimenez a [benefits@xclusiveservices.com](mailto:benefits@xclusiveservices.com).
- o Llame al (303)430-1700, Ext. 713**
- Este formulario confirma que se le ha ofrecido la oportunidad de inscribirse e informará a la empresa de su elección.**

	PPO 3000 30%	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Beneficio Máximo de Por Vida</b>	<b>Sin límite</b>	
<b>Deducible del Año Natural</b>	<b>\$3,000 individual \$6,000 familiar</b>	<b>\$8,000 individual \$24,000 familiar</b>
<b>Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (incluye deducible)</b>	<b>\$3,000 individual \$12,000 familiar</b>	<b>\$13,500 individual \$27,000 familiar</b>
<b>Coseguro</b>	<b>30%</b>	<b>50%</b>
<b>Consultorio Médico</b>		
<b>Consultorio de Atención Primaria</b>	<b>\$30 de copago + (Coseguro del 30% para otros servicios cubiertos)</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Especialista</b>	<b>\$60 de copago + (Coseguro del 30% para otros servicios cubiertos)</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Atención Urgente</b>	<b>CYD/30</b>	<b>CYD/70</b>
<b>Servicios Preventivos (exámenes rutinarios, vacunas, atención al bebé sano y mamografías)</b>	<b>Cubierto al 100%</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Medicamentos Recetados</b>		
<b>Al Por Menor - Genérico</b>	<b>\$20</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Al Por Menor - Marca Preferida</b>	<b>\$40</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Al Por Menor - Medicamentos No Incluidos en el Formulario</b>	<b>\$60</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Al Por Menor - Medicamentos Especializados</b>	<b>Coseguro del 20% hasta \$250 por medicamento</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Pedido Por Correo Disponible (90 días de suministro)</b>	<b>\$40 / \$80 / \$120</b>	<b>NO CUBIERTO</b>
<b>Servicios Hospitalarios</b>		
<b>Emergencias</b>	<b>CYD/30</b>	<b>CYD/70</b>
<b>Pacientes Hospitalizados</b>	<b>CYD/30</b>	<b>CYD5/0</b>
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	<b>CYD/30</b>	<b>CYD/50%</b>
<b>Cirugía Bariátrica</b>	<b>No incluido</b>	

Tarifas del Plan Médico - PPO 3000 30%	
Tarifas Semanales (52)	
Empleado	\$30.45
Empleado y Cónyuge	\$118.25
Empleado e Hijos	\$94.60
Familia	\$141.90

# Encontrar Un Proveedor - Plan Fuera Del Estado



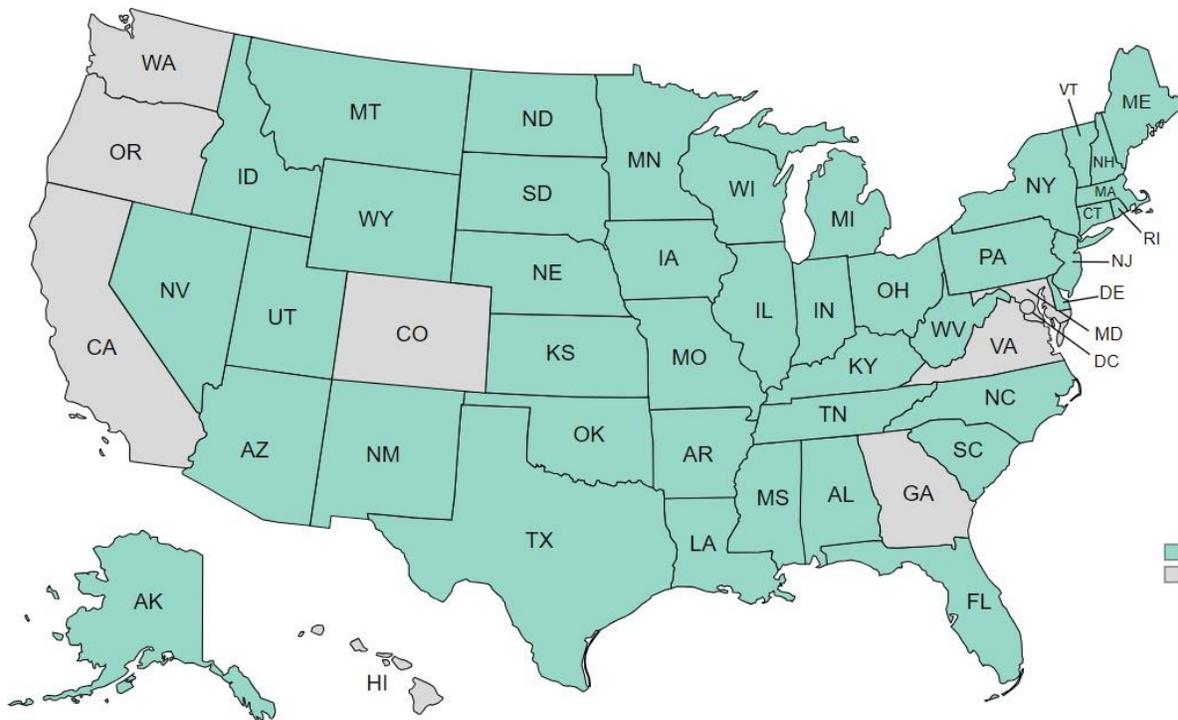
## Red PPO de Cigna

Desde Enero 1, 2024, la Red PPO de Cigna ha sustituido a la Red First Health fuera de los estados KP. La Red First Health seguirá formando parte de la Red de proveedores participantes de KPIC dentro de Colorado y en los estados KP.

