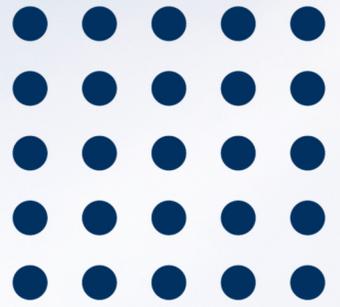


GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS NO SINDICADOS DEL 2025





Contenido de esta guía

Elegibilidad e inscripción	3
Contribuciones y tarifas	4
Planes médicos y de medicamentos recetados	5
Control de la diabetes	6
Comparación de opciones médicas	7
Cuentas de ahorro libres de impuestos: FSA y HSA	8
Beneficios odontológicos	9
Beneficios oftalmológicos	10
Seguro de vida básico, por AD&D y por discapacidad	11
Soluciones para el bienestar del empleado	12
Información de contacto sobre los beneficios	13
Glosario de términos clave	14
Avisos legales	15

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, comuníquese con su representante de Recursos Humanos o escriba un correo electrónico a USA.Benefits@emrgroup.com.

También puede ponerse en contacto con nuestro asesor externo de beneficios, Conner Strong & Buckelew. Puede ponerse en contacto con el Centro de defensa para socios beneficiarios de EMR al teléfono **800-563-9929** (de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m, ET) o visitar www.connerstrong.com/memberadvocacy para enviar una solicitud en línea en cualquier momento.

Visite nuestro sitio web BenePortal en www.emrbenefits.com o escaneando el código QR. Utilice BenePortal para acceder a los documentos del plan de beneficios, la información de contacto de la empresa aseguradora, formularios, guías, enlaces y demás materiales pertinentes acerca de los beneficios.



Esta guía de beneficios brinda aspectos destacados del programa de beneficios para empleados de EMR USA Metal Recycling. Este no es un documento legal y no se debe considerar como una garantía de los beneficios ni de la continuidad laboral en EMR. Todos los planes de beneficios se rigen por las pólizas colectivas, los contratos y los documentos del plan. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este documento y los términos reales de dichas pólizas, contratos y documentos del plan estará regida por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos del plan. EMR USA Metal Recycling se reserva el derecho de modificar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en forma total o parcial, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichas modificaciones corresponde al patrocinador del plan.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN



Nuevos empleados

Los nuevos empleados a tiempo completo no sindicados que trabajen al menos treinta horas por semana pueden inscribirse en los beneficios el primer día del mes siguiente a los sesenta días calendario de servicio.

Dispone de treinta días para inscribirse una vez que se abra el período de inscripción.

Elegibilidad de los dependientes

Al inscribirse, también puede incluir a sus dependientes elegibles. EMR seguirá confirmando que los nuevos dependientes que inscriba en su cobertura sean elegibles para recibir los beneficios, así que debe enviarle a Recursos Humanos la documentación solicitada antes de que termine el período de elegibilidad (por ejemplo, certificado de nacimiento o licencia de matrimonio). Entre los dependientes elegibles para recibir la cobertura de beneficios se encuentran:

- El cónyuge con quien esté legalmente casado
- Los hijos que dependan de usted, incluidos:
 - Su(s) hijo(s) biológico(s), legalmente adoptado(s), hijastro(s) o dependiente(s) de los que usted es el tutor legal designado por el tribunal.
 - Su(s) hijo(s) dependiente(s) hasta los 26 años. La cobertura cesa al final del mes después de la fecha en la que cumpla(n) 26 años.
 - Su(s) hijo(s) discapacitado(s) dependiente(s) continuamente [si la discapacidad sobrevino antes de los 26 años de edad] que no puede(n) trabajar para mantenerse y depende(n) de usted para mantenerlo(s), independientemente de la edad.

