



2025

Guía de
Beneficios para
Empleados

Invited

Explore sus opciones de beneficios.

EMPLEADOS DE INVITED:

Bienvenido a Invited. ¡Nos complace informarle que ahora es elegible para recibir beneficios!

Nuestra prioridad principal es apoyarle a usted y a su familia a mejorar su salud y bienestar general. Estamos comprometidos con ofrecerle opciones de planes de beneficios rentables, y nos complace compartir con usted los detalles de estos planes.

Nuestros planes ofrecen una variedad de opciones que se adaptan a sus necesidades. Desde nuestro plan **SimplePay** de Aetna que *no tiene deducibles*, que podría ser más rentable para usted al conocer de antemano los pagos por cada servicio, hasta nuestro plan de salud con deducible alto de United Healthcare (UHC) con menores aportes que se deducen del cheque de pago pero mayores costos de bolsillo al visitar al médico. Además ofrecemos nuestro plan **Choice Plus PPO** de UHC con aportes semanales más elevados que se deduce de su cheque de pago, un deducible anual más bajo, pero usted participa en costos más elevados. *Se puede encontrar más información en esta guía.*

A TENER EN CUENTA PARA SUS BENEFICIOS PARA 2025

1. *Invertir en usted y trabajar juntos para gestionar los costos.*

- Los costos de atención médica están aumentando e Invited ha experimentado un incremento del 12% en los gastos de atención médica para 2025. En lugar de trasladar a los empleados una parte de estos crecientes costos, mantendremos sin cambios las deducciones semanales de su cheque de pago ÚNICAMENTE SI los empleados y sus cónyuges realizan una evaluación de diagnóstico preventivo.
- **Dispondrá de 90 días a partir de la fecha de inicio para presentar la evaluación de diagnóstico preventivo.**
- ¿Listo para ahorrar? Siga estos sencillos pasos (también se describen detalladamente en la página 10).
PASO 1: Inscribese en Quest. Visite el portal de Beneficios (InvitedBenefits.com/DiagnosticScreening) y siga los pasos para crear una cuenta con Quest.
PASO 2: Seleccione una de estas opciones para presentar su evaluación de diagnóstico preventivo en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios.
 - Envíe una evaluación de diagnóstico preventivo anterior a Quest.
 - Concierte una cita en un centro Quest disponible.

2. *Ayudar a los empleados a entender mejor sus opciones.*

- A lo largo de este proceso, se le informará sobre las distintas opciones de planes, las ventajas y las diferencias entre ellos, para que pueda tomar una decisión más informada sobre sus beneficios.
- Le ayudaremos a aclarar conceptos clave relacionados con los beneficios (por ejemplo, deducibles, copagos, primas, recargos, etc.).
- A lo largo del año también le explicaremos cómo tomar mejores decisiones para su salud y su bolsillo, incluido cuándo acudir al médico, a urgencias o a un servicio de emergencias.

3. *A su alcance: herramientas y recursos que le ayudarán en su decisión.*

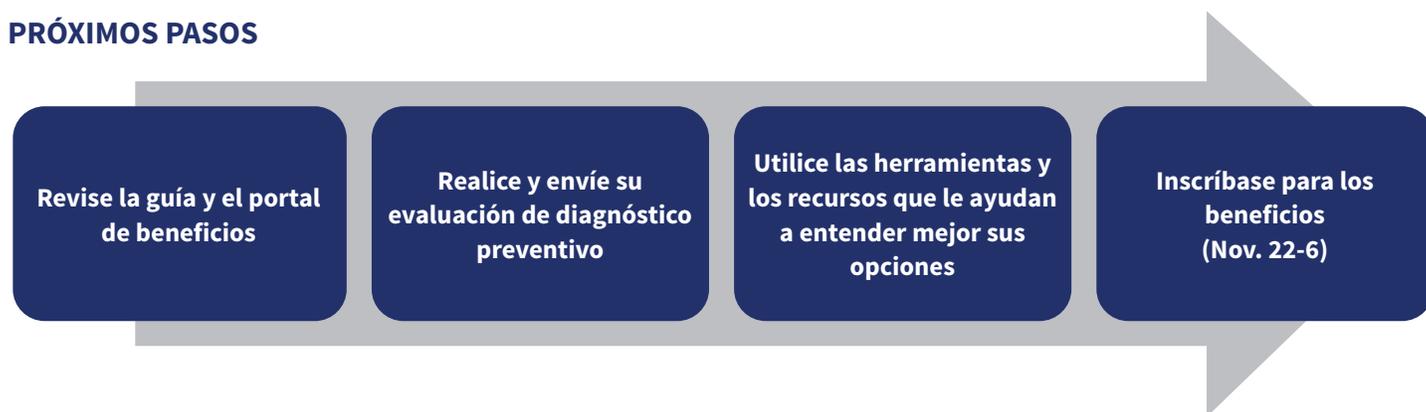
- Utilice esta guía, visite el portal de Beneficios (InvitedBenefits.com) y asista a una sesión de formación para obtener más información acerca de las increíbles ofertas que están disponibles para usted. Descubra cómo Empleados reales han aprovechado al máximo su plan y/o las herramientas disponibles para obtener fácilmente la ayuda que necesitaban.
- Aproveche nuestra herramienta interactiva para la toma de decisiones de beneficios en el portal de Beneficios (InvitedBenefits.com) para determinar qué plan puede ser el mejor para usted y su familia.
- A través de la aplicación HealthJoy, los empleados que están inscritos en uno de nuestros planes médicos pueden obtener atención médica de telesalud y visitas de salud mental gratuitas, acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a un conserje de atención médica (responder preguntas médicas, recomendar un médico o especialista local, ayudar a resolver pedidos de reembolso, etc.), realizar un seguimiento de sus planes y tarjetas de acceso, así como ayuda para encontrar precios bajos en sus medicamentos con receta.
- Visite la pestaña 'Recursos' del portal de Beneficios (InvitedBenefits.com) para obtener información de contacto para todos los prestadores de beneficios y las ofertas.
- Solicite ayuda a un especialista en beneficios de Invited – llame al 833-964-2967 o visite Invitedbenefits@avantsb.com.

APROVECHE LA ATENCIÓN MÉDICA Y EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL - SIN COSTO ALGUNO PARA USTED.

Más de tres cuartas partes de los adultos se ven afectados negativamente por el estrés.¹ Por eso nos esforzamos por eliminar las barreras que le dificultan a usted y/o a su familia encontrar la atención que necesitan, especialmente en materia de salud mental. Las investigaciones indican que el asesoramiento en salud mental puede ser muy eficaz para ayudar a quienes lo necesitan. Si bien los medicamentos pueden aliviar determinados síntomas, el asesoramiento aborda los problemas subyacentes y ayuda a las personas a resolverlos y superarlos.² Ofrecemos varias ventajas para ayudarle a encontrar acceso inmediato a prestadores de alta calidad.

- **Telesalud con HealthJoy:** Si está inscripto en uno de nuestros planes médicos, la aplicación HealthJoy le permite acceder a citas virtuales GRATUITAS con médicos matriculados por problemas médicos generales y necesidades de salud mental, las citas están disponibles las 24 horas al día, los 7 días a la semana por video o teléfono.
- **Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de SupportLinc:** Ofrece orientación experta para ayudar a abordar y resolver situaciones de la vida cotidiana, con las primeras 6 sesiones con un consejero certificado disponibles SIN COSTO. Acceda a la ayuda dondequiera que esté, donde sea más conveniente para usted (por ejemplo, por teléfono, correo electrónico, chat en vivo o sesión en vivo) – **visite www.supportlinc.com** (nombre de usuario: invitedclubs) o llame al 888-881-5462.
- **Novedades para 2025:** estamos ampliando nuestra atención de salud mental en el marco del plan UHC Choice Plus PPO al ofrecer todas las visitas al consultorio, ya sea con un prestador de salud mental dentro o fuera de la red, con un copago de \$10 por visita. Siempre le animaremos a que seleccione prestadores del nivel 1 que están dentro de la red para ahorrarle dinero; sin embargo, sabemos que los pacientes tienen relaciones de largo plazo con los prestadores de salud mental que son fundamentales para llevar adelante su atención.

PRÓXIMOS PASOS



Como compañía, mantenemos nuestro compromiso de evaluar las consecuencias económicas para usted y asumir la responsabilidad compartida de su salud. Le animamos a que también tome decisiones para gestionar los costos (por ejemplo, participar en evaluaciones de diagnóstico preventivo, considerar SimplePay, utilizar la telesalud y la aplicación HealthJoy, consultar a su médico de cabecera o acudir a atención de urgencias en lugar de a la sala de emergencias, etc.). Asegúrese de analizar detenidamente los detalles que se incluyen en esta guía para aprovechar todo lo que ofrecen nuestros beneficios.

Nota: Para asegurarse de que tiene cobertura de beneficios, DEBE completar su inscripción en los **30 días** siguientes a su fecha de inicio. Si no hace sus elecciones de beneficios durante su período de inscripción de **30 días**, no tendrá cobertura de beneficios para 2025.



Atentamente,

Sherry Vidal-Brown, Directora de Recursos Humanos

¹ Asociación Estadounidense de Psicología, Stress in America, 2022

² <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies>

Índice

Inscripción	5	Cuenta de gastos de transporte - TaxSaver	28
Pasos para inscribirse	7	Seguro Básico de Vida y AD&D – Lincoln Financial	29
Prepárese para inscribirse.	8	Seguro voluntario de vida – Lincoln Financial	30
Eventos habilitantes de mitad de año	9	Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo - Lincoln Financial	31
Evaluaciones de diagnóstico preventivo	10	Seguro voluntario de discapacidad a largo plazo - Lincoln Financial	32
Evaluaciones de diagnóstico preventivo	11	Seguro voluntario contra accidentes – Lincoln Financial	33
Descripción general de las opciones de planes médicos	12	Seguro Voluntario por Enfermedades Graves – Lincoln Financial	34
Opciones de planes médicos – Deducciones de su cheque de pago quincenal	13	Seguro voluntario de indemnización hospitalaria – Lincoln Financial	35
Opciones de planes médicos – Deducciones de su cheque de pago semanal	14	Plan jurídico voluntario – MetLife	36
Plan de salud SimplePay de Aetna	15	Seguro voluntario de protección contra el robo de identidad y el fraude - MetLife	37
Plan de salud con deducible alto de UnitedHealthcare ..	18	Plan de seguro voluntario para mascotas - MetLife	38
Plan de salud de deducible alto de UnitedHealthcare – Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)	19	Plataforma de compras BenefitsMe	39
Plan de salud de deducible alto de UnitedHealthcare – Requisito de selección de prestadores	20	Servicios de seguro de vida para beneficiarios de Empathy	40
Plan Choice Plus PPO de UnitedHealthcare	21	Seguro automotor y residencial - Farmers	41
Plan Healthy Start MEC de UnitedHealthcare	22	Fondo de Atención al Empleado (E.C.F., en inglés)	42
Aplicación para la promoción de la atención médica HealthJoy	23	Información de contacto importante sobre el plan de beneficios	43
Visitas de telesalud gratis con HealthJoy	24	Avisos legales obligatorios de Invited Clubs	44
Programa de Asistencia al Empleado (EAP) gratis de SupportLinc, disponible para TODOS los empleados	25		
Beneficios dentales - Delta Dental	26		
Beneficios de visión – MetLife Superior	27		
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) – Plan TaxSaver	28		

Esta guía destaca los principales aspectos de muchos de los planes de beneficios patrocinados por Invited. Los detalles completos de estos planes se encuentran en los documentos legales que rigen los planes. Si existe alguna discrepancia entre los documentos del plan y la información que aquí se describe, prevalecerán los documentos del plan. En todos los casos, los documentos de los planes son la fuente exclusiva para determinar los derechos y beneficios que contemplan los planes. La participación en los planes no constituye un contrato de trabajo. Invited se reserva el derecho de modificar, enmendar o cancelar cualquier plan de beneficios o práctica que se describen en esta guía. Ninguna disposición de esta guía garantiza que las nuevas disposiciones del plan seguirán en vigencia por algún período de tiempo. Esta Guía sirve de resumen de las modificaciones más importantes que exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), con sus enmiendas.

Inscripción

Usted y su familia tienen necesidades únicas, por lo que Invited ofrece una variedad de planes de beneficios entre los que puede elegir. Para asegurarse de tener cobertura de beneficios, **DEBE** completar su inscripción dentro de los 30 días posteriores al empleo o de pasar a ser elegible para los beneficios. Si no elige beneficios durante su período de inscripción de 30 días, no tendrá beneficios para 2025.

ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para participar si es un empleado activo a tiempo completo que trabaja como mínimo 30 horas por semana y ha cumplido con el período de espera requerido. Esto incluye elegibilidad para participar en beneficios médicos, dentales, de visión, en el seguro de vida y AD&D y en las Cuentas de Gastos Flexibles, así como en beneficios adicionales.

DEPENDIENTES ELEGIBLES

Son dependientes elegibles para cobertura en un plan de beneficios de Invited:

- Su cónyuge legal (o cónyuge por derecho consuetudinario en estados que reconozcan los matrimonios por ese régimen)
- Hijos dependientes hasta los 26 años de edad (incluye hijos biológicos, adoptados, hijastros, bajo tutela legal, pupilos legales o hijos a los que usted deba cubrir en virtud de una Orden de Manutención Médica Infantil Competente (QMCSO)).
- Hijos dependientes, cualquiera sea su edad, que sean incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad mental o física, que dependan totalmente de usted para su manutención, tal y como conste en su declaración de impuestos federal, y para quienes su Plan Médico apruebe continuar con la cobertura después de los 26 años

¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA?

Los nuevos empleados son elegibles el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. De manera similar, los empleados que pasan de ser de tiempo parcial a de tiempo completo son elegibles el primero del mes siguiente al cambio de su situación laboral.

Debido a regulaciones del IRS, una vez que usted haya hecho sus elecciones, ya no podrá cambiar sus beneficios hasta el siguiente período de inscripción, a menos que tenga un Evento de Vida Habilitante - vea la página 9.

SITIO WEB DE BENEFICIOS DE INVITED Y SOPORTE PARA LA INSCRIPCIÓN

Acceda a toda la información sobre los beneficios en <http://www.invitedbenefits.com/>. Aquí encontrará la guía para la auto-inscripción, este folleto de beneficios, videos, resúmenes de los planes, una herramienta interactiva para tomar decisiones y más.

Decidir qué beneficios podrá necesitar puede resultar abrumador, pero estamos aquí para ayudarlo. Tenemos especialistas en beneficios que lo guiarán por los Planes de Beneficios Grupales que tenemos disponibles para usted para que pueda elegir con confianza cuáles beneficios son los mejores para usted y su familia.

- Llame al (833) 964-2964 para hablar con un especialista en beneficios de Invited.
- Envíe un mensaje de correo electrónico a un especialista en beneficios de Invited a Invitedbenefits@avantsb.com.
- Para programar una cita con un especialista en beneficios haga clic [aquí](#).
- También puede utilizar la herramienta para tomar decisiones que lo ayudará a seleccionar los mejores planes para usted. Escanee el código QR o visite www.invitedbenefits.com/voya/ para comenzar.



¿CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA?

Sus beneficios médicos, dentales y de visión terminan el último día del mes en que finaliza su relación laboral. Todos los demás beneficios (p. ej., Vida y AD&D, discapacidad a corto y largo plazo, Voluntario) terminan en la fecha de finalización.

ANTES DE INSCRIBIRSE

- Revise con cuidado los beneficios que se incluyen en esta guía y determine la cobertura médica, dental, de visión, y cualquier otra cobertura que es mejor para usted y su familia
- Verifique que sus familiares cumplan con los requisitos de elegibilidad
- Conozca el costo de los planes que seleccionó
- Ingrese en Oracle (si ya tiene una cuenta) o regístrese (usuarios nuevos) en www.myclublifeonline.com
- Seleccione, revise y envíe la cobertura que desee
- Asegúrese de completar la información de los beneficiarios para los seguros de vida y AD&D
- Si tiene alguna pregunta, llame a un especialista en beneficios de Invited al 833-964-2967 o envíe un mensaje de correo electrónico a Invitedbenefits@avantsb.com.

Tenemos una herramienta para ayudarlo a seleccionar los mejores planes para usted y su familia. Escanee el código QR para empezar o visite el enlace a continuación: www.invitedbenefits.com/voya/ para comenzar.



ELEGIBILIDAD

Si inscribe a dependientes en el plan médico, debe presentar constancia de la condición de dependiente. **Los documentos para la verificación de dependientes deben recibirse a más tardar 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de sus beneficios.**

DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE DEPENDIENTES

- Súbalos a www.myclublifeonline.com.
 - Para subir los documentos a www.myclublifeonline.com, seleccione el ícono 'Benefits' (Beneficios). En la pantalla Beneficios, seleccione la casilla Dependent Verification Documents (Documentos para la verificación de dependientes) y luego el botón Add (Agregar) que está en la esquina derecha de la página Document Records (Registros documentales).
- Documentos de verificación aceptables:
 - Certificado de nacimiento
 - Licencia de matrimonio
 - Constancia de tutela
 - Prueba de adopción

DEPENDIENTE(S) NO VERIFICADO(S)

Si la documentación de verificación de dependientes válida no se recibe dentro de los **30 días** después de la fecha de entrada en vigencia de sus beneficios, no se activará la cobertura de los dependientes en el plan médico de Invited. Solo se activará su cobertura de dependiente(s) verificado(s) en el plan médico de Invited.