La colaboración de Cigna con Kaiser crea una Red más amplia que ofrece a los miembros del equipo opciones para encontrar atención más cerca de donde viven o viajan. El reconocimiento de la marca Cigna facilita el acceso a la atención médica. Las tarifas negociadas por contrato de Kaiser con Cigna Payer Solution pueden Reducir los gastos de bolsillo de los afiliados por servicios con un coste compartido deducible o de coseguro.

Para localizar a los proveedores de la Red de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare SM, llame al servicio de Atención al Cliente al **1-855-364-3184** o utilice el código QR que aparece a continuación. Los afiliados que llamen deben indicar que tienen cobertura a través de un empleador en Colorado pero que tienen un plan PPO fuera del estado o pedir hablar con alguien del departamento "Línea de Productos Choice".

Para localizar las farmacias MedImpact (que forman parte de la Red PPO de Cigna), llame al **1-800-788- 2949** o visite [kp.org/ppo-colorado](http://kp.org/ppo-colorado).



## Aetna - Planes de Beneficios Fijos

### Ayuda financiera adicional cuando más la necesita

¿Tendría suficiente dinero que le ayude a pagar gastos médicos inesperados? ¿Evita ir al consultorio médico por enfermedades menores como un resfriado común debido al costo?

El Plan Aetna Fixed Benefits puede ayudarlo.

Paga beneficios fijos diarios en efectivo por servicios cubiertos. Puede usar ese dinero en efectivo para ayudar a pagar algunos de los costos que surgen, como visitas al médico, hospitalizaciones o recetas médicas.

Es un buen socio de los planes médicos, ya que paga independientemente de cualquier otro seguro que tenga. Puede ayudarlo a pagar un deducible alto, algo común en muchos de los principales planes médicos de hoy en día.

### Por lo tanto, ¿qué obtiene?

Usted obtiene prestaciones útiles, como:

- Inscripción garantizada sin examen médico
- Acceso a nuestra gran red de hospitales, médicos y farmacias con descuento
- Cobertura con tarifas de grupo asequibles

¿El resultado? Puede estar más saludable, más feliz y más concentrado en disfrutar la vida.

\*Si usted visita un proveedor que participa en la red de Aetna afiliada a este programa, el monto que debe pagarle al proveedor es reducido porque Aetna ya ha negociado un descuento. Si el proveedor también participa en la red subyacente de su plan médico, el proveedor puede facturarle la tarifa que el proveedor haya negociado con el plan médico y no se puede garantizar la tarifa con descuento de Aetna.

<sup>1</sup> Friedman, Zack. Forbes. El 78% de los trabajadores vive al día. forbes.com. 11 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/zackfriedman/2019/01/11/live-paycheck-to-paycheck-government-shutdown/#5a5c32b14f10>. Consultado el 1 de mayo de 2019.

### ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTE PLAN ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYE LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

El Plan Aetna Fixed Benefits está suscrito por Aetna Life Insurance Company (Aetna). El Plan Aetna Fixed Benefits es un plan de seguro de indemnización por hospitalización con otros beneficios fijos de indemnización. Este plan brinda beneficios limitados. Los beneficios proporcionados son complementarios y no están destinados a cubrir todos los gastos médicos. Este plan le paga montos fijos en dólares independientemente del monto que el proveedor cobre. Usted es responsable de asegurar que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan además de cualquier otra cobertura médica que usted pueda tener. Esta divulgación ofrece una descripción muy breve de las características importantes de los beneficios que se están analizando. Este no es un contrato de seguros y solo prevalecerán las disposiciones de la póliza actual. Este material es solo para fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y beneficios pueden variar según la ubicación. Las pólizas están sujetas a las sanciones económicas y comerciales de los Estados Unidos. Los proveedores son contratistas independientes y no son representantes de Aetna. La participación de los proveedores puede cambiar sin aviso y está sujeta a cambios. Aetna no brinda atención ni garantiza el acceso a los servicios médicos. Se cree que la información proporcionada es correcta al momento de su redacción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte [aetna.com](http://aetna.com).

Los formularios de pólizas emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96172, GR-96173.

Los formularios de póliza emitidos en Missouri incluyen: GR-96172 01 or AL VOL HPOL-Hosp 01.

### Su dinero rinde más

Usted puede reducir sus gastos médicos de bolsillo cuando visita a un hospital, un médico, una farmacia u otro proveedor en nuestra red nacional.

Simplemente use nuestra búsqueda de proveedores\* para encontrar médicos y especialistas en su área: [aetna.com/dse/custom/avp](http://aetna.com/dse/custom/avp).

### Tenga cobertura cuando la necesite

El 78% de los estadounidenses vive al día. Y más de 1 de cada 4 trabajadores no puede ahorrar nada por mes.<sup>1</sup>



### No se lo pierda. Inscríbase hoy.

Esta póliza, por sí sola, no cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable de Massachusetts.