Eventos de vida admisibles

Las elecciones que realice durante su inscripción inicial tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre del 2025. Durante el año, solo puede realizar modificaciones si vive un cambio calificado en su situación, conocido como "evento de vida". Algunos ejemplos de eventos calificados son:

- Nacimiento o adopción de un hijo
- Matrimonio
- Divorcio y/o separación legal
- Fallecimiento o pérdida de un dependiente (incluye la pérdida de la categoría de dependiente)
- Cambio en la situación laboral de su cónyuge que suponga pérdida u obtención de cobertura de beneficios
- Cambio en su situación laboral que suponga pérdida u obtención de cobertura de beneficios
- Elegibilidad relacionada con los planes de Medicare

Debe notificar a Recursos Humanos de EMR tan pronto ocurra un evento de vida. Solo tiene 30 días desde la fecha en la que ocurra el evento de vida para realizar cambios en los beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad, comuníquese con su representante de Recursos Humanos enviando un correo electrónico a USA.Benefits@emrgroup.com.



CONTRIBUCIONES Y TARIFAS



CONTRIBUCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO A LOS PLANES MÉDICOS/DE MEDICAMENTOS RECETADOS

NIVEL	HDHP	PPO
Empleado	\$26.07	\$72.71
Empleado + cónyuge	\$60.99	\$164.02
Empleado + hijo(s)	\$48.64	\$131.01
Familia	\$99.11	\$268.20

CONTRIBUCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO

NIVEL	PLAN ODONTOLÓGICO METLIFE
Empleado	\$5.00
Empleado + cónyuge	\$10.46
Empleado + hijo(s)	\$11.59
Familia	\$17.78

CONTRIBUCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO PARA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

NIVEL	PLAN OFTALMOLÓGICO DE UHC
Empleado	\$0.00
Empleado + cónyuge	\$1.10
Empleado + hijo(s)	\$1.49
Familia	\$2.60



PLANES MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

UNITED HEALTHCARE Y EXPRESS SCRIPTS



A través de United Healthcare usted puede elegir entre dos planes médicos. Los dos utilizan la red Choice Plus de proveedores médicos altamente calificados en todo Estados Unidos. Ambos planes incluyen cobertura de medicamentos recetados a través de Express Scripts.

¡RECORDATORIO! Debe completar anualmente la coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) en su portal para miembros de UHC. Si tiene alguna pregunta, llame a UHC al **800-611-8061**.

COMPARE NUESTROS PLANES

Plan de salud con deducibles altos (HDHP) con cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

- El plan de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) tiene contribuciones más bajas para los empleados. Usted paga el costo total de los servicios, incluidos los medicamentos recetados, hasta que alcance el deducible. Después, usted paga el coaseguro hasta el máximo de gastos por cuenta propia del plan, y el plan paga el resto.
- La atención preventiva, como el examen físico anual, está cubierta al 100% dentro de la red, sin deducible.
- El HDHP incluye una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) libre de impuestos. Utilice su HSA para ahorrar dinero y ayudar a pagar los gastos de atención médica elegibles.

Organización de proveedores preferidos (PPO) con cuenta de gastos flexibles (FSA)

- La organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) tiene contribuciones más altas para los empleados. La PPO incluye un copago fijo para las consultas de atención primaria y con un especialista antes de alcanzar el deducible.
- Si elige el plan PPO, no es elegible para participar en una HSA. Puede inscribirse en una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés). A diferencia de una HSA, debe gastar el 100% del dinero utilizado en una FSA cada año.

Programa Smart90

El programa Smart90 proporciona medicamentos de uso permanente. Smart90 es una de las herramientas que ofrece su beneficio de medicamentos recetados, que Express Scripts administra. Con esta herramienta, los empleados de EMR y sus familiares tienen dos formas de obtener un suministro para 90 días, como máximo, de medicamentos de uso permanente a largo plazo (los medicamentos que toma con regularidad para tratar afecciones continuas). Para su comodidad, puede surtir estos medicamentos recetados usando la opción de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy, CVS o Walgreens.

Para empezar a usar Smart90, pídale a su médico que le ordene una receta con suministro para 90 días, como máximo, más la cantidad de veces que puede resurtirlos en un año (según corresponda). Para surtir sus medicamentos recetados:

- Envíe por correo postal su(s) receta(s) junto con el costo requerido.
- Llame a Express Scripts a la línea gratuita **800-282-2881**. Tenga a mano el número de su receta cuando llame.
- Haga su pedido en línea en **www.Express-Scripts.com**
- Realice el resurtido de sus recetas, realice un seguimiento de los pedidos, consulte los precios de los medicamentos y realice pagos en cualquier momento y lugar con la aplicación móvil Express Scripts. **www.express-scripts.com/mobile-app**

Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite el sitio web de UHC, <https://www.uhc.com/>, inicie sesión en su cuenta y haga clic en "Find a doctor" (Encontrar a un médico). Si utiliza la aplicación de UHC, inicie sesión y haga clic en "Find a doctor" (Encontrar a un médico). Para descargar la aplicación de UHC, escanee el código QR desde su dispositivo móvil.