Pasos para inscribirse

OPCIÓN 1:

AUTO-INSCRÍBASE EN LÍNEA VÍA ORACLE en: www.myclublifeonline.com

OPCIÓN 2:

¿QUIERE HABLAR CON UN ESPECIALISTA TITULADO EN BENEFICIOS?

- Llame al 833-964-2967
- Correo electrónico: Invitedbenefits@avantsb.com
- Para programar una cita haga clic [aquí](#).

Prepárese para inscribirse

Inicie sesión en HCM de Oracle en myclublifeonline.com.

¿Tiene un correo electrónico de InvitedClubs.com? Haga clic en el botón "Company Single Sign On" (Inicio de sesión único de la compañía).

¿No tiene un correo electrónico de InvitedClubs.com? **Ingrese su ID de usuario y contraseña. Luego haga clic en el botón "Sign In" (Iniciar sesión).**

Las ID de usuario se componen de **nombre.apellido** pero pueden incluir un número o inicial de segundo nombre si ya existiera más de una coincidencia. Ejemplo nombre.m.apellido

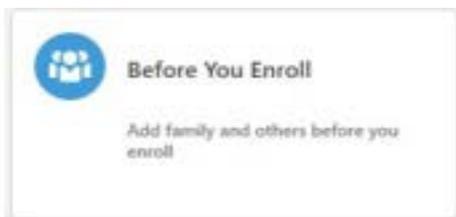
Para restablecer su contraseña, use el enlace "Forgot Password" (Olvidé contraseña). Los correos electrónicos para restablecer las contraseñas se envían a la dirección de correo electrónico que figura en su perfil en Oracle HCM. Si no está seguro de cuál es o no tiene acceso a ese correo electrónico, póngase en contacto con la Mesa de Ayuda de Invited al **(972) 888-7777**.



Desde el panel "Me" (Yo), haga clic en la aplicación "Benefits" (Beneficios).

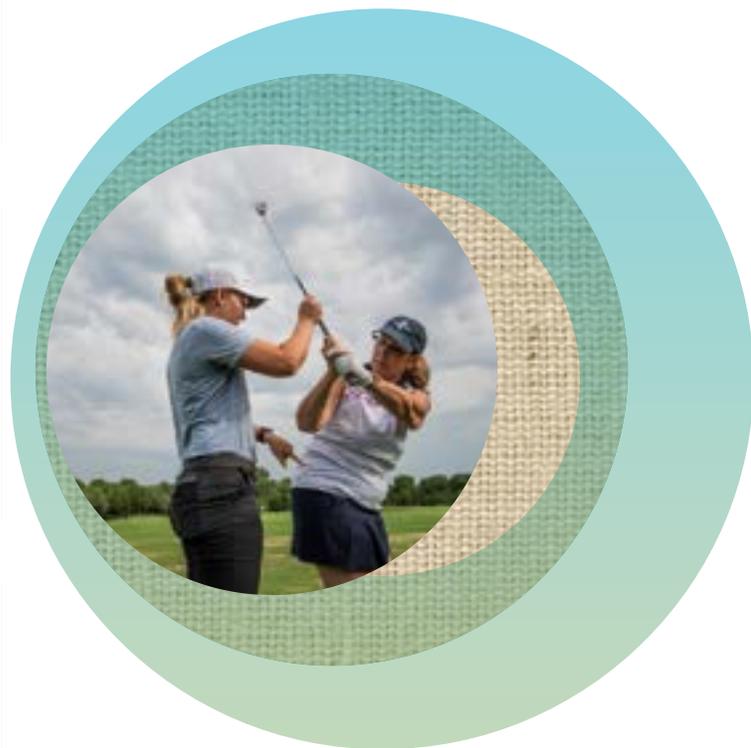


Haga clic en la tarjeta "Before you Enroll" (Antes de inscribirse).



Empleados por hora a tiempo completo: Para acceder a las instrucciones completas para la inscripción en Oracle, haga clic [aquí](#).

Empleados asalariados a tiempo completo: Para acceder a las instrucciones completas para la inscripción en Oracle, haga clic [aquí](#).



Eventos habilitantes de mitad de año

Cuando se produzca uno de los siguientes eventos, usted tiene **30 días** desde la fecha del evento para notificarlo al Departamento de Beneficios de Invited y/o solicitar cambios en su cobertura. Llame al Departamento de Beneficios al 833-964-2967.

BENEFICIOS QUE SE PERMITE CAMBIAR										
EVENTO DE VIDA HABILITANTE	PLAN MÉDICO	PLAN DENTAL	PLAN DE VISIÓN	SEGURO DE VIDA PARA EMPLEADO	SEGURO DE VIDA PARA CÓNYUGE	SEGURO DE VIDA PARA HIJO	ATENCIÓN DE DEPENDIENTES	FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA	BENEFICIARIOS	DOCUMENTACIÓN
Cambio de estado civil: Matrimonio Divorcio o anulación Separación legal Disolución de pareja de hecho Fallecimiento del cónyuge	√	√	√		√		√	√	√	Certificado de matrimonio Sentencia de divorcio Documento judicial firme Declaración de baja de inscripción certificada por notario Certificado de defunción
Cambio en el número de dependientes: Nacimiento Adopción Adjudicación de tutela de un niño Fallecimiento de un dependiente	√	√	√			√	√	√	√	Certificado de nacimiento Anuncio hospitalario Adopción Acuerdo Sentencia judicial de tutela Certificado de defunción
Pérdida de otra cobertura por un dependiente	√	√	√				√	√	√	Constancia de pérdida de cobertura, como una carta de despido; Certificado de Cobertura Acreditable
Obtención de otra cobertura por un dependiente	√	√	√				√	√	√	Constancia de cobertura con una fecha de inicio de beneficios y nombre(s) de dependiente(s) cubierto(s)
Cambio en las horas de trabajo del empleado, cónyuge o dependiente (incluido un cambio entre tiempo completo y tiempo parcial)	√	√	√				√	√	√	Constancia de pérdida de cobertura debido a un cambio en la situación laboral, como un Certificado de Cobertura Acreditable o carta de la compañía
Cambio en los costos de atención de dependientes							√			Carta de su prestador de servicios de guardería
Orden judicial de agregar o quitar dependiente de la cobertura	√	√	√			√	√	√	√	Contáctese directamente con su Equipo de Beneficios

Evaluaciones de diagnóstico preventivo

Como Empleado de Invited, usted tiene la oportunidad de participar en una evaluación de diagnóstico preventivo. ¡No solo aprenderá información importante sobre su salud, **sino que también podrá evitar pagar hasta \$780 más (\$1,560 con cónyuge) por la cobertura de su plan médico en el 2025!**

INVERTIR EN SU SALUD

Nuestra prioridad es apoyarle a usted y a su familia a mejorar su estado general de salud y bienestar. Un paso importante en ese viaje es invertir en su propia salud aprovechando nuestros beneficios, como la evaluación de diagnóstico preventivo.



3 de cada 5 adultos en EE.UU. han evitado o retrasado la atención médica presencial durante la pandemia



El 67% de los estadounidenses tiene una enfermedad crónica, y casi 1 de cada 3 dice que su condición ha empeorado desde que comenzó la pandemia



2 de cada 5 estadounidenses están preocupados de que puedan tener una condición de salud no diagnosticada

Entonces, ¿qué ES una evaluación de diagnóstico preventivo?

Las evaluaciones de diagnóstico preventivo son pruebas/exámenes que pueden ayudar a detectar los factores de riesgo para la salud en sus fases más tempranas, cuando se tienen más posibilidades de evitar el desarrollo de afecciones médicas crónicas (p. ej., obesidad, diabetes, hipertensión arterial), enfermedades (p. ej., cáncer, cardiopatías o hepatopatías) o de sufrir un evento de salud catastrófico (p. ej., ataque cardíaco, accidente cerebrovascular). Hay una variedad de evaluaciones que van desde análisis de sangre hasta mamografías, colonoscopias, etc.

Si se inscribe en una opción de plan médico de Invited, le animamos a usted y a su cónyuge cubierto a que se hagan un análisis de sangre para su evaluación de diagnóstico preventivo.

ACTÚE EN EL PLAZO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SUS BENEFICIOS

Los empleados y sus cónyuges tendrán la opción de devolver un formulario de resultados médicos que indique que se realizó una evaluación de diagnóstico preventivo (análisis de sangre), o ir a un centro de servicio de laboratorio (Centro de servicio al paciente de Quest).

PASO 1: Inscríbese usted e inscriba a su cónyuge cubierto

- Visite my.questforhealth.com para crear su cuenta.
- **Clave de registro:** InvitedClubs
- **Utilice su identificación de empleado:** Su identificación de empleado es lo que utiliza para registrar su entrada. También se puede encontrar en la parte superior izquierda de su cheque de pago. Si no puede encontrar su identificación de empleado, envíe un correo electrónico a employeesupport@invitedclubs.com.
- **Ingrese su identificación de cónyuge:** Utilice su identificación de empleado *con una S al final*.
- Complete los pasos para registrarse y verificar su información.
- **Haga clic aquí** para obtener instrucciones paso a paso sobre cómo completar su registro en el sitio web de Quest.
- Si no puede registrarse en línea, envíe un mensaje de correo electrónico al Especialista en Beneficios a Invitedbenefits@avantsb.com.

Paso 2: Seleccione una opción para completar/enviar su evaluación

Opción 1: Enviar un formulario de resultados del médico

- Seleccione esta opción si desea que su médico le realice la evaluación o si ya visitó a su médico para su análisis de sangre anual en el último año.
- Descargue el formulario desde my.questforhealth.com.
- Entrégueselo a su médico para que complete el formulario (evaluación de diagnóstico preventivo).
- Suba el formulario después de completarlo con los resultados de su evaluación a my.questforhealth.com o su médico puede enviar por fax el formulario que completó al 844-560-5221 **dentro de los 90 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de sus beneficios**.
- **Haga clic aquí** para obtener instrucciones paso a paso sobre cómo solicitar un formulario de resultados del médico.

Evaluaciones de diagnóstico preventivo

Opción 2: Visitar un centro de servicio al paciente de Quest

Seleccione esta opción para concertar una cita en un Centro de Atención al Paciente de Quest Diagnostics® en el laboratorio más cercano a usted. Inicie sesión en el sitio web de Quest para buscar una ubicación, pero **no tarde en concertar una cita, ya que los resultados deben recibirse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios.**

Paso 3: Asista a su evaluación programada

- Recuerde ayunar nueve o más horas antes de la cita programada, beber mucha agua y tomar los medicamentos recetados durante el período de ayuno.
- Llegue a tiempo a su evaluación programada.

Paso 4: Revise sus resultados

- De cinco a siete días después de que se complete su evaluación, puede revisar sus resultados en my.questforhealth.com.
- Todos los resultados individuales son confidenciales y no se comparten con Invited.
- Revise sus resultados con un prestador certificado a través de la aplicación Virtual Care de Quest, disponible para usted hasta fin de año.
- Puede hacer preguntas a un equipo de atención clínica sobre sus resultados y recibir orientación personalizada para dar los siguientes pasos.

Paso 5: Evite un recargo en el plan médico en 2025

- Si no se somete a una evaluación de diagnóstico preventivo en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios, pagará un recargo de hasta \$30 quincenales* en su plan médico que aparecerá como deducible en su cheque de paga.
- Si usted elige cubrir a su cónyuge en una opción del plan médico de Invited en 2025 y su cónyuge no completa una evaluación de diagnóstico preventivo en un plazo de 90 días desde le fecha de entrada en vigor de sus beneficios, aparecerá un recargo separado de \$30 quincenales* como deducción en su cheque de paga.

*Si es un empleado que cobra semanalmente, usted y/o su cónyuge cubierto pagarán un recargo semanal de \$15.

OPCIONES DE PLANES MÉDICOS DE INVITED			
	2025	2025	2025
EVALUACIONES DE DIAGNÓSTICO QUE NO SON PREVENTIVAS	RECARGO SEMANAL	RECARGO QUINCENAL	RECARGO ANUAL
Solo Empleado	Hasta \$15.00	Hasta \$30.00	Hasta \$780.00
Empleado <u>O</u> Cónyuge	Hasta \$15.00	Hasta \$30.00	Hasta \$780.00
Empleado <u>Y</u> Cónyuge	Hasta \$30.00	Hasta \$60.00	Hasta \$1560.00

Los resultados de su evaluación son confidenciales y los resultados de evaluación individuales no se compartirán con Invited. Los resultados de su evaluación de diagnóstico preventivo, incluido su análisis de sangre, no afectan la cobertura de su plan médico.

Aviso de alternativas razonables

Todos los empleados elegibles para los beneficios de Invited pueden participar en una evaluación de diagnóstico preventivo para evitar el pago de un recargo en las primas del plan médico 2025. Si cree que quizás no pueda completar la evaluación de diagnóstico preventivo, podría calificar para tener la oportunidad de evitar el recargo por diferentes medios. Contacte con un Especialista en Beneficios de Invited en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios llamando al (833) 964-2967 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar una alternativa que evite el recargo.

Descripción general de las opciones de planes médicos

Invited ofrece varias opciones de planes médicos para satisfacer sus necesidades específicas. Por favor, tómese el tiempo para revisar el material informativo detallado de modo de conocer cada opción.

COBERTURA DE LA RED	PLAN DE SALUD SIMPLEPAY DE AETNA		PLAN DE SALUD DE DEDUCIBLE ALTO DE UHC		PLAN CHOICE PLUS PPO DE UHC		COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA DE UHC	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCCIONES POR CHEQUE DE PAGO	\$\$\$		\$\$		\$\$\$\$		\$	
COMPAÑÍA DE SEGURO	AETNA/CVS HEALTH		UHC/OPTUMRX		UHC/OPTUMRX		UHC/OPTUMRX	
Servicios de atención preventiva antes del 30 de noviembre	No se cubre		No se cubre		No se cubre		No se cubre	
Visita de telesalud médica (HealthJoy)	Gratis	No se aplica	Gratis	No se aplica	Gratis	No se aplica	Gratis	No se aplica
Visita de telesalud mental (HealthJoy)	No se aplica		No se aplica		No se aplica		No se aplica	
Visita del médico de atención primaria	Nivel 1 \$30 Nivel 2 \$40 Nivel 3 \$70	Nivel 1 \$85 Nivel 2 \$85 Nivel 3 \$85	Nivel 1 Deducible, luego 20% Nivel 2 Deducible, luego 40%	Deducible, luego 60%	Nivel 1 \$10 Nivel 2 \$40	Deducible, luego 60%	\$25	No se cubre
Deducible anual	Ninguna; Copagos por servicio	Ninguna; Copagos por servicio	Individual \$4,000 Familiar \$8,000	Individual \$10,000 Familiar \$20,000	Individual \$2,500 Familiar \$6,250	Individual \$4,000 Familiar \$10,000	No se aplica	No se cubre
Coseguro	Ninguna; Copagos por servicio	Ninguna; Copagos por servicio	Nivel 1 20% Nivel 2 40%	Deducible, luego 60%	Nivel 1 20% Nivel 2 40%	Deducible, luego 60%	No se aplica	No se cubre
Máx. de bolsillo	Individual \$6,500 Familiar \$13,000	Individual Sin límite Familiar Sin límite	Individual \$8,000 Familiar \$16,000	Individual \$75,000 Familiar \$150,000	Individual \$7,900 Familiar \$15,800	Individual \$75,000 Familiar \$150,000	Individual \$9,100 Familiar \$18,200	No se cubre
Cuenta de Ahorro antes de impuestos	Cuenta de Gastos Flexibles para Gastos Médicos Hasta \$3,200		Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos Hasta \$4,300 por cobertura individual o Hasta \$8,550 por cobertura familiar		Cuenta de Gastos Flexibles para Gastos Médicos Hasta \$3,200		Cuenta de Gastos Flexibles para Gastos Médicos Hasta \$3,200	

*Fuera de la red: Además de la responsabilidad por gastos de bolsillo arriba indicada, usted debe hacerse cargo de los costos que cobra el prestador que exceden el cargo razonable determinado por el plan de salud.