## Aetna - Plan de Beneficios Fijos 1

**Plan de Beneficios fijo:****Estadía hospitalaria: beneficio diario***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día en una habitación privada o semiprivada	\$200
El plan paga por día en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$400
Número máximo de estadías por año de cobertura	2 estadías

**Estadía hospitalaria: beneficio de suma global***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día inicial de una estadía hospitalaria	\$200
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico hospitalario**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$200
Número máximo de días por año de cobertura	1 día

**Accidente: beneficio adicional**

El plan paga por día inicial de una hospitalización debido a un accidente	\$100
Número máximo de días por año de cobertura	1 día

**Sala de emergencia**

El plan paga por día en que ocurra una visita a la sala de emergencia	\$100
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico ambulatorio**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$200
Número máximo de días por año de cobertura	1 día

**Visitas al consultorio del médico ambulatorio***Incluye el servicio del médico en el consultorio, hogar, clínica sin cita y clínica de atención urgente.*

El plan paga por día en que se prestan los servicios del médico	\$50
Número máximo de días por año de cobertura	5 días

**Servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios**

El plan paga por día en que se prestan servicios de laboratorio o radiografías	\$50
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Medicamentos bajo receta, equipo y suministros**

El plan paga por día en que se obtiene un medicamento bajo receta, equipo o suministro	\$20
Número máximo de días por año de cobertura	8 días

**Para usar su beneficio de farmacia:**

- Presente su tarjeta de identificación de Aetna al farmacéuta.
- Las farmacias participantes aplicarán un descuento.
- Usted paga el monto que cobra la farmacia.
- Presente un formulario de reclamo médico a Aetna Voluntary para recibir su pago de beneficio fijo.

Para encontrar una farmacia participante, llame sin cargo al **1-888-772-9682** o visite

**[www.aetna.com/dse/custom/avp](http://www.aetna.com/dse/custom/avp)**.

Los servicios para evitar enfermedades están cubiertos bajo el beneficio aplicable (visitas al consultorio del médico ambulatorio, o servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios) enumerados en este Resumen de Beneficios, igual que los servicios para el tratamiento de la enfermedad.

## Aetna - Plan de Beneficios Fijos 3

**Plan de Beneficios fijo:****Estadía hospitalaria: beneficio diario***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día en una habitación privada o semiprivada	\$350
El plan paga por día en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$700
Número máximo de estadías por año de cobertura	2 estadías

**Estadía hospitalaria: beneficio de suma global***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día inicial de una estadía hospitalaria	\$500
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico hospitalario**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$300
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Accidente: beneficio adicional**

El plan paga por día inicial de una hospitalización debido a un accidente	\$200
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Sala de emergencia**

El plan paga por día en que ocurra una visita a la sala de emergencia	\$175
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico ambulatorio**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$300
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Visitas al consultorio del médico ambulatorio***Incluye el servicio del médico en el consultorio, hogar, clínica sin cita y clínica de atención urgente.*

El plan paga por día en que se prestan los servicios del médico	\$60
Número máximo de días por año de cobertura	5 días

**Servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios**

El plan paga por día en que se prestan servicios de laboratorio o radiografías	\$70
Número máximo de días por año de cobertura	3 días

**Medicamentos bajo receta, equipo y suministros**

El plan paga por día en que se obtiene un medicamento bajo receta, equipo o suministro	\$30
Número máximo de días por año de cobertura	12 días

**Para usar su beneficio de farmacia:**

- A) Presente su tarjeta de identificación de Aetna al farmacéuta.
- B) Las farmacias participantes aplicarán un descuento.
- C) Usted paga el monto que cobra la farmacia.
- D) Presente un formulario de reclamo médico a Aetna Voluntary para recibir su pago de beneficio fijo.

Para encontrar una farmacia participante, llame sin cargo al **1-888-772-9682** o visite

**[www.aetna.com/dse/custom/avp](http://www.aetna.com/dse/custom/avp)**.

Los servicios para evitar enfermedades están cubiertos bajo el beneficio aplicable (visitas al consultorio del médico ambulatorio, o servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios) enumerados en este Resumen de Beneficios, igual que los servicios para el tratamiento de la enfermedad.

## Aetna - Plan de Beneficios Fijos 5

**Plan de Beneficios fijo:****Estadía hospitalaria: beneficio diario***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día en una habitación privada o semiprivada	\$500
El plan paga por día en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$1,000
Número máximo de estadías por año de cobertura	2 estadías

**Estadía hospitalaria: beneficio de suma global***(Incluye maternidad)*

El plan paga por día inicial de una estadía hospitalaria	\$700
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico hospitalario**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$450
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Accidente: beneficio adicional**

El plan paga por día inicial de una hospitalización debido a un accidente	\$300
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Sala de emergencia**

El plan paga por día en que ocurra una visita a la sala de emergencia	\$275
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Procedimiento quirúrgico ambulatorio**

El plan paga por día en que se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico	\$450
Número máximo de días por año de cobertura	2 días

**Visitas al consultorio del médico ambulatorio***Incluye el servicio del médico en el consultorio, hogar, clínica sin cita y clínica de atención urgente.*

El plan paga por día en que se prestan los servicios del médico	\$70
Número máximo de días por año de cobertura	7 días

**Servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios**

El plan paga por día en que se prestan servicios de laboratorio o radiografías	\$90
Número máximo de días por año de cobertura	3 días

**Medicamentos bajo receta, equipo y suministros**

El plan paga por día en que se obtiene un medicamento bajo receta, equipo o suministro	\$45
Número máximo de días por año de cobertura	12 días

**Para usar su beneficio de farmacia:**

- Presente su tarjeta de identificación de Aetna al farmaceuta.
- Las farmacias participantes aplicarán un descuento.
- Usted paga el monto que cobra la farmacia.
- Presente un formulario de reclamo médico a Aetna Voluntary para recibir su pago de beneficio fijo.