CONTROL DE LA DIABETES

LIVONGO

EMR se asoció con Livongo, una compañía de control digital de la diabetes. Livongo ofrece un sistema de vanguardia para ayudarle a tener un mejor control de su diabetes. Si es diabético, es posible que cumpla los requisitos para participar en este programa gratuito.

Quién puede unirse:

Usted y sus familiares con diabetes pueden unirse sin costo si tiene cobertura médica a través de EMR.

Si participa en el programa de Livongo, obtiene:

- **Tiras reactivas ilimitadas sin costo:** cuando se estén acabando, Livongo le enviará más suministros directamente a la puerta de su casa.
- **Glucómetro conectado:** carga automáticamente sus glucometrías a su cuenta cifrada en línea y brinda consejos personalizados en tiempo real.
- **Apoyo por parte de asesores cuando lo necesite:** si tiene preguntas sobre diabetes, nutrición o cambios en el estilo de vida, comuníquese con un asesor en cualquier momento.



Programa Livongo for Diabetes: un beneficio de salud sin costo que hace que la vida con diabetes sea más llevadera

Empiece con Livongo hoy mismo

Visite Join.Livongo.com/EMRUSA/Register o llame al **800-945-4355** o descargue la aplicación. Utilice su código de registro: **EMRUSA**

Tome las riendas de su salud con el programa de control de la diabetes de Livongo y descubra herramientas y técnicas eficaces que funcionan para usted.





COMPARACIÓN DE OPCIONES MÉDICAS

LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS

	HDHP	PLAN PPO
BENEFICIOS DENTRO DE LA RED		
Contribución anual de EMR a la HSA/FSA	HSA – \$1,000	FSA – \$500
Deducible anual	\$2,500 plan individual/\$5,000 plan familiar	\$2,000 plan individual/\$4,000 plan familiar
Gastos anuales por cuenta propia	\$7,000 plan individual/\$14,000 plan familiar	\$5,000 plan individual/\$10,000 plan familiar
Atención preventiva	Totalmente cubierta. Si adquiere servicios dentro de la red no se aplican deducibles, coaseguros ni copagos.	
Consulta con un PCP	25% después del deducible	Copago de \$25
Telemedicina	25% después del deducible	100%
Consulta con un especialista	25% después del deducible	Copago de \$50
Atención de urgencias	25% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias	25% después del deducible	10% después del deducible
Radiología e imágenes diagnósticas	25% después del deducible	10% después del deducible
Atención hospitalaria (hospitalización)	25% después del deducible	10% después del deducible
Cirugía ambulatoria	25% después del deducible	10% después del deducible
BENEFICIOS FUERA DE LA RED		
Deducible anual	\$5,000 plan individual/\$10,000 plan familiar	\$4,000 plan individual/\$8,000 plan familiar
Gastos anuales por cuenta propia	\$14,000 plan individual/\$28,000 plan familiar	\$10,000 plan individual/\$20,000 plan familiar
Coaseguro	50% después del deducible	40% después del deducible

COMPARACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

LO QUE PAGA POR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

	HDHP	PLAN PPO
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE EXPRESS SCRIPTS (AL POR MENOR: SUMINISTRO PARA 30 DÍAS COMO MÁXIMO/PEDIDOS POR CORREO: SUMINISTRO PARA HASTA 90 DÍAS)		
Medicamentos recetados al por menor		
Genéricos	25% después del deducible	Copago de \$10
De marca, incluidos en el compendio	25% después del deducible	Copago de \$40
Medicamentos de marca que no están en el compendio	25% después del deducible	Copago de \$70
Especialidad	25% después del deducible	Copago de \$100
Medicamentos recetados pedidos por correo		
Genéricos	25% después del deducible	Copago de \$25
De marca, incluidos en el compendio	25% después del deducible	Copago de \$100
Medicamentos de marca que no están en el compendio	25% después del deducible	Copago de \$175
Especialidad	25% después del deducible	Copago de \$250
Medicamentos preventivos	25% (no se aplica deducible)	Se aplica copago (consultar lo explicado anteriormente)