Opciones de planes médicos – Deducciones de su cheque de pago quincenal

PLAN DE SALUD SIMPLEPAY DE AETNA				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL QUINCENAL		ARANCEL QUINCENAL	RECARGO QUINCENAL
Solo Empleado	\$79.38	Solo Empleado	\$109.38	\$30.00
Empleado + Cónyuge	\$238.15	Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$268.15	\$30.00
		Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$298.15	\$60.00
Empleado + Hijo(s)	\$196.03	Empleado + Hijo(s)	\$226.03	\$30.00
Empleado + Familia	\$299.72	Empleado + Familiar EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$329.72	\$30.00
		Empleado + Familia EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$359.72	\$60.00
PLAN DE SALUD DE DEDUCIBLE ALTO DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL QUINCENAL		ARANCEL QUINCENAL	RECARGO QUINCENAL
Solo Empleado	\$43.92	Solo Empleado	\$73.92	\$30.00
Empleado + Cónyuge	\$197.64	Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$227.64	\$30.00
		Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$257.64	\$60.00
Empleado + Hijo(s)	\$158.11	Empleado + Hijo(s)	\$188.11	\$30.00
Empleado + Familia	\$254.74	Empleado + Familiar EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$284.74	\$30.00
		Empleado + Familia EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$314.74	\$60.00
PLAN CHOICE PLUS DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL QUINCENAL		ARANCEL QUINCENAL	RECARGO QUINCENAL
Solo Empleado	\$104.37	Solo Empleado	\$134.37	\$30.00
Empleado + Cónyuge	\$313.11	Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$343.11	\$30.00
		Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$373.11	\$60.00
Empleado + Hijo(s)	\$257.73	Empleado + Hijo(s)	\$287.73	\$30.00
Empleado + Familia	\$394.05	Empleado + Familiar EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$424.05	\$30.00
		Empleado + Familia EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$454.05	\$60.00
PLAN HEALTHY START MEC DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL QUINCENAL		ARANCEL QUINCENAL	RECARGO QUINCENAL
Solo Empleado	\$29.00	Solo Empleado	\$42.00	\$13.00
Empleado + Cónyuge	\$52.08	Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$65.08	\$13.00
		Empleado + Cónyuge EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$78.08	\$26.00
Empleado + Hijo(s)	\$52.08	Empleado + Hijo(s)	\$65.08	\$13.00
Empleado + Familia	\$52.08	Empleado + Familiar EMPLEADO <u>Q</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$65.08	\$13.00
		Empleado + Familia EMPLEADO <u>Y</u> CÓNYUGE Sin evaluaciones	\$78.08	\$26.00

Opciones de planes médicos – Deducciones de su cheque de pago semanal

PLAN DE SALUD SIMPLEPAY DE AETNA				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL SEMANAL		ARANCEL SEMANAL	RECARGO SEMANAL
Solo Empleado	\$39.79	Solo Empleado	\$54.79	\$15.00
Empleado + Cónyuge	\$119.08	Empleado + Cónyuge Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$134.08	\$15.00
		Empleado + Cónyuge Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$149.08	\$30.00
Empleado + Hijo(s)	\$98.02	Empleado + Hijo(s)	\$113.02	\$15.00
Empleado + Familia	\$149.86	Empleado + Familia Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$164.86	\$15.00
		Empleado + Familia Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$179.86	\$30.00
PLAN DE SALUD DE DEDUCIBLE ALTO DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL SEMANAL		ARANCEL SEMANAL	RECARGO SEMANAL
Solo Empleado	\$21.96	Solo Empleado	\$36.96	\$15.00
Empleado + Cónyuge	\$98.82	Empleado + Cónyuge Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$113.82	\$15.00
		Empleado + Cónyuge Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$128.82	\$30.00
Empleado + Hijo(s)	\$79.06	Empleado + Hijo(s)	\$94.06	\$15.00
Empleado + Familia	\$127.37	Empleado + Familia Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$142.37	\$15.00
		Empleado + Familia Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$157.37	\$30.00
PLAN CHOICE PLUS DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL SEMANAL		ARANCEL SEMANAL	RECARGO SEMANAL
Solo Empleado	\$52.19	Solo Empleado	\$67.19	\$15.00
Empleado + Cónyuge	\$156.56	Empleado + Cónyuge Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$171.56	\$15.00
		Empleado + Cónyuge Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$186.56	\$30.00
Empleado + Hijo(s)	\$128.87	Empleado + Hijo(s)	\$143.87	\$15.00
Empleado + Familia	\$197.03	Empleado + Familia Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$212.03	\$15.00
		Empleado + Familia Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$227.03	\$30.00
PLAN HEALTHY START MEC DE UHC				
	Con evaluaciones		Sin evaluaciones	
	ARANCEL SEMANAL		ARANCEL SEMANAL	RECARGO SEMANAL
Solo Empleado	\$14.50	Solo Empleado	\$21.00	\$6.50
Empleado + Cónyuge	\$26.04	Empleado + Cónyuge Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$32.54	\$6.50
		Empleado + Cónyuge Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$39.04	\$13.00
Empleado + Hijo(s)	\$26.04	Empleado + Hijo(s)	\$32.54	\$6.50
Empleado + Familia	\$26.04	Empleado + Familia Empleado O Cónyuge Sin evaluaciones	\$32.54	\$6.50
		Empleado + Familia Empleado Y Cónyuge Sin evaluaciones	\$39.04	\$13.00



Plan de Salud SimplePay de Aetna

Con SimplePay, ya no tiene que preocuparse por deducibles, coseguros o facturas de su prestador. Solo recibe un estado de cuenta mensual de SimplePay. La Aplicación SimplePay identifica a los mejores prestadores y le muestra un precio para cada uno de los servicios médicos, con lo cual usted tiene el control sobre sus decisiones de atención médica.



Utilice el código QR para ver si su prestador actual está en la red de SimplePay.

SimplePay está diseñado para ayudarle a encontrar prestadores de alta calidad y bajo costo para que no tenga que sacrificar excelencia para ahorrar dinero. Con SimplePay, los prestadores se clasifican en tres categorías de copago en función de los siguientes criterios:

<p>Calidad</p> <p>Prestadores que tienen las mejores certificaciones y capacitaciones en su clase, junto con buenos resultados en la práctica de atención.</p>	<p>Relación</p> <p>Prestadores que están asociados a líneas de servicio de primera calidad en sus respectivos centros.</p>
<p>Experiencia</p> <p>Prestadores que brindan experiencias y resultados positivos a los pacientes.</p>	<p>Eficiencia</p> <p>Prestadores que brindan la mejor atención proporcionando la cantidad apropiada de atención.</p>

Leyenda de Categorías de Prestadores

-  Prestador del Nivel 1
-  Prestador de nivel 2
-  Prestador de nivel 3
-  Satisface todos los estándares anteriores
-  Satisface la mayoría de los estándares anteriores
-  Satisface los estándares mínimos anteriores

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA SIMPLEPAY DE LAS OPCIONES DE PLANES MÉDICOS DE UNITEDHEALTHCARE (UHC)?

- **Sin deducibles:** SimplePay no tiene ningún deducible anual - usted paga una suma fija en dólares (llamada copago) por todos los servicios médicos y medicamentos con receta desde el primer día.
- **Certeza en los costos de bolsillo:** Sepa de antemano el precio de cada uno de los servicios médicos. Nada de costos de bolsillo por adelantado, agregados o facturas sorpresa.
- **Excelente atención y valor:** Prestadores de alta calidad fáciles de localizar a un costo predeterminado para todos los servicios en la aplicación SimplePay - desde chequeos hasta procedimientos avanzados.
- **Los pagos se realizan a SimplePay:**
 - Cuando acude a un médico o establecimiento para recibir servicios médicos, usted no le paga a su prestador.
 - Cuando surte sus medicamentos con receta en una farmacia dentro de la red, usted no le paga a la farmacia.
 - En su lugar, SimplePay llevará cuenta de todos sus costos de bolsillo (copagos) y luego le enviará una liquidación mensual.
 - SimplePay ofrece financiamiento al 0% por servicios médicos y medicamentos con receta.
- **Reciba un estado de cuenta mensual:** Usted dispone de la opción de pagar sus facturas médicas a lo largo del tiempo con una financiación del 0%, con una tarjeta de crédito, vinculada a su cuenta bancaria o mediante deducciones de nómina. Además, cuando paga el monto total de su factura, usted recibirá un reembolso del 1.5% en efectivo que puede usar para su próxima factura. SimplePay está diseñado para ahorrarle tiempo y dinero para que pueda pasar tiempo en las cosas que le gustan.
- **Servicio Health Valet:** Su Health Valet puede ayudarle con una variedad de diferentes necesidades, como las de encontrar prestadores de calidad, coordinar citas con prestadores y responder preguntas sobre facturación o cobertura.

Plan de Salud SimplePay de Aetna

LO MÁS DESTACADO DEL PLAN	PLAN DE SALUD SIMPLEPAY		
RED	CHOICE POS2 DE AETNA		
	USTED PAGA		
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO			
Deducible individual	Ninguno		
Deducible familiar	Ninguno		
Coseguro	Ninguno		
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO			
Bolsillo individual	\$6,500		
Bolsillo familiar	\$13,000		
VISITA A CONSULTORIO			
Visita a consultorio de un PCP	Nivel 1: \$30 / Nivel 2: \$40 / Nivel 3: \$70		
Visita a consultorio de especialista	Nivel 1: \$65 / Nivel 2: \$85 / Nivel 3: \$140		
Telemedicina de medicina general (HealthJoy)	\$0		
Telemedicina de salud mental (HealthJoy)	\$0		
Atención de Urgencia	\$65		
SERVICIOS HOSPITALARIOS			
Servicios hospitalarios con internación	Varía según el tratamiento Nivel 1: \$3,130 / Nivel 2: \$4,175 / Nivel 3: \$6,500		
Servicios hospitalarios ambulatorios	Varía según el tratamiento Nivel 1: \$1,020 / Nivel 2: \$1,355 / Nivel 3: \$2,260		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO			
Laboratorio de rutina	Nivel 1: \$20 / Nivel 2: \$30 / Nivel 3: \$45		
Radiología/Laboratorio de diagnóstico	Nivel 1: \$90 / Nivel 2: \$120 / Nivel 3: \$195		
Estudios avanzados por imágenes	Nivel 1: \$315 / Nivel 2: \$415 / Nivel 3: \$695		
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA			
Sala de emergencias	\$580		
FARMACIA MINORISTA (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)			
	FARMACIA CVS	FARMACIAS DENTRO DE LA RED EXCLUYE CVS/WALGREENS	FARMACIA WALGREENS
Medicamento genérico de la Ley de atención asequible de la salud	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Medicamento genérico preventivo	N/C	N/C	N/C
Medicamento genérico	\$20	\$25	\$40
Medicamento de marca preferido	\$50	\$60	\$100
Medicamento de marca no preferido	\$75	\$90	\$150
Medicamentos especializados	\$200	\$200	\$200

EL PLAN DE PAGO SIMPLEPAY ES FÁCIL

- Una sola liquidación mensual
- Ningún pago en el momento del servicio
- Financiamiento al 0%
- Pago manual o autopago
- 1.5% de reembolso cuando paga el monto total de su factura

EL PAGO DE LAS FACTURAS ES DIFERENTE

CIRUGÍA DE RODILLA EN ESTABLECIMIENTO AMBULATORIO

HOY	SIMPLEPAY
El Afiliado recibe facturas y explicaciones de beneficios para cada prestador.	El Afiliado recibe una sola liquidación mensual de SimplePay.
Todas las facturas computan para su deducible: Plan Choice Plus PPO de UHC \$2,500 NUEVO Plan HDHP de UHC \$4,000	Sin deducible anual: Todas las facturas se consolidan en un único copago.
Factura por anestesia: Usted adeuda \$\$\$	Todos los prestadores: Usted adeuda \$1,020 (Nivel 1)
Centro de radiología: Usted adeuda \$\$\$	
Radiólogo: Usted adeuda \$\$\$	
Patólogo: Usted adeuda \$\$\$	
Cirujano: Usted adeuda \$\$\$\$	
Centro quirúrgico: Usted adeuda \$\$\$\$	
Usted paga directamente a cada prestador - normalmente se debe pagar por adelantado.	Usted paga directamente a SimplePay - no se debe pagar por adelantado.

FORMULARIO DE INCORPORACIÓN A LOS BENEFICIOS FINANCIEROS DE LA EMPRESA

Uno de los beneficios que se incluyen con su plan Aetna SimplePay es una línea de crédito financiero, disponible para usted hasta el máximo de gastos de su bolsillo.

- Puede utilizarse para pagar los gastos de su bolsillo durante un período prolongado a una tasa de interés del 0%.
- Se incluye automáticamente con su elección del plan
- No requiere una verificación de crédito y no afectará su informe de crédito

SE REQUIERE ACCIÓN EN UN PLAZO DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LOS BENEFICIOS

Para poder ofrecerle financiamiento al 0% sin verificación de antecedentes, usted debe firmar un formulario de información financiera e indicar un método de pago (p.ej., cuenta bancaria, tarjeta de crédito, cheque de pago, etc.) para recibir sus beneficios financieros. Si no cumple el formulario de incorporación financiera en un plazo de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios, se le inscribirá automáticamente en el Plan de Salud con Deducible Alto de UHC con efecto retroactivo a la fecha de entrada en vigor de sus beneficios.

Al completar este Formulario de Incorporación a los beneficios financieros, usted acepta lo siguiente:

- Acepta pagar el saldo del estado de cuenta mensual en su totalidad o el importe mínimo antes de la fecha de vencimiento.
- Autoriza el pago automático de cualquier saldo adeudado y no abonado en la fecha de vencimiento con cargo a su cuenta personal en archivos o como deducción de nómina.
- Si decide no pagar el saldo total de su estado de cuenta, su línea de crédito se ajustará en función de su saldo total. Ese monto puede ser superior o inferior al que figura en su acuerdo de autorización financiera de \$6,500, que solo sirve como ejemplo en su documento.

Consulte el Formulario de incorporación a los beneficios financieros para obtener información adicional y los términos y condiciones asociados a una línea de crédito.

Plan de salud de Deducible Alto de UnitedHealthcare

Invited ofrece un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP) con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA). Si usted elige el Plan HDHP, puede realizar aportes antes de impuestos a una cuenta de ahorro para que le ayude a pagar gastos médicos de bolsillo y/o bien ahorrar para su etapa de jubilación. *Utilice el código QR para ver si su prestador actual pertenece a la red de UHC.*

- Para tener la ventaja de aportar a una HSA, los HDHP deben satisfacer ciertos requisitos de deducibles del IRS. A excepción de los servicios de atención preventiva (p. ej., exploraciones físicas anuales, evaluaciones médicas y vacunas), usted paga la tarifa contratada que se haya negociado entre UHC y su prestador (p. ej., médico, farmacia, etc.).
- Una vez que sus costos totales de bolsillo alcanzan el deducible, usted comienza a pagar el 20% de los restantes costos de bolsillo hasta que llega a su máximo de bolsillo.



LO MÁS DESTACADO DEL PLAN	PLAN HDHP
RED	NEXUS
	USTED PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$4,000 / \$8,000
Coseguro	Nivel 1: 20% / Nivel 2: 40%
MÁXIMO DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$8,000 / \$16,000
VISITA A CONSULTORIO	
Médico de Atención Primaria (PCP)	Nivel 1: 20% después del deducible / Nivel 2: 40% después del deducible
Especialista	Nivel 1: 20% después del deducible / Nivel 2: 40% después del deducible
Servicios de atención preventiva	Sin cargo
Telemedicina de medicina general (HealthJoy)	Sin cargo
Telemedicina de salud mental (HealthJoy)	Sin cargo
Atención de urgencia	Nivel 1: 20% después del deducible / Nivel 2: 40% después del deducible
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Servicios hospitalarios con internación/Cirugía ambulatoria	Nivel 1: 20% después del deducible / Nivel 2: 40% después del deducible
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO	
Tomografías computarizadas/resonancias magnéticas, Medicina nuclear	20% después del deducible
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
Sala de emergencias	\$250 de copago, deducible, luego coseguro
FARMACIA MINORISTA (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)	
Medicamento genérico de la Ley de atención asequible de la salud	Sin cargo, solo dentro de la red
Medicamento genérico preventivo	Sin cargo, solo dentro de la red
Medicamento genérico	20% de coseguro después del deducible
Medicamento de marca preferido	20% de coseguro después del deducible
Medicamento de marca no preferido	30% de coseguro después del deducible
Especializado	50% de coseguro después del deducible
PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)	
Genérico preventivo	Sin cargo
Otro genérico	20% de coseguro después del deducible
Medicamento de marca preferido	20% de coseguro después del deducible
Medicamento de marca no preferido	30% de coseguro después del deducible
Especializado	50% de coseguro después del deducible
Fuera de la red	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$10,000 / \$20,000
Coseguro	60%
MÁXIMO DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$75,000 / \$150,000

La información anterior es solo un resumen. Para obtener información completa sobre los beneficios del plan, las limitaciones y exclusiones, consulte la descripción resumida del plan.



Plan de Salud de Deducible Alto de UnitedHealthcare – Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)



Una HSA es una cuenta de ahorro personal que usted puede usar para pagar gastos médicos de bolsillo admitidos con dólares antes de impuestos, ahora o más adelante. Una vez inscripto en la HSA, usted recibirá una tarjeta de débito que lo ayudará a gestionar sus pedidos de reembolso de la HSA. Su HSA también puede ser utilizada para sus gastos y los de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el plan médico HDHP.

VENTAJAS DE UNA HSA

- Una HSA le permite prefinanciar sus gastos de salud con dólares libres de impuestos.
- Usted aporta fondos sobre una base antes de impuestos, lo que le ahorra dólares en impuestos.
- Al igual que una cuenta bancaria, sus fondos generan intereses.
- Usted no paga impuestos por los intereses ni por el aumento de sus fondos.
- Siempre que use sus fondos para pagar gastos médicos, dentales y de visión admitidos, usted no tiene que pagar impuestos cuando usa los fondos.
- A diferencia de una Cuenta de Gastos Flexibles, usted no tiene que usar sus fondos; se trasladan de un año a otro sin ningún límite, lo que le permite ahorrarlos para su jubilación.
- Los fondos son totalmente suyos - se los lleva con usted si se va de la compañía.

¿CÓMO FUNCIONA UNA CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS?



ELEGIBILIDAD

Usted debe estar inscripto en el Plan de Salud de Deducible Alto de UHC.

APORTES

Usted aporta sobre una base antes de impuestos y puede cambiar el monto que aporta de cada cheque de pago hasta el máximo anual del IRS de \$4,300 si se inscribe solo u \$8,550 si se inscribe en la cobertura familiar. Si tiene 55 años o más, puede efectuar un aporte de "nivelación" adicional de \$1,000.



GASTOS ELEGIBLES

Puede utilizar los fondos de su HSA para cubrir los gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta en los que incurran usted y/o los familiares elegibles.