Para encontrar una farmacia participante, llame sin cargo al **1-888-772-9682** o visite

**[www.aetna.com/dse/custom/avp](http://www.aetna.com/dse/custom/avp)**.

Los servicios para evitar enfermedades están cubiertos bajo el beneficio aplicable (visitas al consultorio del médico ambulatorio, o servicios de laboratorio y radiografías ambulatorios) enumerados en este Resumen de Beneficios, igual que los servicios para el tratamiento de la enfermedad.

# BENEFICIOS DENTALES



## Seguro Dental Voluntario

### Administrado por Reliance Matrix

Un buen cuidado dental mejora la salud física general, el aspecto y el bienestar mental. Los problemas con los dientes y las encías son problemas de salud comunes y fáciles de tratar. Mantenga sus dientes sanos y su sonrisa brillante con el Plan de Beneficios Dentales de Reliance Matrix.

Servicios	Plan Bajo	Plan Alto
	Dentro de la Red y Fuera de la Red	
<b>Deducible Anual</b>	\$100 por persona \$300 de límite familiar	\$50 por persona \$150 de límite familiar
<b>Máximo Año Natural</b>	\$750 por persona	\$1,000 por persona
<b>Servicios Dentales Preventivos</b> (Examen de Rutina, Radiografías de Aleta De Mordida, Radiografías Bucles Completas/Panorámicas, Radiografías Periapicales, Limpieza, Fluoruro para Niños de 13 años o menores, Sellantes)	100%	100%
<b>Servicios Dentales Básicos</b> (Mantenedores de Espacio, Empastes de Caries, Composites Restauradores, (dientes anteriores y posteriores), Extracciones Simples, Anestesia)	80% después del deducible	80% después del deducible
<b>Servicios Dentales Principales</b> (Onlays, Coronas, Reparación De Coronas, Endodoncia (no quirúrgica), Endodoncia (quirúrgica), Periodoncia (no quirúrgica), Periodoncia (quirúrgica), Reparación de Prótesis Dentales, Prostodoncia (puente fijo; prótesis completas/parciales removibles), Extracciones Complejas)	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia (Cobertura para Adultos)	50% hasta \$750 Máximo de Por Vida	50% hasta \$1,000 Máximo de Por Vida
Reembolso Fuera de la Red	MAC	90 <sup>th</sup> U&C

Plan Dental Voluntario - Alto	
Tarifas Semanales (52)	
Empleado	\$5.89
Empleado y Cónyuge	\$11.57
Empleado e Hijos	\$16.34
Familia	\$22.02

# BENEFICIOS DE VISION



Seguro Voluntario de Visión

## Administrado por Reliance Matrix

Las revisiones oculares periódicas no sólo pueden determinar su necesidad de gafas correctoras, sino que también pueden detectar problemas generales de salud en sus fases más tempranas. La protección de los ojos debería ser una de las principales preocupaciones de todos.

Servicio	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Examen Ocular - una vez cada 12 meses</b>	\$10 de copago	Hasta \$45
<b>Lentes - una vez cada 12 meses</b>		
<b>Lentes Monofocales</b>	\$25 de copago (El deducible se aplica a un par completo de gafas o a las monturas, según se elija)	Hasta \$30
<b>Lentes Bifocales Recubiertos</b>		Hasta \$50
<b>Lentes Trifocales Recubiertos</b>		Hasta \$65
<b>Lentes Lenticulares</b>		Hasta \$100
<b>Monturas - una vez cada 12 meses</b>	\$130 de subsidio (El subsidio de Costco y Walmart será el equivalente al por mayor)	Hasta \$70
<b>Lentes de Contacto - una vez cada 12 meses</b>		
<b>Exámenes de Ajuste y Seguimiento</b>	Coste de afiliación \$60 de subsidio	Ningún beneficio
<b>Medicamento Necesario</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta \$210
<b>Optativa</b>	\$130 de subsidio	Hasta \$105

No necesita Tarjeta de Identificación. Para aprovechar su beneficio oftalmológico de Reliance Matrix, sólo tiene que ponerse en contacto con un proveedor de VSP e informarle de que tiene cobertura de VSP; ellos se encargarán del papeleo por usted.

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

- Visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com) y seleccione la Red VSP Choice Network + Affiliates Network
- Escanee el código QR en esta página
- Llame a VSP al 800-877-7195
- Descargue nuestra aplicación móvil, las herramientas de beneficios y busque un médico cerca de usted

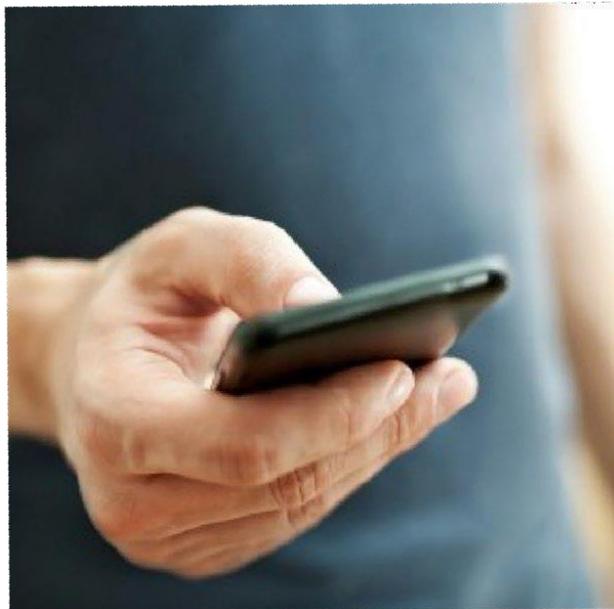
Plan de Voluntario de Visión	
Tarifas Semanales (52)	
Empleado	\$2.20
Empleado y Cónyuge	\$4.27
Empleado e Hijos	\$3.74
Familia	\$5.82

# INFORMACIÓN DE CONTACTO



Si tiene preguntas específicas sobre un plan de beneficios, póngase en contacto con el administrador que figura a continuación o con el departamento de Recursos Humanos de su localidad.

Beneficio	Administrador	Número de grupo	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
Beneficios para los Empleados	Aetna	802189	(888) 772-9682 Código: 1095 Servicio al Cliente en 9 idiomas	<a href="http://www.myaenasupplemental.com">www.myaenasupplemental.com</a>
Médico	Kaiser Permanente	35989	(855) 384-3184	<a href="http://www.kp.org/kpic-colorado">www.kp.org/kpic-colorado</a>
Gallagher	Adam Kinyicky		(830) 221-6250	<a href="mailto:adam_kinyicky@ajg.com">adam_kinyicky@ajg.com</a>
Recursos Humanos	Stephane Jiménez		(303) 430-1700 ext 713 (303) 726-4863	<a href="mailto:Benefits@xclusiveservices.com">Benefits@xclusiveservices.com</a>
Coverage2Care-Medicare	Kimberly Rodríguez		(210) 392-0312	<a href="mailto:kimberly@coverage2care.com">kimberly@coverage2care.com</a>





# AVISOS LEGALES

## Divulgación De Las Protecciones Del Paciente

Por lo general, el Plan de Salud de Xclusive Services exige la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra Red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, Kaiser Permanente designará uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Kaiser Permanente llamando al (866) 454-8855 o escribiendo a [www.kp.org](http://www.kp.org).

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Kaiser Permanente ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra Red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional médico deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales médicos participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con Kaiser Permanente llamando al (866) 454-8855 o escribiendo a [www.kp.org](http://www.kp.org).

## Ley De Derechos De La Mujer Contra El Cáncer Y La Salud

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de las Mujeres sobre la Salud y el Cáncer de 1998 ("WHCRA", por sus siglas en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que la atiende y la paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: HSA 5000 EMB 20% (Individual: 20% de coseguro y \$5,000 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$10,000 de deducible)

Plan 2: PPO 3000 30% (Miembros del equipo fuera de Colorado) (Individual: 30% de coseguro y \$3,000 de deducible; Familiar: 30% de coseguro y \$6,000 de deducible)

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su administrador del plan al (303) 430-1700 Ext. 713 o [benefits@xclusiveservices.com](mailto:benefits@xclusiveservices.com).

## Ley De Protección De La Salud De Recién Nacidos Y Madres

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos no pueden, por lo general, según la ley Federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley Federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, en virtud de la ley Federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

## Ayuda Para El Pago De Las Cuotas De Medicaid Y Del Programa De Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Health Insurance Marketplace. Para más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las cuotas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las cuotas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o las personas a su cargo son elegibles para la ayuda para el pago de las cuotas en virtud de Medicaid o CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que es elegible para la ayuda para el pago de las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada a Julio 31, 2024 . Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad -**

ALABAMA - Medicaid	ALASKA - Medicaid
Sitio Web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio Web del Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico de AK: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA - Medicaid
Sitio Web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio Web del Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO - Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA - Medicaid
Sitio Web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de Contacto para Afiliados de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relé estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relé estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio Web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

<p align="center"><b>GEORGIA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Pulse 1 Sitio Web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: 678-564-1162, Pulse 2</p>	<p align="center"><b>INDIANA - Medicaid</b></p> <p>Programa de Pago de Cuotas de Seguro Médico Todos los demás Medicaid Sitio Web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a> Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de atención al afiliado 1-800-457-4584</p>
<p align="center"><b>IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p> <p>Sitio Web de Medicaid: <a href="#">Iowa Medicaid   Salud y Servicios Humanos</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio Web de Hawki: <a href="#">Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa   Salud y servicios humanos</a> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio Web del HIPP: <a href="#">Pago de Cuotas del Seguro de Enfermedad (HIPP)   (en inglés) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</a> Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center"><b>KANSAS - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p align="center"><b>KENTUCKY - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web del Programa Integrado de Pago de Cuotas del Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a> Sitio Web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a> Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio Web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p align="center"><b>LOUISIANA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://www.medicare.la.gov">www.medicare.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea Directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center"><b>MAINE - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a> Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Sitio Web sobre la Cuota del Seguro Médico Privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center"><b>MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
<p align="center"><b>MINNESOTA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a> Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p align="center"><b>MISSOURI - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center"><b>MONTANA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p align="center"><b>NEBRASKA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center"><b>NEVADA - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center"><b>NEW HAMPSHIRE - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a> Teléfono: 603-271-5218 Número Gratuito del Programa HIPP: 1-800-852-3345, ext.15218 Correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p>