USO DE SU CUENTA

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles, o pague los gastos de su propio bolsillo y ahorre el dinero de su HSA para futuros gastos de atención médica.



SU HSA ES SIEMPRE SUYA, PASE LO QUE PASE

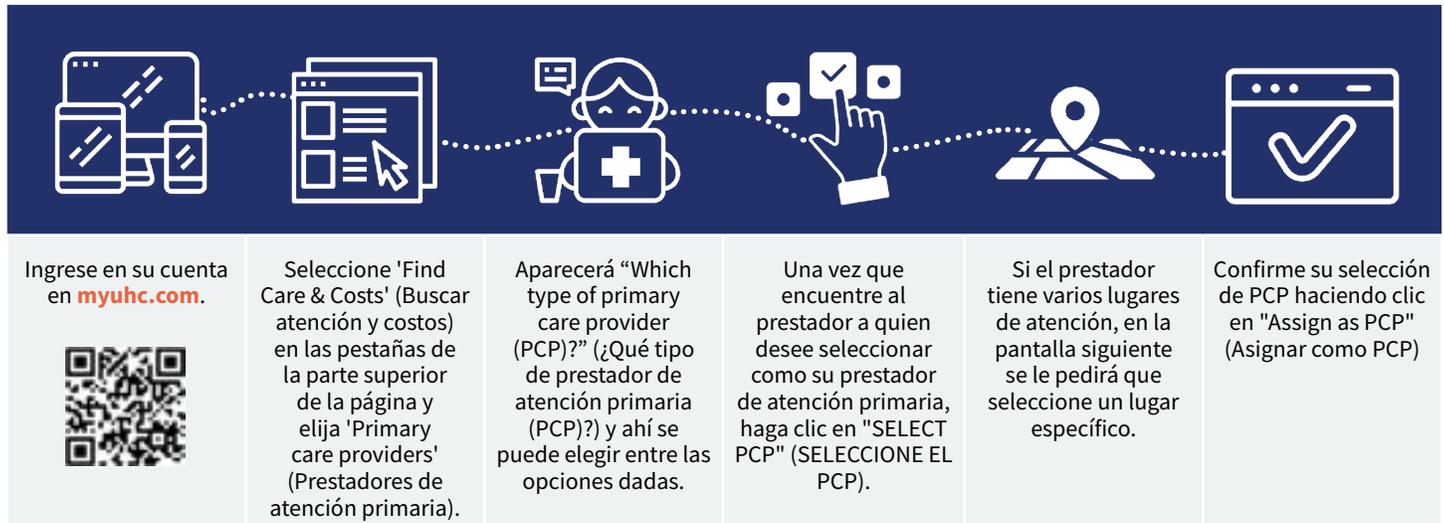
Una de las mejores características de una HSA es que el dinero que queda en su cuenta al final del año se traslada para que pueda utilizarlo al año siguiente o en algún momento en el futuro. Y si deja la Compañía o se jubila, su HSA se va con usted para que pueda seguir pagando o ahorrando para futuros gastos de atención médica elegibles.



Plan de Salud de Deducible Alto de UnitedHealthcare – Requisito de selección de prestador

Los empleados que elijan el Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP) deben elegir a un Médico de Atención Primaria (PCP) de la red Nexus para recibir los descuentos en los precios del Nivel 1. A continuación se indican los pasos a seguir para completar el proceso. Si no elige a un PCP dentro de los 60 días de su fecha de entrada en vigencia, se le asignará uno automáticamente.

PARA ELEGIR A SU PCP SIGA ESTOS PASOS





Plan Choice Plus PPO de UnitedHealthcare

Choice Plus es una Organización de Prestadores Preferidos (PPO) lo que significa que usted puede elegir a cualquier prestador de la Red Choice Plus, así como prestadores no adheridos a la red.

- Usted recibe el beneficio más alto al utilizar prestadores de la red Choice Plus, y también puede aprovechar los copagos para visitas a consultorio y algunos medicamentos con receta.
- Si utiliza Prestadores del Nivel 1 podrá bajar su costo de bolsillo.



Localice prestadores del Nivel 1 en www.myuhc.com o escanee el código QR y busque el punto azul para saber si su médico es un prestador del Nivel 1 en el buscador de prestadores en línea.

LO MÁS DESTACADO DEL PLAN	PLAN CHOICE PLUS PPO
RED	CHOICE PLUS
	USTED PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$2,500 / \$6,250
Coseguro (usted paga)	Nivel 1: 20% / Nivel 2: 40%
MÁXIMO DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$7,900 / \$15,800
VISITA A CONSULTORIO	
Médico de Atención Primaria (PCP)	Nivel 1: \$10 de copago / Nivel 2: \$40 de copago
Especialista	Nivel 1: \$30 de copago / Nivel 2: \$90 de copago
Servicios de atención preventiva	Sin cargo
Telemedicina de medicina general (HealthJoy)	Sin cargo
Telemedicina de salud mental (HealthJoy)	Sin cargo
Atención de urgencia	\$100 de copago
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Servicios hospitalarios con internación	Nivel 1: Deducible, luego 30% / Nivel 2: \$500 de copago, deducible, luego 50%
Cirugía ambulatoria	Nivel 1: \$400 de copago / Nivel 2: \$650 de copago
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	
Tomografías computarizadas/resonancias magnéticas	Establecimiento independiente: \$300 de copago Hospital: \$400 de copago
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
Sala de emergencias	\$250 de copago, deducible, luego 30% de coseguro
FARMACIA MINORISTA (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)	
Medicamento genérico de la Ley de atención asequible de la salud	Sin cargo
Medicamento genérico preventivo	N/C
Medicamento genérico	\$15 de copago
Medicamento de marca preferido	\$40 de copago
Medicamento de marca no preferido	Deducible, luego 30% (\$180 de copago o costo del medicamento, el que sea menor)
Especialidad	30% de coseguro (sin deducible: \$250/\$500 máx.)
PÉDIDO POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)	
Genéricos de marca preferida	Sin cargo
Genérico no preferido	\$30 de copago
Marca preferida	\$80 de copago
Marca no preferida	Deducible, luego 30% (\$360 de copago o costo del medicamento, el que sea menor)
Especialidad	30% de coseguro (sin deducible: \$150/\$300 máx.)
Fuera de la red	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$4,000 / \$10,000
Coseguro	60%
MÁXIMO DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	\$75,000 / \$150,000

La información anterior es solo un resumen. Para obtener información completa sobre los beneficios del plan, las limitaciones y exclusiones, consulte la descripción resumida del plan.

Plan Healthy Start MEC de UnitedHealthcare

El plan de Cobertura Esencial Mínima (MEC) Healthy Start no cumple con los requisitos de cobertura de salud de la Ley de Atención Asequible de la Salud (ACA). Está dirigido a personas que estén buscando algún nivel "básico" de cobertura, pero no que no prevén necesidades significativas.

La cobertura incluye opciones de bienestar, servicios preventivos, descuentos en medicamentos con receta y servicios de telesalud. **NO** incluye servicios de hospital, sala de emergencias o farmacia. **Y** requiere que usted acuda a prestadores dentro de la red. A continuación se indican los beneficios cubiertos, y usted debe atenderse con un prestador dentro de la red para todos los servicios.



Escanee el código QR o vaya a myuhc.com y haga clic en 'Register Now' (Registrarse ahora).

LO MÁS DESTACADO DEL PLAN	PLAN HEALTHY START MEC DE UHC
RED	CHOICE PLUS
	USTED PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	Ninguno
Coseguro (usted paga)	Ninguno
MÁXIMO DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	
Individual / Familiar	Individual: \$9,100 / Familiar: \$18,200
VISITA A CONSULTORIO	
Médico de Atención Primaria (PCP)	\$25 de copago, 4 visitas combinadas a especialista
Especialista	\$50 de copago, 4 visitas combinadas a PCP
Servicios de atención preventiva	Sin cargo
Telemedicina de medicina general (HealthJoy)	Sin cargo
Telemedicina de salud mental (HealthJoy)	Sin cargo
Atención de urgencia	\$150 de copago, 2 visitas por año
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Servicios hospitalarios con internación	No se cubre
Cirugía ambulatoria	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	
Tomografías computarizadas/resonancias magnéticas, Medicina nuclear	Se asigna 1 por año en Centro Independiente: \$50 Hospital: \$150
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
Verdadera emergencia	No se cubre
FARMACIA MINORISTA (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)	
Medicamento genérico de la Ley de atención asequible de la salud	Los medicamentos con receta no se cubren Tarjeta para descuentos en farmacia disponible
Medicamento genérico preventivo	
Medicamento genérico	
Medicamento de marca preferido	
Medicamento de marca no preferido	
Especializado	No se cubre
Fuera de la red	No se cubre

La información anterior es solo un resumen. Para obtener información completa sobre los beneficios del plan, las limitaciones y exclusiones, consulte la descripción resumida del plan.



Aplicación para la promoción de la atención médica HealthJoy

HealthJoy es una aplicación móvil que le ofrece orientación y apoyo en atención de la salud al alcance de su mano. Una vez que descarga la aplicación y crea su perfil, verá todos sus beneficios en la billetera de beneficios de HealthJoy. Los empleados inscritos en un plan médico de Invited, y sus familiares, tendrán acceso a esta aplicación ¡SIN COSTO ALGUNO!

A través de la aplicación, usted tiene acceso 24/7 a un equipo de conserjes dedicados de salud y a herramientas para navegar por el sistema de salud. Le ayudarán a localizar prestadores dentro de la red, a encontrar ahorros extra en medicamentos con receta y le responderán cualquier pregunta que pueda tener.



Telemedicina de medicina general 24/7 GRATIS



Telemedicina de salud mental 24/7 GRATIS



Billetera de Beneficios



Conserje de atención médica



Recomendaciones de prestadores



Revisión de facturas de gastos médicos



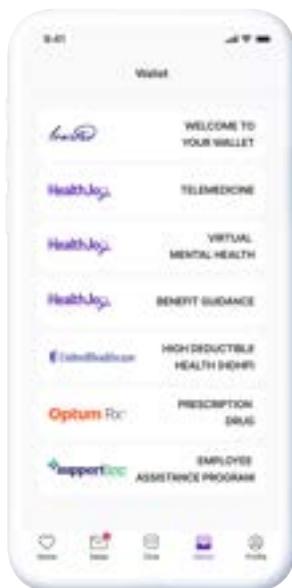
Reserva de citas



Ayuda para las FSA y HSA



Revisión del ahorro en medicamentos con receta



La aplicación HealthJoy le ayudará a ahorrar tiempo y dinero. Para comenzar, descargue y active la aplicación HealthJoy desde Google Play o la App Store.



Visitas de telesalud gratis con HealthJoy

LA ATENCIÓN CORRECTA CUANDO MÁS LA NECESITA

Se puede acceder a los servicios virtuales de medicina general y salud mental, proporcionados por Teladoc Health, a través de HealthJoy para brindarle a usted y su familia acceso a médicos, nutricionistas y dermatólogos certificados por la junta, así como a profesionales titulados en salud mental y psiquiatras para problemas de salud que no constituyan una emergencia.

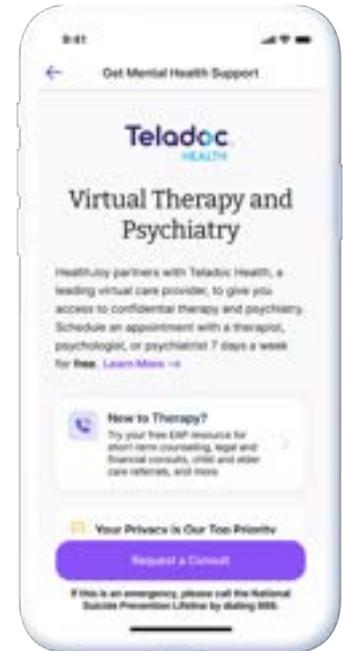
ENFOCADOS EN SU BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL

Los servicios de medicina general se brindan 24/7 por afecciones que no constituyen una emergencia como resfriados, gripes, infecciones en los senos paranasales y alergias. También atienden consultas especializadas como las de dermatología y nutrición.

Las visitas virtuales de Salud Mental ofrecen servicios virtuales de alta calidad en terapia y psiquiatría para una amplia variedad de afecciones con el apoyo de psiquiatras y terapeutas titulados certificados por la junta. Usted, su cónyuge cubierto y los hijos cubiertos a partir de 13 años pueden utilizar las visitas virtuales de salud mental.

Los prestadores de Teladoc pueden recetar medicamentos incluyendo, entre otros, antibióticos, antihistamínicos, medicamentos antivirales y otros. Los médicos de Teladoc no recetan sustancias controladas.

*Disponible para todos los empleados inscriptos en una opción de plan médico de Invited.



CÓMO AÑADIR DEPENDIENTES A HEALTHJOY

Los familiares directos, incluidos los cónyuges y los hijos dependientes, pueden utilizar los mismos servicios excelentes de HealthJoy que usted. Para utilizar HealthJoy, debe añadir a sus familiares a su perfil. Para añadir a un miembro de su familia a su perfil:

1. Abra la aplicación HealthJoy
2. Toque “Chat” en el menú inferior
3. Utilice el chat para indicar a nuestro equipo de conserjería que desea añadir a un familiar
4. Se le preguntará su nombre, fecha de nacimiento y si está cubierto por su seguro médico.
5. Los cónyuges o dependientes mayores de 18 años pueden crear su propio perfil HealthJoy. Solo tiene que decir al conserje que desea enviarles una invitación

1

Descargue y active la aplicación HealthJoy

2

Complete su registro con Teladoc en la aplicación HealthJoy

3

Comience una consulta cuando necesite atención o llame a HealthJoy al 877-500-3212

Inicie una visita virtual iniciando sesión en la aplicación HealthJoy. Descargue y active la aplicación HealthJoy de Google Play o la App Store.





Programa de Asistencia al Empleado (EAP) gratis de SupportLinc, disponible para TODOS los empleados

Los consejeros titulados del EAP de SupportLinc ofrecen orientación experta para ayudarle a abordar y resolver problemas cotidianos. Acceda a la ayuda dondequiera que esté, donde sea más conveniente para usted (por ejemplo, por teléfono, correo electrónico, chat en vivo o sesión en vivo). Las 6 primeras visitas con un asesor autorizado son GRATUITAS — este beneficio está disponible para usted y los miembros de su familia, **incluso si usted no está inscripto en una opción de Plan Médico de Invited**.

Nota: todas las conversaciones relacionadas con el EAP son voluntarias y confidenciales.

CONSEJERO EN BENEFICIOS

- Asesoramiento en caso de duelo
- Planificación financiera
- Consultas legales
- Estrés personal
- Problemas conyugales y de relación
- Y mucho más.

Beneficios voluntarios de apoyo en la vida laboral-personal

¿QUÉ SERVICIOS SE INCLUYEN?



CONSULTA FINANCIERA

- Orientación y consultas con planificadores financieros y especialistas en presupuestos



RECURSOS DE CONSERJERÍA Y CONVENIENCIA

Derivaciones expertas por necesidades cotidianas

- Renovación del hogar
- Servicios de entretenimiento
- Cuidado de mascotas
- Reparación de automóviles
- Bienestar
- Viajes
- Fontaneros y otros contratistas
- Oportunidades de trabajos de voluntariado



RECURSOS PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Derivaciones a prestadores de servicios de cuidado de niños

- Guarderías
- Cuidado de niños a domicilio
- Niñeras
- Programas de recreación

Derivaciones a prestadores de servicios de cuidado de personas mayores

- Cuidados diurnos para adultos
- Residencias para personas con discapacidades
- Cuidado de la salud en casa
- Programa Meals on Wheels
- Comunidades para personas jubiladas

Teléfono: 888-881-LINC (5462)

Web: www.supportlinc.com

Nombre de usuario:
invitedclubs

Beneficios dentales - Delta Dental

Invited ofrece dos opciones de planes dentales a través de Delta Dental: un Plan de Organización de Prestadores dentales y un Plan de Mantenimiento de la Salud dental. DPO significa Organización de Prestadores Dentales.

En el caso del plan DPO, Delta Dental contrata a una red de dentistas que han acordado cobrar determinadas tarifas por los servicios aprobados. El plan DPO ofrece opciones de prestadores dentales ya que usted tiene la libertad de acudir a dentistas dentro y fuera de la red. Cuando acude a dentistas dentro de la red, los aranceles por servicios cubiertos en general serán menores que los aranceles de dentistas fuera de la red. Los planes de seguro DHMO en general cubren servicios dentales a un costo bajo y un copago nulo o mínimo con un dentista de atención primaria preseleccionado o un centro con múltiples dentistas.

OPCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES DENTALES (DPO)

Los servicios preventivos con prestadores dentro de la red en general están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Usted paga un deducible pequeño y un coseguro por los servicios básicos y mayores. Para información sobre cómo localizar un prestador dental utilizando la red PPO de Delta Dental, visite www.deltadental.com y haga clic en 'Find A Dentist' (Buscar un dentista).

Escanee el código QR o visite www.deltadental.com para obtener más información sobre las redes y los planes de Delta Dental.



OPCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD DENTAL (DHMO)

Si decide inscribirse en la opción DHMO por primera vez o quiere agregar dependientes nuevos en esta opción, debe seleccionar a un dentista de atención primaria. Solo puede cambiar de dentista una vez por año y puede elegir un dentista DHMO diferente para usted y para cada uno de sus dependientes cubiertos. Antes de inscribirse, debe consultar el directorio de prestadores participantes.