<p align="center"><b>NEW JERSEY - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs_clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs_clients/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-356-1561            Teléfono Asistencia de cuotas de CHIP: 609-631-2392            Sitio Web de CHIP:  <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>            Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p align="center"><b>NEW YORK - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center"><b>CAROLINA DEL NORTE - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>            Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center"><b>DAKOTA DEL NORTE - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>            Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center"><b>OKLAHOMA - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>            Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center"><b>OREGON - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>            Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center"><b>PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>            Teléfono: 1-800-692-7462            Sitio Web de CHIP:  <a href="http://Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov)">Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov)</a>            Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p align="center"><b>RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>            Teléfono: 1-855-697-4347, o            401-462-0311 (Línea directa RIte Share)</p>
<p align="center"><b>CAROLINA DEL SUR - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>            Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center"><b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>            Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center"><b>TEXAS - Medicaid</b></p> <p><a href="#">Sitio Web: Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPPI)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a>            Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center"><b>UTAH - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web de la Asociación para la Prima del Seguro Médico de Utah (UPP): <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a>            Correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a>            Teléfono: 1-888-222-2542            Sitio Web de la Ampliación para Adultos:  <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a>            Sitio Web del Programa de Adquisición de Medicaid de Utah:  <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a>            Sitio Web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a></p>
<p align="center"><b>VERMONT- Medicaid</b></p> <p><a href="#">Sitio Web: Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPPI)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a>            Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p align="center"><b>VIRGINIA - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>  <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a>            Teléfono Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center"><b>WASHINGTON - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>            Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p align="center"><b>VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a>  <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>            Teléfono de Medicaid 304-558-1700            Teléfono Gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center"><b>WISCONSIN - Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio Web:  <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>            Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p align="center"><b>WYOMING - Medicaid</b></p> <p>Sitio Web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-y-elegibilidad/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-y-elegibilidad/</a>            Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para la prima desde Julio 31, 2024 , o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

### Declaración De La Ley De Reducción De Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), 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, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o 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 actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, no obstante cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si ésta no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información supondrá una media de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al Número de Control OMB 1210-0137.

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

## Recordatorio Del Aviso De Prácticas De Privacidad De La HIPAA

### Protección de los derechos de privacidad de su información médica

Los Servicios Xclusive están comprometidos con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de Salud de los Servicios Xclusive (el "Plan") utilizan estrictas normas de privacidad para proteger su información médica de usos o divulgaciones no autorizados.

Las políticas 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 recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad poniéndose en contacto con [benefits@xclusiveservices.com](mailto:benefits@xclusiveservices.com) - Administrador de beneficios en el (303) 430-1700 Ext. 713 o [benefits@xclusiveservices.com](http://benefits@xclusiveservices.com).

## Derechos De Afiliación Especial A La HIPAA

### Aviso Del Plan De Salud De Xclusive Services Sobre Sus Derechos De Inscripción Especial Según La HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de Xclusive Services (para participar realmente, debe rellenar un formulario de inscripción y pagar parte de la cuota mediante deducción en nómina).

Una ley Federal llamada HIPAA exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan según su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o para un dependiente elegible mientras esté en vigor otra cobertura y más tarde pierde esa otra cobertura por determinadas razones que reúnen los requisitos.

**Pérdida De Otra Cobertura (Excepto Medicaid O Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil).** Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, podrá afiliarse usted y a sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa deja de aportar para su otra cobertura o la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la afiliación dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empresario deje de aportar para la otra cobertura).

**Pérdida De Cobertura De Medicaid O De Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil.** Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil, podrá afiliarse usted y a sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil.

**Nuevo Dependiente Por Matrimonio, Nacimiento, Adopción O Colocación En Adopción.** Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá afiliarse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

**Elegibilidad Para La Subvención De Primas De Medicaid O De Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil:** si usted o las personas a su cargo (incluido su cónyuge) resultan elegibles para una subvención estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, es posible que puedan inscribirse usted y las personas a su cargo en este plan.

No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha ayuda.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Stephane Jimenez - Gestora de prestaciones en el (303) 430-1700 Ext. 713 o [benefits@xclusiveservices.com](mailto:benefits@xclusiveservices.com).

## Aviso Importante

Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente elegible, deberá cumplimentar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, deberá indicar que la cobertura de otro plan de salud colectivo u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil) es el motivo por el que rechaza la afiliación, y se le pedirá que identifique dicha cobertura. Si no cumplimenta el formulario, ni usted ni las personas a su cargo tendrán derecho a la inscripción especial en caso de pérdida de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá teniendo derecho a la inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de ser elegible para un subsidio estatal de ayuda a la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial por la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el periodo 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 en adopción, o en virtud de la obtención de la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

## Aviso De Cobertura Acreditable

### Aviso Importante De Xclusive Services

#### Acerca De Su Cobertura De Medicamentos Recetados Y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo . Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos recetados con Xclusive Services y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare . Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en afiliarse, 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 . Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados .

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

1. La cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o 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 Los planes también pueden ofrecer más cobertura por una cuota mensual más elevada.
2. Xclusive Services ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una cuota más elevada (una 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 para Medicare por primera vez y cada año de Octubre 15 a Diciembre 7.