El plan DHMO se ofrece en AL, AR, AZ, CA, CO, DC, FL, GA, KS, KY, LA, MD, MI, MS, NV, NY, OH, PA, SC, TN, TX, WA, WI y WV.

LO MÁS DESTACADO DEL PLAN	PLAN DPO	PLAN DHMO
RED	RED PPO DE DELTA DENTAL	RED DHMO DE DELTA DENTAL
Beneficio máximo por año calendario	\$1,500	Ninguno
	USTED PAGA	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO		
Individual / Familiar	\$50 / \$150	Ninguno / Ninguno
PREVENTIVO		
Exámenes, limpiezas, flúor, radiografías, selladores y mantenedores de espacio	0%	Lista de Beneficios de DHMO
SERVICIOS BÁSICOS		
Empastes y extracciones simples	20%	Lista de Beneficios de DHMO
SERVICIOS MAYORES		
Coronas, incrustaciones, fundas, endodoncia, periodoncia, puentes, prótesis y cirugía bucal	50%	Lista de Beneficios de DHMO
SERVICIOS DE ORTODONCIA		
Cobertura / Máximo de por vida por persona	50% / \$1,500 para adultos e hijos	Para adultos: \$2,100 / Para hijos (hasta los 19 años de edad): \$1,150

La información anterior es solo un resumen. Para obtener información completa sobre los beneficios del plan, las limitaciones y exclusiones, consulte el resumen de beneficios.

COSTO DEL PLAN DENTAL	PLAN DPO		PLAN DHMO	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo Empleado	\$15.74	\$7.87	\$7.23	\$3.62
Empleado y cónyuge	\$33.34	\$16.67	\$12.42	\$6.21
Empleado y hijo(s)	\$32.70	\$16.35	\$12.50	\$6.25
Empleado y familia	\$53.01	\$26.51	\$18.01	\$9.01

Beneficios de visión – MetLife Superior

Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida. Puede inscribirse usted y a sus dependientes en nuestro plan de beneficios de visión. Además, para seleccionar el plan de visión, no es necesario que se inscriba en la cobertura médica.



Para encontrar un prestador dentro de la red, visite www.metlife.com, haga clic en “Find a Vision Provider” (Buscar un prestador del plan de visión) y luego en “MetLife Vision Superior” (Plan Superior oftalmológico de MetLife).

Para ver una lista completa de los servicios de visión cubiertos, haga clic [aquí](#).

LO MÁS DESTACADO DEL PLAN		
RED	RED METLIFE	FUERA DE LA RED
	USTED PAGA	REEMBOLSO
EXAMEN DE VISIÓN - CADA 12 MESES		
Examen	\$15 de copago	Oculista: Hasta \$42, Optometrista: Hasta \$37
LENTES – CADA 12 MESES		
Monofocales	\$15 de copago	Hasta \$26
Lentes bifocales	\$15 de copago	Hasta \$34
Lentes trifocales	\$15 de copago	Hasta \$50
ARMAZONES - CADA 24 MESES		
Armazones	\$15 de copago, \$125 de asignación	Hasta \$50
LENTES DE CONTACTO - CADA 12 MESES (EN LUGAR DE CRISTALES Y ARMAZONES)		
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0	Hasta \$210
Lentes de Contacto Electivos	\$120 de asignación	Hasta \$100

La información anterior es solo un resumen. Por favor, consulte su Certificado de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones de los planes.

COSTO DEL PLAN DE VISIÓN	QUINCENAL	SEMANAL
Solo Empleado	\$2.93	\$1.47
Empleado y Cónyuge	\$4.36	\$2.18
Empleado y Hijo(s)	\$4.66	\$2.33
Empleado y Familia	\$7.45	\$3.73



Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)- TaxSaver

TaxSaver administra las Cuentas de Gastos Flexibles. Las FSA le permiten pagar gastos elegibles de atención médica y atención de dependientes con dólares libres de impuestos. Existen dos tipos de FSA: la FSA para Atención Médica y la FSA para Atención de Dependientes.



FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA

La FSA para Atención Médica permite a los empleados pagar, con dólares antes de impuestos, ciertos gastos de atención médica aprobados por el IRS que no están cubiertos por su plan de salud.

El monto máximo anual que puede aportar a la FSA para Atención Médica en 2025 es \$3,300, antes de impuestos.

Usted recibe una tarjeta de débito para pagar gastos médicos elegibles (tiene que tener fondos disponibles en su cuenta). Algunos ejemplos de gastos médicos admitidos son los copagos, gastos de medicamentos con receta, exámenes de laboratorio, lentes de contacto y anteojos. Podrá encontrar una lista de gastos elegibles en:

www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

Al final del año calendario, los participantes pueden trasladar fondos de atención médica elegibles que no hayan utilizado.

FSA DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

La FSA para Atención de Dependientes le permite reservar dólares antes de impuestos para pagar la atención de hijos dependientes hasta los 13 años de edad, de un dependiente discapacitado de cualquier edad o de un cónyuge discapacitado. Para ser elegible, tanto usted como su cónyuge (si procede) deben trabajar, estar buscando trabajo o ser estudiantes a tiempo completo.

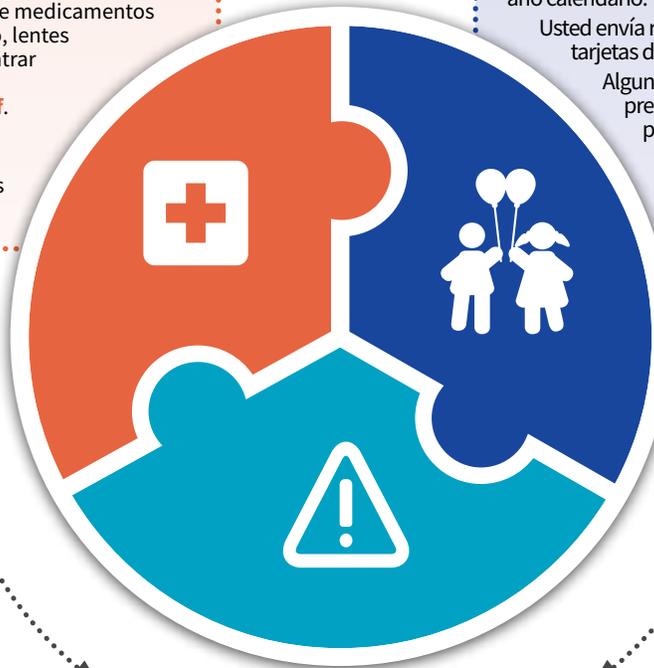
El límite anual del IRS para 2025 para este tipo de cuenta es de \$5,000. Si están casados y presentan declaraciones juradas por separado, cada uno puede elegir \$2,500 para el año calendario.

Usted envía reclamos de reembolso; no se entregan tarjetas de débito.

Algunos ejemplos de gastos elegibles son el preescolar, campamento diurno de verano, programas de antes y después de la escuela, y cuidado de niños o ancianos. Podrá encontrar una lista de gastos elegibles en:

www.irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf.

Usted no puede utilizar su FSA para Atención Médica para pagar gastos de atención de dependientes y no puede usar su FSA para Atención de Dependientes para pagar gastos de atención médica.



SE USA O SE PIERDE

Presente los pedidos de reembolso antes del **31 de marzo de 2026**, para los gastos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

Aplica la regla "se usa o se pierde" del IRS. Si no gasta todos los fondos de sus FSA del año en curso antes del 15 de marzo del próximo año (y no envía sus pedidos de reembolso antes del 31 de marzo), podría perderlos.

La FSA para atención médica le permite trasladar hasta \$660 de fondos no utilizados al siguiente año del plan y se pueden utilizar en cualquier momento en 2025.

Cuenta de gastos de transporte - TaxSaver

Aporte \$325 por mes, antes de impuestos, para pagar sus gastos de transporte público y estacionamiento para ir y volver del trabajo, incluidos pases mensuales, fichas o tarjetas para tarifas. Este programa, administrado por el Plan TaxSaver, es voluntario y usted puede participar mes por mes. Tanto los aportes de nómina como los reembolsos no pueden superar los límites legales mensuales. Los fondos no utilizados en cualquier mes se trasladan al aporte del mes siguiente. Para obtener más información sobre este programa, haga clic [aquí](#).

Seguro Básico de Vida y AD&D – Lincoln Financial

Invited proporciona a sus empleados un seguro básico de vida y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) a través de Lincoln Financial. Este beneficio se le proporciona sin costo alguno.

En caso de que usted fallezca, el seguro de vida proporcionará a sus familiares u otros beneficiarios protección y seguridad financiera. Además, si su fallecimiento se produce a causa de un accidente o sufre la pérdida de miembros, su cobertura de AD&D puede ser de aplicación.



LO MÁS DESTACADO DEL PLAN

Monto del beneficio de vida y AD&D	Empleados por hora: \$10,000 Empleados asalariados: \$25,000
Beneficio Acelerado por Fallecimiento	Incluido
Reducción por edad	Los beneficios se reducen en 35% a los 65 años y en 55% a los 70 años.
Portabilidad	Incluido

La información anterior es solo un resumen. Por favor, consulte su Certificado de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones de los planes.

Consulte el resumen de beneficios de Vida y AD&D de Lincoln para 2025, haga clic [aquí](#) para los empleados por hora o haga clic [aquí](#) para los empleados asalariados.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Usted **DEBE** designar un beneficiario para su seguro de vida y AD&D cuando sea elegible para la cobertura. Su beneficiario es la persona (o personas, patrimonio, fideicomiso, etc.) que recibirá los beneficios de su seguro de vida si usted fallece. Si no designa a un beneficiario o si no hay ningún beneficiario sobreviviente, y usted fallece, los beneficios se pagarán a su sucesión.

Debe elegir a un beneficiario principal (el primero en recibir los beneficios) y también puede elegir a un beneficiario secundario (si no hay beneficiarios principales que sobrevivan). Nota: Texas es un estado de bienes gananciales y si usted designa como beneficiario a otra persona que no sea su cónyuge, su cónyuge debe dar su consentimiento a dicha designación.

Cuando nombre como beneficiarios a hijos menores, a menos que haya un testamento y/o plan sucesorio claro que le diga al juez dónde y cómo debe tratarse su patrimonio en caso de su fallecimiento, un menor no puede recibir esos pagos y en la mayoría de los casos, ese beneficio podría asignarse a un juzgado de sucesiones para que decida un juez.

Las situaciones suelen cambiar, por lo que quizás deba actualizar la información de sus beneficiarios. Usted debe revisar y actualizar esta información todos los años o antes de jubilarse.

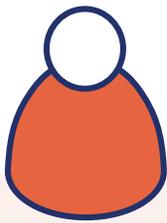


Seguro voluntario de vida – Lincoln Financial

El seguro voluntario de vida le permite adaptar la cobertura a sus necesidades individuales y brinda protección financiera a sus beneficiarios en caso de que usted fallezca.

Los empleados elegibles pueden contratar un seguro voluntario de vida para ellos y para sus dependientes. Las primas se pagan a través de las deducciones de nómina después de impuestos.

Los empleados y dependientes que elijan cobertura cuando son elegibles por primera vez pueden seleccionar por hasta el monto de Emisión Garantizada sin tener que presentar un formulario de Constancia de Asegurabilidad. Si elige por encima del monto de Emisión Garantizada o elige renunciar a cobertura ahora y seleccionarla más adelante, tendrá que presentar un formulario EOI.



Para usted

Incrementos de \$10,000

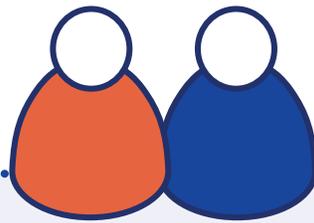
Máximo: el menor entre \$500,000 o 7 veces su salario anual

No se requiere EOI si:

- El monto de la cobertura es de \$380,000 o menos

Se requiere EOI si:

- El monto de la cobertura supera los \$380,000



Para su cónyuge

Incrementos de \$5,000

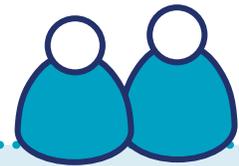
Máximo: el menor entre \$100,000 o el 50% del Monto del Empleado.

No se requiere EOI si:

- El monto de la cobertura es de \$30,000 o menos

Se requiere EOI si:

- El monto de la cobertura supera los \$30,000



Para su hijo

Incrementos de \$5,000

Máximo: \$25,000

No se requiere EOI

La información anterior es solo un resumen. Por favor, consulte su Certificado de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones de los planes.

Consulte el resumen del beneficio de seguro de vida y AD&D de Lincoln para 2025, haga clic [aquí](#).

Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo - Lincoln Financial

El seguro de discapacidad reemplaza una parte de sus ingresos cuando usted no puede trabajar debido a una enfermedad admitida o lesión no relacionada con el trabajo, como el nacimiento de un nuevo hijo. Invited le brinda la oportunidad de elegir el seguro de discapacidad a corto plazo (STD) a través de Lincoln Financial.



Los empleados por hora elegibles que trabajen en clubes podrán participar en el plan de STD voluntario (excepto los empleados que trabajen en clubes ubicados en HI, NJ, NY o RI debido a planes de seguro de discapacidad que impone el estado).

BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO DE UN VISTAZO

Definición de discapacidad	Verse impedido de desempeñar las tareas esenciales y sustanciales de su ocupación habitual
Período de Eliminación	14 días
Beneficio semanal	60% del salario semanal promedio
Beneficio semanal máximo	\$1,000
Duración del beneficio	11 semanas
Limitación por afecciones preexistentes	No se aplican límites sobre afecciones preexistentes

La información anterior es solo un resumen. Por favor, consulte su Certificado de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones de los planes.

Consulte el resumen del beneficio por discapacidad a corto plazo de Lincoln para 2025, haga clic [aquí](#).

COSTO DEL SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

EDAD DEL EMPLEADO AL 1 DE ENERO DE 2025	ARANCEL MENSUAL POR CADA \$10
Menos de 25 años	\$0.620
25-29	\$0.552
30-34	\$0.587
35-39	\$0.516
40-44	\$0.446
45-49	\$0.526
50-54	\$0.562
55-59	\$0.706
60-64	\$0.846
65-69	\$0.942
70-74	\$0.975
75-79	\$0.842
80-84	\$0.988
85-89	\$1.313
90+	\$1.417

Calcule el arancel de su seguro por discapacidad a corto plazo

Ejemplo:

Un empleado de 30 años de edad gana \$500 por semana, lo que genera un beneficio de \$300 por semana ($\$500 \times 60\% = \300)

$$\$300 / \$10 = \$30.00$$

$$\$30 \times \$0.587 = \$17.61$$

$$\$17.61 \times 12 \div 26 = \$8.13 \text{ por cheque de pago}$$

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PATROCINADO POR LA COMPAÑÍA

Los empleados a domicilio y asalariados de los clubes reciben beneficios de STD pagados por la compañía al 66.67% del salario durante un máximo de 11 semanas con un tope de \$1,500 semanales, tras un período de eliminación de 14 días.

Consulte el resumen del beneficio por discapacidad a corto plazo de Lincoln para 2025, haga clic [aquí](#).

Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo - Lincoln Financial



El seguro por discapacidad a largo plazo sustituye una parte de sus ingresos cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión admitida. Invited le brinda la oportunidad de elegir el seguro por discapacidad a largo plazo (LTD) a través de Lincoln Financial.

Usted debe ocupar uno de los siguientes puestos para ser elegible para participar en el plan LTD:

- Empleados que trabajan desde casa y asalariados
- Directores Generales, Directores de Club o
- Jefes de departamento asalariados que se ocupen principalmente de gerenciar un departamento, como (entre otros): Director Atlético, Jefe Ejecutivo, Director de FyB, Superintendente de Campo de Golf, Director de Golf y Tenis, Director de Membresías, Director de Eventos Privados o Director de Servicios.

BENEFICIOS DE SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO DE UN VISTAZO

Beneficio Mensual Máximo:	\$10,000
Beneficio mensual	60% de sus ingresos mensuales
Período de Eliminación	90 días
Duración del beneficio	Edad Normal de Jubilación
Limitación por afecciones preexistentes	03/12

La información anterior es solo un resumen. Por favor, consulte su Certificado de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones de los planes.

COSTO DEL SEGURO DE DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO

ARANCEL MENSUAL CADA \$100 DE INGRESOS MENSUALES

\$0.413

Calcule su tarifa de seguro por discapacidad a largo plazo

Ejemplo:

Empleado de 35 años de edad con un salario anual de \$40,000

$$\$40,000 \text{ Salario} \div 12 \text{ Meses} = \$3,333.33$$

$$\$3,333.33 / \$100 \text{ ingresos mensuales} = \$33.33$$

$$\$33.33 \times \$0.413 = \$13.77 \text{ por mes}$$

$$\$13.77 \times 12 \div 26 = \$6.36 \text{ por cheque de pago}$$

AFECCIONES PREEXISTENTES

Una afección preexistente es una lesión o enfermedad por la cual usted haya recibido asesoramiento o tratamiento de un médico dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su plan de seguro.

Consulte el resumen del beneficio por discapacidad a largo plazo de Lincoln para 2025, haga clic [aquí](#).

Seguro voluntario contra accidentes – Lincoln Financial

El seguro de accidentes paga una suma global si sufre una lesión como consecuencia de un accidente. Estos beneficios pueden complementar el seguro de salud y discapacidad, y se pueden usar para pagar gastos que no cubre su seguro de salud o bien como protección financiera adicional si un evento cubierto le hace perder ingresos por no ir a trabajar.



ACCIDENTE	QUINCENAL	SEMANAL
Solo Empleado	\$3.86	\$1.93
Empleado y Cónyuge	\$7.72	\$3.86
Empleado y Hijo(s)	\$9.36	\$4.68
Empleado y Familia	\$11.04	\$5.52

BENEFICIOS	MONTO
FRACTURAS	SI SE FRACTURA MÁS DE UN HUESO; EL BENEFICIO MAX. ES NO MÁS DE 2 VECES EL BENEFICIO MÁS ALTO POR FRACTURA
Rostro o nariz	\$2,000
Mandíbula	Maxilar inferior \$1,000, maxilar superior \$2,000
Brazo	Superior (del hombro al codo) \$2,000, Inferior (del codo a la muñeca) \$1,000
Vérttebras	Cuerpo vertebral \$2,000, Proceso vertebral \$750
Pelvis	\$2,000
Cadera	\$4,000
Pierna	Superior (cadera a rodilla) \$4,000, Inferior (rodilla a tobillo) \$2,000
Fractura astillada	25 %
LUXACIONES	SI SE LUXA MAS DE UNA ARTICULACION, EL MONTO QUE PAGAREMOS POR TODAS LAS LUXACIONES COMBINADAS NO SERÁ MÁS DE 2 VECES EL BENEFICIO MÁS ALTO POR LUXACIÓN
Mandíbula inferior	\$1,000
Clavícula	\$1,000
Hombro	\$1,000
Rodilla (excepto la rótula)	\$2,000
Codo	\$1,000
Muñeca	\$1,000
Cadera	\$4,000
Luxación parcial	25% del beneficio pagadero por dislocación
BENEFICIO POR QUEMADURA	1 VEZ POR ACCIDENTE; VECES LIMITADAS POR AÑO CALENDARIO
Quemaduras de 2do. grado: =<9% dentro de las 72 horas del accidente	\$100
Quemaduras de 2do. grado: 10%-18% dentro de las 72 horas del accidente	\$200
Quemaduras de 2do. grado: 19%-36% dentro de las 72 horas del accidente	\$750
Quemaduras de 2do. grado: =>37% dentro de las 72 horas del accidente	\$1,500
Quemaduras de 3er. grado: =<9% dentro de las 72 horas del accidente	\$1,500
Quemaduras de 3er. grado: 10%-18% dentro de las 72 horas del accidente	\$2,000
Quemaduras de 3er. grado: 19%-36% dentro de las 72 horas del accidente	\$7,000
Quemaduras de 3er. grado: => 37% dentro de las 72 horas del accidente	\$12,000
SERVICIOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	
Transporte en ambulancia	\$400
Transporte en ambulancia aérea	\$1,200
Atención o tratamiento de emergencia	\$200
Visita al consultorio del médico o Atención de urgencia	\$100
Internación en hospital	\$1,000
Terapia Física, Ocupacional y Quiropráctica	\$50 por visita hasta 10 visitas
Beneficio de prueba de detección	\$100 1 vez por año calendario para todos los inscritos; paga SI usted tiene su visita anual de bienestar.

Consulte el resumen de beneficios del seguro contra accidentes para 2025, haga clic [aquí](#).

Seguro Voluntario por Enfermedades Graves – Lincoln Financial

El seguro de enfermedades graves es una cobertura que puede ayudar a salvaguardar sus finanzas al proporcionarle un pago único cuando usted o su familia más lo necesiten. Este pago de suma única le permite pagar lo que sea que necesite, como gastos que podrían no estar cubiertos por su plan médico principal (p.ej., copagos, deducibles, cuidado de hijos, hipoteca, alimentos y tratamientos experimentales).



AFECCIONES CUBIERTAS	BENEFICIO INICIAL	BENEFICIO POR RECURRENCIA
Cáncer invasivo	100% del monto del beneficio	100%, una vez cumplidos los períodos de separación y pretratamiento
Ataque cardíaco	100% del monto del beneficio	100%, una vez cumplidos los períodos de separación y pretratamiento
Tumor cerebral benigno	100% del monto del beneficio	Ninguno
Enfermedades infantiles - Parálisis cerebral, fibrosis quística, labio leporino o paladar partido, síndrome de Down, diabetes T1	100% del monto del beneficio	Ninguno
Insuficiencia renal terminal (riñones)	100% del monto del beneficio	100%, una vez cumplidos los períodos de separación y pretratamiento
Apoplejía	100% del monto del beneficio	100%, una vez cumplidos los períodos de separación y pretratamiento
Insuficiencia de un órgano mayor	100% del monto del beneficio	100%, una vez cumplidos los períodos de separación y pretratamiento
Pérdida del habla, del oído	100% del monto del beneficio	Ninguno
Beneficio de prueba de detección	\$100, una vez por año calendario para todos los inscriptos; paga SI usted tiene su visita anual de bienestar.	Ninguno

\$15,000 DE MONTO DE BENEFICIO DEL EMPLEADO - ARANCELES QUINCENALES				
EDAD CUMPLIDA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO Y CÓNYUGE	EMPLEADO Y HIJO(S)	EMPLEADO Y FAMILIA
Menor de 25 años	\$1.53	\$3.06	\$4.67	\$6.20
De 25 a 29 años	\$1.94	\$3.88	\$5.08	\$7.02
De 30 a 34 años	\$2.51	\$5.02	\$5.65	\$8.16
De 35 a 39 años	\$3.45	\$6.90	\$6.59	\$10.04
De 40 a 44 años	\$4.95	\$9.90	\$8.09	\$13.04
De 45 a 49 años	\$6.95	\$13.90	\$10.09	\$17.04
De 50 a 54 años	\$9.72	\$19.44	\$12.86	\$22.58
De 55 a 59 años	\$12.86	\$25.72	\$16.00	\$28.86
De 60 a 64 años	\$18.17	\$36.34	\$21.31	\$39.48
De 65 a 69 años	\$25.61	\$51.22	\$28.75	\$54.36
Más de 70	\$43.61	\$87.22	\$46.75	\$90.36

\$30,000 DE MONTO DE BENEFICIO DEL EMPLEADO - ARANCELES QUINCENALES				
EDAD CUMPLIDA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO Y CÓNYUGE	EMPLEADO Y HIJO(S)	EMPLEADO Y FAMILIA
Menor de 25 años	\$3.06	\$6.12	\$8.29	\$11.35
De 25 a 29 años	\$3.87	\$7.74	\$9.10	\$12.97
De 30 a 34 años	\$5.01	\$10.02	\$10.24	\$15.25
De 35 a 39 años	\$6.90	\$13.80	\$12.13	\$19.03
De 40 a 44 años	\$9.90	\$19.80	\$15.13	\$25.03
De 45 a 49 años	\$13.89	\$27.78	\$19.12	\$33.01
De 50 a 54 años	\$19.44	\$38.88	\$24.67	\$44.11
De 55 a 59 años	\$25.71	\$51.42	\$30.94	\$56.65
De 60 a 64 años	\$36.33	\$72.66	\$41.56	\$77.89
De 65 a 69 años	\$51.21	\$102.42	\$56.44	\$107.65
Más de 70	\$87.21	\$174.42	\$92.44	\$179.65

Consulte el resumen de beneficios del seguro contra enfermedades graves para 2025, haga clic [aquí](#).

Seguro voluntario de indemnización hospitalaria – Lincoln Financial



El seguro de indemnización hospitalaria le paga beneficios cuando lo admiten a un hospital, ya sea por razones previstas o imprevistas, incluido el parto. Este beneficio puede complementar tanto el seguro de salud como el de discapacidad, si a causa de un incidente cubierto usted tiene gastos que no cubre su seguro de salud.

BENEFICIOS	MONTO
Beneficio por Internación Hospitalaria	\$1,000 4X por año calendario
Beneficio por Internación en UCI	\$1,000 se paga además del beneficio por internación hospitalaria
Hospitalización	\$200 15 días por año calendario
Guardería para recién nacidos	\$50 2 días por internación
Rehabilitación en régimen de internación (por lesión o enfermedad)	\$100 15 días por año calendario
Beneficio de prueba de detección	\$100 1 vez por año calendario para todos los inscriptos; paga SI usted tiene su visita anual de bienestar.

	ARANCEL QUINCENAL	TARIFAS SEMANALES
Solo Empleado	\$6.44	\$3.22
Empleado y Cónyuge	\$13.73	\$6.86
Empleado y Hijo(s)	\$10.05	\$5.03
Empleado y Familia	\$18.09	\$9.05

Consulte el resumen de beneficios del seguro por indemnización hospitalaria para 2025, haga clic [aquí](#).



Plan jurídico voluntario – MetLife

El plan de asistencia legal está diseñado para darle acceso a servicios legales de calidad, protegiéndole al mismo tiempo del elevado costo de los honorarios de abogados. Todos los años, el 70% de la gente tiene algún problema legal y necesita asistencia. El plan de asistencia legal incluye beneficios que le ayudan con testamentos y fideicomisos, quiebra, derecho del consumidor, así como planificación patrimonial y mucho más.

Usted, su cónyuge y dependientes pueden obtener asistencia legal por **\$4.27 por período de pago quincenal**: no hay períodos de espera, ni deducibles, ni formularios de reclamo cuando se recurre a un abogado de la red para un asunto cubierto.

CATEGORÍA	SERVICIOS OFRECIDOS		
Asuntos de dinero	<ul style="list-style-type: none"> Defensa en cobros de deudas Defensa contra el robo de identidad 	<ul style="list-style-type: none"> Negociaciones con los acreedores Pagarés 	<ul style="list-style-type: none"> Defensa de la recaudación de impuestos
Hogar y Bienes Raíces	<ul style="list-style-type: none"> Disputas sobre límites o títulos de propiedad Escrituras Defensa en caso de desalojo 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución hipotecaria Hipotecas Evaluaciones del impuesto sobre la propiedad 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia con depósitos de garantía Negociaciones con los inquilinos
Planificación patrimonial	<ul style="list-style-type: none"> Anexos Testamentos complejos Apoderados de atención médica Testamentos en vida 	<ul style="list-style-type: none"> Poderes (para atención médica, finanzas, cuidado infantil, inmigración) 	<ul style="list-style-type: none"> Testamentos simples
Temas familiares y personales	<ul style="list-style-type: none"> Declaraciones juradas Tutela Cartas de demanda Divorcio (20 horas) Defensa de Embargo 	<ul style="list-style-type: none"> Custodia Asistencia en materia de inmigración Cambio de nombre Protección de los bienes personales 	<ul style="list-style-type: none"> Protección contra la violencia doméstica Revisión de CUALQUIER documento legal personal Audiencias escolares
Demandas civiles	<ul style="list-style-type: none"> Audiencias administrativas Controversias sobre bienes de consumo y servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Defensa de la incompetencia 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia para pedidos de reembolso menores
Asuntos relacionados con el cuidado de los ancianos	Consulta y revisión de documentos para sus padres: <ul style="list-style-type: none"> Escrituras Arrendamientos 	<ul style="list-style-type: none"> Medicaid Medicare Notas Acuerdos de asilo de ancianos 	<ul style="list-style-type: none"> Poderes notariales Planes de recetas Testamentos
Tráfico y otros asuntos	<ul style="list-style-type: none"> Defensa de las multas de tráfico Restitución de privilegios de conducción 	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión de la licencia por conducir en estado de ebriedad 	<ul style="list-style-type: none"> Reposición

Para obtener más información sobre sus coberturas, ver nuestra red de abogados u otorgar acceso a sus dependientes, cree una cuenta.

Su cuenta también le dará acceso a nuestra biblioteca de documentos de autoayuda para completar formularios legales simples. Los formularios están disponibles para usted, al margen de su inscripción.



Cree una cuenta en members.legalplans.com o escanee el código QR.

¿Alguna pregunta? Llame al **Centro de Servicios al Cliente de los Planes Legales de MetLife** al **800-821-6400** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.



Seguro voluntario de protección contra el robo de identidad y el fraude - MetLife

La protección contra el robo de identidad y el fraude de MetLife y Aura ayuda a salvaguardar las cosas que más le importan a usted: su identidad, su dinero y activos, su familia, su reputación y su privacidad.

Obtenga cobertura para usted por **\$3.90 por período de pago quincenal** o cubra a su familia **por \$6.44 por período de pago quincenal**.



SEGURIDAD POTENTE QUE ENCAJA A LA PERFECCIÓN CON SU VIDA



Mantenga sus cuentas e identidad seguras



Proteja sus finanzas y crédito



Proteja su red Wi-Fi y dispositivos



Privacidad sin esfuerzo cuando esté en línea



Una variedad de planes que se adaptan a sus necesidades y su presupuesto

PROTECCIÓN CONTRA FRAUDES FINANCIEROS	PROTECCIÓN PLUS	SEGURIDAD FAMILIAR (SOLO CON COBERTURA FAMILIAR)	PROTECCIÓN PLUS
Monitoreo de crédito y alertas	3 agencias	Controles parentales	✓
Informe crediticio anual	3 agencias	Protección contra el ciberacoso infantil	✓
Rastreador mensual de puntuación crediticia	✓	Asistente de congelamiento de crédito infantil en las 3 agencias de informes crediticios	✓
Disputa de crédito en la plataforma	✓	Monitoreo y alertas de números infantiles de Seguro Social	✓
Asistencia con congelación de cuentas de crédito, bancarias y de servicios públicos	✓	SERVICIOS Y APOYO	PROTECCIÓN PLUS
Monitoreo de títulos de viviendas y vehículos	✓	Póliza de seguro por \$5M por adulto inscripto	✓
Monitoreo de cuentas y transacciones financieras	✓	Protección contra pérdida de billetera con \$500 de efectivo de emergencia	✓
Monitoreo de cuentas de préstamos e inversiones	✓	Atención al cliente 24/7/365 100% basada en los EE.UU.	✓
PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD	PROTECCIÓN PLUS	PROTECCIÓN DE PRIVACIDAD Y DISPOSITIVOS	PROTECCIÓN PLUS
Asistencia con temas de privacidad y reducción de correos no deseados	✓	Administrador de contraseñas	✓
Monitoreo de la Web Oscura	✓	Alias de correo electrónico	✓
Bóveda digital	✓	Navegación segura por la web	✓
Alertas de autenticación de SSN e identidad	✓	Monitoreo de dirección IP	✓

Para consultar la lista completa de servicios, haga clic [aquí](#).

BENEFICIOS ADICIONALES QUE FUNCIONAN PARA USTED:

- Una variedad de planes y opciones a la altura de sus necesidades y su presupuesto.
- Servicio de atención al cliente 100% en EE.UU. disponible 24 horas al día, 7 días a la semana durante todo el año para responder a preguntas técnicas sobre cuentas o facturación.
- Servicios de resolución de fraudes para asistir a las víctimas de fraude en cada paso del proceso de restauración.

Plan de seguro voluntario para mascotas - MetLife

¡No nos olvidemos de nuestros amigos peludos! Para todos los empleados se dispone de un plan de seguro para mascotas de MetLife Pet que ayuda a cubrir los costos cuando ocurren enfermedades o accidentes imprevistos para que nada se interponga en el cuidado de su mascota cuando más lo necesita. Este beneficio no se deduce de nómina. MetLife le facturará directamente a usted por su plan de seguro para mascotas.

Con el seguro para mascotas de MetLife Pet, usted puede tener:

- Planes flexibles de seguro que pueden cubrir toda la familia de mascotas sin exclusión de razas.
- Libertad para acudir a cualquier veterinario de los EE.UU. con reembolsos de hasta el 90% del costo de los servicios.
- Planes familiares que cubren varios gatos y perros en una sola póliza un beneficio exclusivo de MetLife Pet.
- Acceso 24/7 a Servicios de Conserjería de Telesalud para asistencia inmediata.
- Descuentos de hasta el 30% y ofertas adicionales en el cuidado de mascotas, cuando estén disponibles.
- Cobertura opcional de cuidados preventivos.
- Cobertura de afecciones preexistentes cubiertas anteriormente al cambiar de prestador.

Las primas mensuales varían según el número de mascotas que cubra y el tipo de cobertura que seleccione.

Elija la cobertura adecuada para usted.	Acuda a cualquier veterinaria o clínica de emergencia con licencia de EE.UU.	Pague la factura en un plazo de 90 días y envíela junto con sus documentos del reclamo a través de nuestra aplicación móvil, portal en línea, correo electrónico, fax o correo postal.	Reciba el reembolso de un porcentaje de su dinero mediante cheque o depósito directo si los gastos del reclamo están cubiertos en la póliza.
---	--	--	--

Con el seguro para mascotas de MetLife, los dueños de mascotas tienen el poder de personalizar su seguro para mascotas según sus necesidades.

Necesidades esenciales

- Accidentes y enfermedades
- Diabetes
- Infecciones de oído
- Pancreatitis
- Cáncer
- Displasia de cadera
- Ligamento cruzado
- Y más...

Cuidados sofisticados

- Terapia láser
- Atención holística
- Acupuntura
- Hidroterapia
- Dispositivos para diagnóstico in vitro (IVDD)
- Y más...

Características de la póliza cuando está disponible

- Telesalud
- Beneficios por mortalidad
- Descuentos y premios
- Ahorros en deducibles
- Y más...

Cobertura opcional de cuidados preventivos.

- Pulgas y garrapatas
- Esterilización y castración
- Dirofilariasis
- Entrenamiento conductual
- Limpieza dental
- Y más...

Inscríbese en [metlife.com/getpetquote](https://www.metlife.com/getpetquote) o escanee el código QR.