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

#### ¿Qué Ocurre Con Su Cobertura Actual Si Decide Inscribirse En Un Plan Medicare De Medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Servicios Xclusive puede verse afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Servicios Xclusive, tenga en cuenta que usted y las personas a su cargo pueden o no recuperar esta cobertura.

#### ¿Cuándo Pagará Una Prima 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 dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más elevada (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de Octubre siguiente para afiliarse.

#### Para Más Información Sobre Este Aviso O Sobre Su Cobertura Actual De Medicamentos Recetados...

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en 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 Más Información Sobre Sus Opciones En La Cobertura De Medicamentos Recetados De Medicare...

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

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior de su ejemplar del manual "Medicare y Usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda extra, visite la página Web de la Seguridad Social [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámeles 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 le pidan una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si tiene que pagar o no una prima más alta (una penalización).**

<b>Fecha:</b>	<b>Enero 01, 2025 Xclusive</b>
<b>Nombre de la Entidad/Emisor:</b>	<b>Services</b>
<b>Contacto-Puesto/Oficina:</b>	<b>Stephane Jimenez - Gestora de Beneficios</b>
<b>Dirección de la Oficina:</b>	<b>8774 Yates Dr Ste 210 Westminster, Colorado 80031-6906 Estados Unidos</b>
<b>Número de Teléfono:</b>	<b>(303) 430-1700 Ext. 713</b>

## Aviso General COBRA

### Modelo De Notificación General De Los Derechos De Continuidad De La Cobertura COBRA (Para Uso De Los Planes De Salud Colectivos De Un Solo Empleador)

#### \*\* Derechos De Continuidad De La Cobertura En Virtud De COBRA\*\*

#### Introducción

Recibe este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familiar y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también podrá serlo para otras opciones de cobertura que pueden costar menos 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, por sus siglas en inglés). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura médica colectiva. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley Federal, debe consultar el Resumen de la Descripción del Plan o ponerse en contacto con el Administrador del Plan.

**Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura médica colectiva.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Health Insurance Marketplace. Al inscribirse en una cobertura a través del Marketplace, puede optar a unos costes más bajos en sus primas mensuales y a unos gastos de bolsillo más reducidos. Además, puede optar a un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar 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, de lo contrario, ésta finalizaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "evento calificador". Los eventos calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. Tras un evento calificador, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado." Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios cualificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificador. Según el Plan, los beneficiarios cualificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deberán pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si es usted miembro del equipo, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos cualificantes:

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

Si es cónyuge de un miembro del equipo, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos cualificados:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos a cargo se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos cualificados:

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

### ¿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 sólo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del miembro del equipo;
- Que el miembro del equipo pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

**Para todos los demás eventos calificativos ( divorcio o separación legal del miembro del equipo y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente ), deberá notificarlo al Administrador del Plan en un plazo de 60 días a partir de que se produzca el evento calificador . Deberá proporcionar esta notificación a Stephane Jimenez.**

### ¿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 calificador, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario cualificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los miembros del equipo cubierto podrán elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán 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 suele durar 18 meses debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificativos, o un segundo evento calificador durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

#### ***Prórroga por incapacidad del periodo de 18 meses de cobertura continua COBRA***

Si la Seguridad Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está incapacitado 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 cobertura continua COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La incapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

#### ***Segundo evento que da derecho a la ampliación del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura***

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

### ¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familiar a través del Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, [Children's Health Insurance Program \(CHIP\)](#) u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina un "periodo de inscripción especial." Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov/](http://www.healthcare.gov/).

### ¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA una vez finalizada la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque sigue trabajando, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, dispone de un periodo de inscripción especial de 8 meses<sup>1</sup> para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la primera de las siguientes fechas

- El mes siguiente a la finalización de su empleo; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en el empleo actual

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

Si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la continuación de la cobertura COBRA, es posible que tenga que pagar una 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 posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan podrá finalizar 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, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

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

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

### Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Si desea más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE.UU. más cercana a su zona o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para más información sobre el Marketplace, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

### Mantenga informado a su Plan de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al administrador del plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus archivos, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

### Información de Contacto del Plan

**Xclusive Services**  
**Stephane Jimenez - Gestora de Beneficios**  
**8774 Yates Dr Ste 210**  
**Westminster, Colorado 80031-6906**  
**Estados Unidos**  
**(303) 430-1700 Ext. 713**

## Aviso Del Marketplace

### Opciones De Cobertura Del Marketplace De Seguros Médicos Y Su Cobertura Médica

#### PARTE A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros médicos ("Marketplace"). Para ayudarle a la hora de evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso le proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

#### ¿Qué Es El Health Insurance Marketplace?

El Marketplace está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Marketplace ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado en su zona geográfica.

#### ¿Puedo Ahorrar Dinero En Las Primas De Mi Seguro Médico En El Marketplace?

Es posible que reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple ciertas normas de valor mínimo (que se comentan más adelante). El ahorro al que puede optar depende de sus ingresos familiares. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

#### ¿Afecta La Cobertura médica Basada En El Empleo A La Elegibilidad Para El Ahorro De Primas A Través Del Marketplace?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica por parte de su empleador que se considera asequible para usted y cumple ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, ni para el pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Marketplace y puede que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal, y pagos por adelantado del crédito que reduzca su prima mensual, o una reducción de ciertos costes 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 las normas de valor mínimo. Si su parte del coste de la prima de todos los planes que le ofrecen a través de su empleo es superior al 9,12%<sup>1</sup> de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal, y el pago por adelantado 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 coste de las primas del plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,12% de los ingresos familiares del empleado.<sup>1 2</sup>

**Nota:** Si adquiere un plan de salud a través del Marketplace en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador -así como su aporte del empleado a la cobertura basada en el empleo- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Marketplace se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Marketplace.