¿Alguna pregunta?

Llame a 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388)





Plataforma de compras BenefitsMe

COMPRA AHORA, PAGUE DESPUÉS.

Los empleados de Invited ahora pueden realizar compras sin intereses mediante deducciones de nómina.

Consulte su elegibilidad en shop.benefitsme.com.

Los empleados de Invited ahora pueden acceder a una plataforma única de beneficios voluntarios que hará que las compras de productos de marca y calidad sean simples y manejables.

La plataforma BenefitsMe le permite usar deducciones de nómina para comprar ahora y efectuar pagos en el tiempo sin intereses, verificaciones de crédito o adelantos (en la mayoría de los casos).



¿QUÉ DEBO HACER PARA PARTICIPAR?

- Como mínimo 90 días de empleo de tiempo completo en Invited
- ID de Empleado activo
- Su fecha de nacimiento
- Información básica de contacto

¿CÓMO TENGO UN LÍMITE DE GASTOS?

Acceda a su límite de gastos creando una cuenta en BenefitsMe. Así de simple. Vaya a My Account (Mi cuenta) en cualquier momento para ver su límite de gastos, saldo disponible y detalles de pedidos.

¿CÓMO FUNCIONA MI LÍMITE DE GASTOS?

Cuando hace compras en shop.benefitsme.com usted puede elegir el calendario de deducciones de nómina que sea correcto para usted. A medida que vaya realizando pagos por deducción para pagar sus compras a lo largo del tiempo, su saldo disponible irá reflejando esos pagos, lo que le permitirá seguir realizando compras dentro de su límite de gastos disponibles en cualquier momento.

¿PUEDO COMPRAR MÁS DE UNA COSA A LA VEZ?

Por supuesto; usted tiene la flexibilidad de comprar cualquier cantidad de productos o servicios, siempre que el costo total no supere su límite de gastos disponibles.



¿Necesita ayuda?
Llame al:
(800) 960-4509
Envíenos un correo electrónico a:
Support@BenefitsMe.com

Servicios de seguro de vida para beneficiarios de Empathy

Empathy cuenta con una aplicación y ofrece apoyo en los aspectos emocionales y prácticos de la pérdida de un ser querido. Esta información se facilitará a los beneficiarios directamente en el momento del pedido de reembolso y estará disponible hasta 18 meses después de la pérdida.

Los valiosos servicios incluyen:

- Equipo de atención: Conserje especializado en duelo a pedido.
- Sucesiones y administración de patrimonios: Incluye expertos en administración de patrimonios a pedido, asistencia para la liquidación de bienes y orientación y recursos sobre sucesiones.
- Apoyo emocional: Incluye sesiones confidenciales de apoyo durante el duelo, servicios de asistencia funeraria, reconfortantes audioguías sobre el duelo, actividades de atención plena y motivación, apoyo para dormir con audio guiado y herramientas de autocuidado.
- Colaboración familiar: Los beneficiarios pueden invitar a familiares no beneficiarios a utilizar los servicios de empatía (límite de 5 invitaciones por pedido de reembolso, no por beneficiario).
- Planificación y recursos: Los beneficiarios pueden recibir un plan de atención personalizado paso por paso y acceder a una lista de comprobación inteligente y un rastreador de tareas, como así también a una completa biblioteca de contenidos.

PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS Y DESCUENTOS:

A través de Lincoln Financial, usted y su familia tendrán acceso a compasivos consejeros, así como a descuentos en servicios funerarios a través de la mayor red de prestadores funerarios y cementerios de Norteamérica.

Asistencia experta — disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año - para orientarlo a usted y su familia en la toma de decisiones con confianza.

Servicios de planificación — en línea, por teléfono e impresos— para ayudar a manejar más fácilmente los últimos deseos.

Servicios de traslado por duelo para ayudarle a organizar viajes urgentes para estar con sus seres queridos.

No espere. Prepare a su familia para los imprevistos de la vida.

Visite lincolnfuneralprep.com o llame al 866-408-7300.

CÓMO ACCEDER A FUNERALPREP DE LINCOLN

Puede acceder a FuneralPrep de Lincoln de dos maneras:

1. Visite el portal de autoservicio en línea

El portal en línea en lincolnfuneralprep.com incluye una gran cantidad de recursos y servicios de planificación funeraria en línea, incluida la posibilidad de:

- **Búsqueda de funerarias**
Acceda a una lista interactiva de funerarias y cementerios de todo el país. Puede filtrar por ubicación, servicio y presupuesto.
- **Acceda a información de mercado**
Revise los rangos de precios y las opciones de servicio en la ubicación geográfica seleccionada.
- **Consulte guías y listas de comprobación**
Organice sus prioridades, considere sus opciones y tome decisiones informadas en función de sus preferencias con nuestras guías y listas de comprobación en línea fáciles de usar.

2. Comuníquese con un asesor de planificación funeraria

Trabaje con un experto en planificación funeraria que pueda guiarle a través del proceso de planificación previa y:

- **Ayudarle para comparar opciones**
Obtenga ayuda para comparar opciones de planificación previa, aunque no haya elegido una funeraria específica.
- **Proporcionarle un servicio personalizado**
Trabaje con nuestros especialistas para garantizar que sus planes reflejen sus deseos y objetivos.
- **Ofrecerle asesoramiento objetivo**
Obtener orientación sobre las opciones de planificación y las distintas estrategias de financiación.



Seguro automotor y residencial – Farmers

Este programa de beneficios voluntarios, ofrecido a través de la asociación de MetLife con Farmers GroupSelect, le proporciona acceso a ahorros especiales en seguros de automóvil y hogar. Además, puede optar por la comodidad de pagar sus primas a través de deducciones automáticas de nómina. Usted puede comenzar o terminar su cobertura en cualquier momento durante todo el año, y su cobertura permanece con usted incluso si deja de trabajar para la Compañía.



Todos los empleados son elegibles para comunicarse con Farmers GroupSelect para solicitar cotizaciones y recibir descuentos en seguros automotor y residencial.

Cámbiese hoy mismo para ver cuánto podría ahorrar - solicite **cotización.**

SEGURO AUTOMOTOR

Elija su cobertura mientras disfruta de ahorros y beneficios como:

- Descuentos grupales especiales
- Opciones de pago automático
- Recompensas por conducir sin infracciones
- Cobertura mejorada contra daños a vehículos de alquiler
- Reparaciones sin deducible para ciertos daños en el parabrisas
- Asistencia vial
- Reparaciones garantizadas de automotores por pérdidas cubiertas
- Servicios de protección de la identidad

Como empleado, usted tiene acceso a ahorros especiales en seguros automotores. Otros han ahorrado un promedio de \$579 haciendo el cambio.

SEGURO DE VIVIENDA

Elija la cobertura de seguro residencial más ahorros y beneficios como:

- Descuentos grupales especiales
- Cobertura del costo de reposición
- Redes de derivación
- Opciones de pago automático
- Servicios de protección de la identidad

OBTENGA COTIZACIONES

Llame hoy al 800-438-6381 y mencione su código de descuento A58 o visite www.farmers.com/groupselect

OTRAS OPCIONES DE PÓLIZAS

Al comprar pólizas de seguro automotor, residencial y otras en Farmers GroupSelect, ¡ahorra incluso más! ¡Otros han ahorrado \$751 en promedio!

RV	INQUILINOS	MOTOCICLETA	BARCO	CONDominio
----	------------	-------------	-------	------------





Fondo de Atención al Empleado (E.C.F., en inglés)

Estamos aquí para ayudarle: el Fondo de Ayuda a los Empleados se creó en 2007 para ayudar a los empleados en tiempos de crisis. Aunque no es un beneficio, el Fondo es un recurso para los Empleados y puede ayudar en tiempos de dificultades como la pérdida de la vivienda, enfermedades, y también con situaciones domésticas y catástrofes.

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA

Nos complace continuar el legado del Fondo asociándonos con la Emergency Assistance Foundation para que nos ayude en la gestión del Fondo. Si necesita ayuda o desea hacer una donación, visite: www.InvitedEmployeeCareFund.com. Puede solicitar la ayuda del Equipo de Soporte del E.C.F. en Invited@emergencyassistancefdn.org o llamar al (833) 703-4575. Disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, y se ofrece asistencia bilingüe.

LINEAMIENTOS PARA DETERMINAR LA ASISTENCIA

Las directrices para determinar la ayuda, información adicional sobre los tipos de ayuda y una lista de preguntas frecuentes pueden consultarse [aquí](#).

Información de contacto importante sobre el plan de beneficios

COBERTURA	DESCRIPCIÓN	CONTACTO	TELÉFONO	SITIO WEB
Beneficios de Invited	Línea de ayuda sobre beneficios generales y asistencia con la inscripción	Beneficios de Invited	833-964-2967	www.invitedbenefits.com
Verificación de la dependencia	Constancia de elegibilidad de dependiente	Beneficios de Invited	N/C	www.myclublifeonline.com
HealthJoy	Navegación por los beneficios de telesalud de salud mental y medicina general (disponible para inscriptos en planes médicos)	HealthJoy	877-500-3212	support@healthjoy.com
Programa de Asistencia para Empleados (EAP) de SupportLinc	Asesoramiento en salud mental y apoyo en la vida laboral-personal (disponibles para todos los empleados)	SupportLinc	888-881-5462	www.supportlinc.com Nombre de usuario: invitedclubs
Plan de salud de SimplePay Grupo #20422 Número Bin de medicamentos con receta: 004336 Número de PCN de medicamentos con receta: ADV	Plan de seguro médico/de farmacia	Aetna CVS Health	800-606-3564	healthvalet@simplepayhealth.com
Plan Médico HDHP Grupo #: 925871	Plan de seguro médico	UnitedHealthcare	Servicios para afiliados: 888-331-3408	www.whyuhc.com/nexus2
Cuenta de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSA)	Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos para HDHP de UHC	TaxSaver	800-328-4337	www.taxesaverplan.com
Plan Médico Choice Plus Grupo #: 925871	Plan de seguro médico	UnitedHealthcare	Servicios para afiliados: 800-865-9386	www.myuhc.com
Plan Healthy Start MEC Grupo #: 7800-000101	Plan de seguro médico	UnitedHealthcare	Servicios para afiliados: 855-892-2401 Opción 2	www.myallsaversconnect.com
Plan de Farmacia de UHC Grupo #: INVITED Número Bin de medicamentos con receta: 610011 Número de PCN de medicamentos con receta: IRX	Plan de seguro para medicamentos con receta para hdhp o choice plus	OptumRx	Servicios para afiliados: 855-524-0381 Asistencia con farmacias especializadas: 877-656-9604	www.specialty.optumrx.com
Programa para dejar de fumar	Programa Deje el tabaco	Instituto Estadounidense de Medicina Preventiva	800-345-2476 extensión 1	www.healthylife.com
Plan Dental Grupo #: 05813	Plan de seguro dental	Delta Dental	PPO: 800-521-2651 DHMO: 800-422-4234	www.deltadental.com
Plan de visión Grupo #: 34013	Plan de seguro de visión	Superior Vision de MetLife	833-393-5433	www.metlife.com
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	Cuentas de ahorro para atención médica y atención de dependientes	TaxSaver	800-328-4337	www.taxesaverplan.com
Cuenta de ahorro para gastos de transporte	Cuenta de ahorro para gastos de transporte y estacionamiento	TaxSaver	800-328-4337	www.taxesaverplan.com
Seguro de Vida y AD&D – Póliza #: 09-LF1568	Planes de seguro de vida	Lincoln Financial	888-408-7300	www.lincolnfinancialgroup.com
Seguro de Discapacidad a Corto Plazo y Discapacidad a Largo Plazo Póliza #: 09-LF1568	Planes de seguro de discapacidad	Lincoln Financial	888-408-7300	www.lincolnfinancialgroup.com
Accidente / Enfermedad Grave / Indemnización Hospitalaria Póliza #: 09-LF1568	Planes de seguros complementarios de salud	Lincoln Financial	888-408-7300	www.lincolnfinancialgroup.com
Seguro de asistencia legal	Acceda a servicios jurídicos y de abogados	MetLife	800-821-6400	legalplans.com
Protección contra el robo de identidad y el fraude de MetLife/Aura	Protección contra robo de identidad y fraude	MetLife	800-638-5433	www.metlife.com/identity-and-fraud-protection/
Seguro para mascotas	Seguro veterinario	MetLife	855-270-7387	www.metlifepetinsurance.com
Planes de seguro residencial y automotor	Seguro residencial y automotor personal	MetLife y Farmers Insurance	800-438-6381	www.farmers.com/groupselect
BenefitsMe	Compras sin intereses	BenefitsME	800-960-4509	http://shop.benefitsme.com/

Avisos Obligatorios de Invited Clubs

PARA SUS ARCHIVOS

Este folleto contiene avisos legales para los participantes en los planes de salud grupales patrocinados por Invited Clubs. Los avisos incluidos en este folleto son:

- **Opciones de cobertura del mercado de seguros de salud y su cobertura de salud** que describe el mercado de seguros de salud y la información de elegibilidad y crédito fiscal.
- **Aviso de prácticas de privacidad** que explica cómo el plan o los planes de atención médica protegen su información médica personal.
- **Aviso de la Parte D de Medicare** que proporciona información sobre cómo se ve afectada su cobertura actual de medicamentos con receta bajo el plan o los planes de salud, y sus opciones de cobertura, cuando sea elegible para Medicare.
- **Aviso de Derechos de COBRA** que explica cuándo usted y su familia pueden continuar temporalmente la cobertura bajo el plan o los planes de atención médica si la cobertura terminara para usted de otra manera.
- **Aviso sobre Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos** que describe las leyes federales que rigen los beneficios para las estancias hospitalarias de las madres después del nacimiento de su hijo.
- **La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act)** que resume los beneficios disponibles conforme a su plan médico si usted ha tenido o va a tener una mastectomía.
- **Aviso de Protección al Paciente** que explica a quién usted y su familia pueden designar como prestador de atención primaria bajo los planes de atención médica y las reglas para el acceso a atención obstétrica/ginecológica.
- **Aviso del Programa de Bienestar y Alternativas Razonables** que indica a los empleados qué información se recopilará, cómo se utilizará, quién la recibirá y qué se hará para mantenerla confidencial, así como las opciones para aquellos que tienen una afección que dificulta la participación en el programa de bienestar.
- **Cobertura Ampliada para la Atención Preventiva para Mujeres** que explica cómo los planes de atención médica cubren la atención preventiva para mujeres, incluidos los anticonceptivos, bajo la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act)
- **Aviso de Derechos de Inscripción Especial** que explica cuándo puede inscribirse en el/los plan(es) de atención médica debido a circunstancias especiales.
- **Aviso del Período de Inscripción Especial de 60 días** que describe un período especial de 60 días para elegir o finalizar cobertura.

IMPORTANTE: Si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, el programa de medicamentos con receta de Medicare le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte las páginas 48 a 49 para conocer más detalles.

OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Dado que partes clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, hay otra forma de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar el seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. Asimismo, puede ser elegible para un crédito tributario que reduzca su prima mensual de inmediato. Típicamente, usted puede inscribirse en un plan de salud del Mercado durante el período anual de Inscripción Abierta del Mercado o si experimenta un evento de vida habilitante.

¿PUEDO AHORRAR DINERO EN MIS PRIMAS DE SEGURO MÉDICO EN EL MERCADO?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿AFECTA LA COBERTURA MÉDICA DEL EMPLEADOR LA ELEGIBILIDAD PARA AHORROS EN LAS PRIMAS A TRAVÉS DEL MERCADO?

Sí, si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple ciertos estándares, usted no será elegible para acceder a un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en lo absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a cualquier otro miembro de su familia) es más de 9.12% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act), usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud que ofrece su empleador, es posible que pierda la contribución de su empleador (de existir) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su aporte como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye del ingreso para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, por favor consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con Beneficios llamando al 800-800-4615 o visite benefits@invitedclubs.com.

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

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

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

3. Nombre del empleador Invited		3. Número de identificación del empleador (EIN) 75-2114856	
4. Dirección del empleador 5221 N. O'Connor Blvd, Suite 300		5. Número de teléfono del empleador 972-243-6191	
6. Ciudad Irving	7. Estado TX	8. Código postal 75039	
9. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? Departamento de Beneficios			
10. Número de teléfono (si es diferente del anterior):		11. Dirección de correo electrónico benefits@invitedclubs.com	

A continuación se incluyen algunos datos básicos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a algunos empleados.

Son empleados elegibles:

- Empleados activos a tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas por semana y hayan cumplido con el período de espera requerido.
- Con respecto a los dependientes, ofrecemos cobertura.

Los dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal
- Hijos dependientes hasta los 26 años de edad
- Hijos dependientes, cualquiera sea su edad, que sean incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad mental o física, que dependan totalmente de usted para su manutención, tal y como conste en su declaración jurada de impuestos federal, y para quienes su Plan Médico les apruebe continuar con la cobertura después de los 26 años de edad

Si está marcado, esta cobertura cumple con la condición de valor mínimo, y su costo para usted pretende ser asequible, sobre la base del salario de empleado.

****Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted todavía puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado usará los ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para obtener un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a la otra (tal vez porque es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si es un empleado nuevo contratado a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, tal vez de todas maneras califique para un descuento en la prima.**

Si decide comprar cobertura en el Mercado, www.healthcare.gov lo guiará a través del proceso.

AVISO DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD DE LOS PLANES MÉDICOS DE INVITED

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

EL COMPROMISO DE NUESTRA COMPAÑÍA CON USTED

Este aviso tiene por objeto informarle sobre las prácticas de privacidad que siguen los Planes Médicos de Invited (el Plan) y sobre las obligaciones legales del Plan con respecto a su información de salud protegida según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). El aviso también explica los derechos de privacidad que usted y los miembros de su familia tienen como participantes del Plan. Entra en vigencia el 1/1/2025.

El Plan a menudo necesitará acceder a su información de salud protegida para poder realizar el pago de servicios médicos y cumplir funciones administrativas del plan. Queremos garantizar a los participantes cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes federales de privacidad y respetamos su derecho a la privacidad. Invited exige que todos sus empleados y terceros que tienen acceso a información de salud protegida cumplan con las siguientes prácticas de privacidad.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida está protegida por la regla de privacidad de la HIPAA. Por lo general, la información de salud protegida es información que identifica a una persona y que es creada o recibida por un prestador de atención médica, plan de salud o empleador en nombre de un plan de salud grupal y que se vincula con afecciones de salud física o mental, prestación de atención médica o pago de atención médica, ya sea pasada, presente o futura.

CÓMO PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Según la regla de privacidad de la HIPAA, podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinados fines sin su permiso. Esta sección describe las formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Pago. Usamos o divulgamos su información de salud protegida sin su autorización escrita para poder determinar la elegibilidad para beneficios, obtener el reembolso de un tercero o coordinar beneficios con otro plan de salud en el que esté cubierto. Por ejemplo, un prestador de atención médica que le proporcionó tratamiento nos entregará su información médica. Usamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago de conformidad con nuestro plan de salud grupal.

Operaciones de atención médica. Usamos y divulgamos su información de salud protegida para cumplir con funciones de administración del Plan como actividades de garantía de calidad, resolución de quejas internas y evaluación del funcionamiento del plan. Por ejemplo, revisamos el historial de pedidos de reembolso a fin de conocer cómo usan los participantes los planes y de efectuar cambios en el diseño de los planes a fin de controlar los costos de atención médica.

Sin embargo, se nos prohíbe usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética para nuestros propósitos de suscripción.

Tratamiento. Si bien la ley permite el uso y la divulgación de su información de salud protegida para fines de tratamiento, como plan de salud, por lo general no necesitamos divulgar su información para estos fines. Su médico o prestador de atención médica está obligado a proporcionarle una explicación de cómo utilizan y comparten su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Según lo permitido o requerido por la ley. También podríamos usar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización escrita por otras razones permitidas por la ley. Por ley tenemos permitido compartir información, sujeto a determinadas condiciones, para comunicar información sobre beneficios o servicios de salud que podrían interesarle, para responder a una orden judicial o informar sobre otras actividades de salud pública (por ejemplo, prevenir la propagación de una enfermedad) sin su autorización escrita. También tenemos permitido compartir información de salud protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición. También divulgaremos su información de salud cuando lo exija la ley, por ejemplo, para prevenir daños graves a usted o a otras personas.

De conformidad con su autorización. Cuando sea requerido por la ley, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida. Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se llevarán a cabo con su autorización escrita. Sujeto a algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización escrita para la venta de información de salud protegida y para el uso o la divulgación de información de salud protegida para fines de marketing. Si decide firmar una autorización de divulgación de información, puede revocarla más tarde para impedir cualquier uso o divulgación futuros.

A Asociados Comerciales. Podemos celebrar contratos con entidades conocidas como Asociados Comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podremos divulgar información de salud protegida a Asociados Comerciales una vez que hayan acordado, por escrito, salvaguardar la información de salud protegida. Por ejemplo, podremos divulgar su información de salud protegida a un Asociado Comercial para administrar pedidos de reembolso. Los Asociados Comerciales también están obligados por ley a proteger la información de salud protegida.

Al Patrocinador del Plan. Podríamos divulgar información de salud protegida a determinados empleados de Invited a los fines de administrar el Plan. Estos empleados usarán o divulgarán la información de salud protegida únicamente cuando sea necesario para llevar a cabo funciones de administración del plan o en otras instancias exigidas por HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no puede ser utilizada para propósitos de empleo sin su autorización específica.

SUS DERECHOS

Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, usted tendrá derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que conservemos sobre usted. Si solicita copias, aplicaremos un cargo razonable para cubrir los costos de copias, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud de inspeccionar o revisar su información de salud debe enviarse por escrito a la persona indicada más adelante. En algunos casos, podremos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. En la medida en que su información se mantenga en un registro médico electrónico, es posible que pueda recibir la información en un formato electrónico.

Derecho a enmendar. Si considera que la información que consta en sus registros es incorrecta o si falta información importante, usted tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información faltante. Su solicitud de enmendar su información de salud debe enviarse por escrito a la persona indicada a continuación. En algunos casos, podremos denegar su solicitud de enmendar su información de salud. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo con nosotros para que se incluya en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho a un informe de las divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. El informe no incluirá divulgaciones que se realizaron (1) para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted; (3) conforme a su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) con fines de seguridad nacional; o (6) con motivo de otras divulgaciones admitidas.

Su solicitud de un informe debe enviarse por escrito a la persona indicada más adelante. Podrá solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Puede solicitar un informe gratuito dentro de un período de 12 meses.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a solicitar que no usemos o divulguemos información con fines de tratamiento, pago u otros fines administrativos salvo cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando lo exija la ley o en caso de emergencia. También tiene derecho a solicitar que restrinjamos la información de salud protegida que divulguemos a una persona implicada en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Su solicitud de restricciones debe enviarse por escrito a la persona indicada más adelante. Su solicitud será sometida a consideración, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar esas restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su información de salud. Su solicitud de restricciones debe enviarse por escrito a la persona indicada más adelante. Tenemos la obligación de aceptar solicitudes razonables. Por ejemplo, usted podría solicitar que lo contactáramos en su lugar de trabajo o que enviáramos comunicaciones sobre tratamientos a una dirección alternativa.

Derecho a ser notificado de una contravención. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros Asociados Comerciales) detectemos una contravención de su información de salud protegida no segura. El aviso de cualquier contravención de este tipo se hará de acuerdo con los requisitos federales.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si usted hubiera aceptado recibir este aviso por vía electrónica, usted también tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso con solo solicitárnoslo. Para recibir una copia impresa de este aviso, por favor póngase en contacto con la persona indicada más adelante.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES LEGALES

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida, que le enviemos este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con relación a información de salud protegida, y que notifiquemos a las personas afectadas tras producirse una violación de información de salud protegida no asegurada.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento y nos reservamos el derecho de hacer efectivo el cambio para toda la información de salud de protección que conservemos. En el caso de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, le enviaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más adelante.

Si tiene preguntas o pedidos de reembolso, comuníquese con:

Sherry Vidal-Brown Invited

5221 N. O'Connor Blvd, Suite 300

Irving, TX 75039

800-800-4615 y benefits@invitedclubs.com

QUEJAS

Si le inquieta que hayamos vulnerado sus derechos de privacidad o estuviera disconforme con alguna decisión tomada por nosotros sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona indicada anteriormente. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles. La persona indicada precedentemente podrá proporcionarle la dirección correspondiente a pedido o bien puede visitar el sitio web www.hhs.gov/ocr donde podrá obtener más información. Usted no será sancionado ni será objeto de represalias por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

AVISO IMPORTANTE DE INVITED SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso detenidamente y consérvelo en un lugar de fácil acceso. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Invited y sobre las opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea adherir o no a un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Invited ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrecen el Plan Choice Plus y el Plan SimplePay de Invited pagará, en promedio para todos sus participantes, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente 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 desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, pero sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Invited puede verse afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y deja su cobertura actual con Invited, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (RECARGO) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debería saber que si deja o pierde su actual cobertura con Invided y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días corridos de finalizada su actual cobertura, podría tener que pagar una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare con posterioridad.

Si pasa 63 días corridos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1% de la prima básica mensual de beneficiario de Medicare por cada mes en que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera consistente un 19% como mínimo, por encima de la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. También es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O SOBRE SU ACTUAL COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para conocer más detalles. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Invided. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES CON LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE...

En el manual "Medicare y Usted", encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono) 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 usted tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible asistencia adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta asistencia adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos 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 deba presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima superior (un recargo).

Fecha: 1/1/2025

Nombre de Entidad/Remitente: Invided Contacto/Oficina: Equipo de Beneficios

Dirección: 5221 N. O'Connor Blvd, Suite 300, Irving, TX 75039 Teléfono: 800-800-4615

AVISO IMPORTANTE DE INVITED SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso detenidamente y consérvolo en un lugar de fácil acceso. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Invided y sobre las opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Hay tres cosas importantes que debe saber acerca de su actual cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Invided ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece el plan de salud con deducible alto y el plan Healthy Start de Invided NO está previsto que pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera Cobertura No Acreditable. Esto es importante porque, muy probablemente, usted recibirá más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos con receta de los Planes Médicos de Invided. Esto también es importante porque podría significar que deba pagar una prima más alta (un recargo) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que resulta elegible.
3. Usted puede mantener su cobertura actual de los Planes Médicos de Invided. Sin embargo, como su cobertura es no acreditable, tiene que tomar decisiones acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que podrían afectar el importe a pagar por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo lo hace. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Lea este aviso con atención, ya que explica sus opciones.

¿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 desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (RECARGO) PARA ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Como la cobertura de Invided es no acreditable, según el tiempo que pase usted sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar un recargo para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes en que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no se inscribió, si pasa 63 días corridos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare por mes por todos los meses que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera consistente un 19% como mínimo, por encima de la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (recargo) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. También es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Invited puede verse afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y deja su cobertura actual con Invited, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O SOBRE SU ACTUAL COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para conocer más detalles. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Invited. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES CON LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE...

En el manual "Medicare y Usted", encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

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

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible asistencia adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 1/1/2025

Nombre de Entidad/Remitente: Invited Contacto/Oficina: Equipo de Beneficios

Dirección: 5221 N. O'Connor Blvd, Suite 300, Irving, TX 75039 Teléfono: 800-800-4615

AVISO DE DERECHOS DE COBRA

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisorio de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a ella. Cuando sea elegible para COBRA, también puede resultar elegible para otras opciones de cobertura que pueden tener un costo más bajo que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA podría estar disponible para usted y otros integrantes de su familia cuando de otro modo terminaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, deberá revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder cobertura médica grupal. Por ejemplo, puede resultar elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros de salud. Al inscribirse en cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se lo denomina "evento habilitante". Más adelante en el presente aviso se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios admitidos si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. En el marco del Plan, los beneficiarios admitidos que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es empleado, será un beneficiario admitido si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de trabajo son reducidas; o
- Termina su relación laboral por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario admitido si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Su cónyuge fallece.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- Termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios admitidos si pierden la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Muere el empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- La relación laboral del empleado progenitor termina por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte.
- El empleado progenitor pasa a tener 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 dependiente"

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ocurrió algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- La finalización de la relación laboral o reducción del horario de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- La adquisición por parte del empleado de derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del plan dentro de los 30 días desde la fecha en que ocurre el evento habilitante. Usted debe enviar este aviso al Departamento de Beneficios.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Luego de ser notificado del evento habilitante, el Administrador del Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada uno de los beneficiarios admitidos tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la finalización de la relación laboral o a la reducción del horario de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

AMPLIACIÓN POR DISCAPACIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN

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

AMPLIACIÓN DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN POR SEGUNDO EVENTO HABILITANTE

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes podrán tener hasta 18 meses más de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, toda vez que el segundo evento habilitante sea correctamente notificado al Plan. Esta ampliación podría estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciban cobertura de continuación de COBRA en caso de fallecimiento del empleado o ex empleado, si este pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible de conformidad con el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiese ocurrido el primer evento habilitante.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí, en lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes médicos grupales (como el plan del cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían ser menos costosas que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA CUANDO TERMINE MI COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial¹ de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas:

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo 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 cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan podrá cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscripto tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscripto en Medicare. Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

SI TIENE DUDAS O PREGUNTAS

Las dudas o preguntas acerca de su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que aparecen más adelante. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Protección de Jubilaciones del Sector Privado (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible de la Salud y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina de Distrito o Regional de la Administración de Seguridad de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los integrantes de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Fecha: 1/1/2025

Nombre de Entidad/Remitente: Invited Contacto/Oficina: Equipo de Beneficios

Dirección: 5221 N. O'Connor Blvd, Suite 300, Irving, TX 75039 Teléfono: 800-800-4615

Otros Avisos

AVISO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR Y ALTERNATIVAS RAZONABLES

El programa para dejar de fumar es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa para dejar de fumar se le pedirá que complete el programa y que presente su diploma al Departamento de Beneficios a más tardar 90 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

No obstante, los empleados que decidan no participar en el programa de bienestar para dejar de fumar tendrán un recargo de \$162.50 al mes. Aunque no se le obliga a completar el programa para dejar de fumar, solo los empleados que lo hagan podrán evitar el recargo.

Si no pudiera participar o no pudiera dejar de fumar para evitar el recargo, podría tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Usted puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo contactando al departamento de beneficios en benefits.invitedclubs.com.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar e Invited pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa para dejar de fumar nunca divulgará ninguna información personal suya ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se entregará a sus supervisores o gerentes, y nunca podrá usarse para tomar decisiones relativas a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. La única entidad que recibirá su información médica personalmente identificable es el Instituto Estadounidense de Medicina Preventiva a fin de prestarle servicios en el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que usted suministre como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya suministrado en conexión con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

Usted no podrá ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione por participar en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si elige no participar.

ALTERNATIVAS RAZONABLES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados elegibles tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar. Si cree que tal vez no pueda cumplir con un estándar para obtener una recompensa en el marco del programa de bienestar para dejar de fumar, quizás califique para una oportunidad de obtener la misma recompensa de otro modo. Comuníquese con el Departamento de Beneficios en benefits@invitedclubs.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

Si tiene preguntas o dudas sobre este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, por favor póngase en contacto con el departamento de beneficios en benefits@invitedclubs.com.

COBERTURA AMPLIADA DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA MUJERES

De acuerdo con la Ley de Atención Asequible de la Salud, Invited ofrece a las mujeres participantes en el plan un acceso ampliado a servicios preventivos recomendados dentro de la red, que incluyen anticonceptivos, sin compartir costos.

Los servicios adicionales de atención preventiva para mujeres que se cubrirán sin requisitos de costos compartidos incluyen:

- Consultas ginecológicas
- Examen de diabetes gestacional
- Exámenes de ADN del VPH (Virus del papiloma humano)
- Asesoramiento sobre ITS (Infecciones de transmisión sexual) y detección y asesoramiento sobre el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)
- Anticoncepción y asesoramiento sobre anticonceptivos
- Apoyo en la lactancia, insumos y asesoramiento
- Detección de violencia doméstica

Para una descripción de lo que incluyen estos servicios, visite <https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/>.

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Invited habitualmente permite la designación de un prestador de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier prestador de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los integrantes de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un prestador de atención primaria, y para obtener una lista de los prestadores de atención primaria participantes, comuníquese con Beneficios llamando al 800-800-4615 o en benefits@invitedclubs.com.

Puede designar a un pediatra como el prestador de atención primaria de sus hijos.

No necesita autorización previa de Invited ni de ninguna otra persona (incluido un médico de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con determinados procedimientos, como los de obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado, o cumplir con algún procedimiento para derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Beneficios llamando al 800-800-4615 o visite benefits@invitedclubs.com.

Período de Inscripción Especial de 60 días

Además de los eventos habilitantes detallados en este documento, usted y sus dependientes tendrán un período especial de 60 días para elegir o dejar cobertura si:

- la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico infantil (CHIP) suya o de su dependiente se cancela como resultado de pérdida de elegibilidad; o
- Usted o su dependiente se vuelven elegibles para un subsidio para el pago de primas a través de Medicaid o de CHIP.

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si rechaza la inscripción en cobertura médica para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene la cobertura de otro seguro de salud, usted podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en la cobertura médica de Invited si usted o sus dependientes perdieran la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer las contribuciones correspondientes a la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción no más de 30 días después de la terminación de su otra cobertura o la de su dependiente (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura médica de Invited siempre y cuando solicite la inscripción poniéndose en contacto con el administrador de beneficios no más de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para obtener más información, póngase en contacto con Invited llamando a Beneficios al 800-800-4615 o en benefits@invitedclubs.com.

AVISO SOBRE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Para estadías en hospitales de maternidad, de acuerdo con la ley federal, el Plan no restringe los beneficios, por cualquier duración de la estadía hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea.

No obstante, la ley federal en general no prohíbe al prestador que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). El plan no puede obligar a un prestador a indicar una duración de estancia inferior a 48 horas (o 96 horas después de un parto por cesárea).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a determinados beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para quienes reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se practicó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico
- Prótesis
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles, copagos y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos de su plan médico. Para obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan médico.



Esta Guía de Beneficios no es un documento legal y no reemplaza ni sustituye al Certificado de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan. Por favor, consulte el Certificado de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan para obtener una descripción completa de la cobertura, criterios de elegibilidad, términos controlantes, exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura.

Invited se reserva el derecho de finalizar, suspender, retirar, reducir o modificar los beneficios descritos en el Certificado de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan, total o parcialmente, en cualquier momento. Ninguna afirmación en este o cualquier otro documento y ninguna declaración oral debe interpretarse como una renuncia a este derecho. Esta Guía de Beneficios es propiedad confidencial de Invited.