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

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empresario o basado en otro empleo cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costes. A efectos de ser elegible para la bonificación fiscal por primas, para cumplir la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios de hospitalización como de los servicios médicos.

## ¿Cuándo Puedo Inscribirme En Un Seguro Médico A Través Del Marketplace?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Marketplace durante el Periodo de Inscripción Abierta anual del Marketplace. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza en Noviembre 1 y continúa al menos hasta Diciembre 15.

Fuera del Periodo de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si cumple los requisitos para acogerse a un Periodo de Inscripción Especial. En general, puede optar a un Periodo de Afiliación Especial si ha tenido ciertos eventos vitales que le cualifican, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de Periodo de Afiliación Especial, es posible que disponga de 60 días antes o 60 días después del evento vital calificativo para inscribirse en un plan del Marketplace.

También hay un Periodo de inscripción especial en el Marketplace para las personas y sus familiares que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) a partir de Marzo 31, 2023 y hasta Julio 31, 2024 . Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que haya estado inscrito a partir de Marzo 18, 2020 hasta Marzo 31, 2023 . A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir de Marzo 31, 2023 . El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., **está ofreciendo un periodo de inscripción especial temporal en el Marketplace para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Marketplace.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan 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 Marzo 31, 2023 y Julio 31, 2024 , y atestigüen una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Periodo de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre Marzo 31, 2023 y Julio 31, 2024 , podrá inscribirse en la cobertura del Marketplace dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de llamadas del Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

## ¿Qué Hay De Las Alternativas A La Cobertura médica Del Marketplace?

Si usted o su familiar son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familiar también pueden ser elegibles para un Periodo de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, dispone de 60 días tras 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 familiar perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre Marzo 31, 2023 y Julio 10, 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el Septiembre 8, 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellorando una solicitud a través del Marketplace o solicitándolo directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para más detalles.

## ¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o póngase en contacto con Stephane Jimenez.

El Marketplace puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Marketplace y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Health Insurance Marketplace de su zona.

**PARTE B: Información Sobre La Cobertura médica Ofrecida Por Su Empresa**

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica ofrecida por su empresa. Si decide rellenar una solicitud de cobertura en el Marketplace, se le pedirá que facilite esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Marketplace.

3. Employer name Xclusive Services		4. Employer Identification Number (EIN) 75-2993507	
5. Employer address 8774 Yates Dr Ste 210		6. Employer phone number (303) 430-1700 Ext. 713	
7. City Westminster	8. State Colorado	9. ZIP code 80031-6906	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Stéphane Jiménez			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address <a href="mailto:benefits@xclusiveservices.com">benefits@xclusiveservices.com</a>	

## Aetna - Información Importante sobre la Nómina

### ¿Qué ocurre si se me pasa una deducción de la nómina?

Su cobertura no comenzará hasta que se le aplique la primera deducción de nómina. Cada deducción de nómina paga la cobertura durante un periodo de nómina. Si omite una deducción de nómina después de que comience su cobertura, no tendrá cobertura durante el tiempo que cubriría esa deducción de nómina, a menos que pague la totalidad de la cuota omitida directamente a Aetna Voluntary.

### ¿Se cancelará mi saldo si no recupero una cuota atrasada?

Una vez iniciada la cobertura, ésta no se cancelará por no haber abonado una cuota atrasada. Sin embargo, no se pagarán siniestros ocurridos durante el periodo en el que no se haya abonado la cuota.

### ¿Cómo pago la cuota que me falta?

Para pagar con **cheque personal, cheque de caja o giro postal**, hágalo pagadero a **Aetna Life Insurance Company** y envíelo junto con una copia cumplimentada del Cupón de Pago de Cuotas Faltantes 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. Su falta de pago de la cuota se aplicará siempre a la interrupción de cobertura más antigua de los últimos 45 días (a partir de la fecha del matasellos de su pago enviado por correo). No podrá optar por cubrir una interrupción de cobertura posterior si tiene una interrupción de cobertura anterior dentro de los últimos 45 días a partir de la fecha del matasellos de su pago. Para saber qué interrupciones de cobertura puede tener, llame al número gratuito **1-888-772-9682**, de Lunes a Viernes, de 8 a.m. 6 p.m.

### ¿Durante cuánto tiempo tengo que pagar una cuota atrasada?

Podrá 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 periodo de espera de 3 a 12 meses para recibir servicios dentales.

### ¿Puedo pagar sólo una parte de la cuota que me falta?

No. Deberá abonar la totalidad de la cuota deducible que le faltaba en su nómina, para todas las coberturas que tenga. No podemos aceptar pagos parciales.

### Si dejo de reunir los requisitos o finaliza mi empleo, ¿puedo continuar con la cobertura con las cuotas no abonadas?

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



*Este Resumen de Beneficios ha sido elaborado por*



Insurance | Risk Management | Consulting