CUENTAS DE AHORRO LIBRES DE IMPUESTOS: HSA Y FSA

OPTUM BANK Y WEX

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Administrada por Optum Bank

Si elige el HDHP, quedará inscrito automáticamente en una HSA, que es una cuenta libre de impuestos que se utiliza para ayudar a pagar los gastos médicos admisibles.

¿Cómo puedo hacer contribuciones a una HSA?

Puede hacer contribuciones a su cuenta HSA descontadas de nómina o realizando un depósito directo a través de Optum Bank.

EMR contribuirá \$1,000 anuales para el plan HDHP en el 2025.

Puede hacer la cantidad de contribuciones que desee, siempre y cuando la contribución anual total no sea superior a:

- \$4,300 para cobertura individual en el 2025
- \$8,550 para cobertura familiar en el 2025
- Contribución anual "para ponerse al día" para personas mayores de 55: \$1,000

¿Cuándo puedo empezar a utilizar el dinero disponible en mi HSA?

Puede usar el dinero disponible en su HSA justo después de que Optum Bank realice la activación, y una vez que se hayan realizado las contribuciones.

¿Qué pasa si me inscribo a mitad de año?

Si se inscribe en una HSA a mitad de año, se le permite hacer las contribuciones de todo un año, siempre y cuando conserve la cobertura de la HSA durante el período de 12 meses siguientes a ese año, como mínimo.

¿Los fondos de la HSA se vencen?

No, los fondos de una HSA no vencen. Los fondos no utilizados estarán disponibles para su uso en el próximo año.

Para ser elegible para una HSA:

- Debe estar cubierto por un HDHP compatible con la HSA
- No debe tener otra cobertura médica de primer dólar (es decir, una póliza sin deducible)
- No debe estar inscrito en Medicare.
- No debe figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

No puede contribuir a su HSA si está inscrito en Medicare. No obstante, puede mantener el dinero que hay en su cuenta para pagar gastos médicos, sin deducción de impuestos.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Administradas por Wex

Una FSA le permite apartar un monto establecido de dinero no gravado para cubrir determinados gastos por cuenta propia durante el año del plan. Hay tres tipos de cuentas disponibles: FSA para la atención médica, FSA para propósitos limitados y FSA para la atención de dependientes. **En el 2025, EMR contribuirá con \$500 anuales a una FSA para la atención médica para quienes se inscriban en el plan PPO.**

FSA para la atención médica

Una FSA para la atención médica puede reembolsarse para gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos elegibles que no están cubiertos por su plan de seguro. En el 2025, el máximo de contribución anual a la FSA para gastos de atención médica es de **\$3,300**.

FSA para propósitos limitados

Quienes están inscritos en una HSA pueden inscribirse en una **FSA para propósitos limitados solo para cubrir gastos odontológicos y oftalmológicos**. En el 2025, el máximo de contribución anual a la FSA para propósitos limitados es de **\$3,300**.

FSA para la atención de dependientes

La FSA para la atención de dependientes le permite utilizar dinero no gravado para el cuidado calificado de dependientes, como guarderías para niños o adultos. La suma máxima anual del grupo familiar que puede contribuir es de **\$5,000**.

Cuenta para el reembolso de gastos por desplazamientos

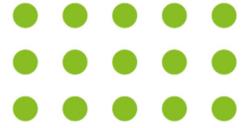
Las cuentas para el reembolso de gastos por desplazamientos pueden ayudar a pagar los gastos de estacionamiento y transporte elegibles. Las contribuciones máximas para las cuentas de estacionamiento y transporte en el 2025 son de **\$325** por mes.

¿Los fondos de la FSA se vencen?

Todos los balances no utilizados al final del año se perderán. EMR ofrece un período de gracia de 2 meses y medio para permitirle gastar ese saldo en su FSA o cuenta para la atención de dependientes. De acuerdo con las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), toda contribución se debe utilizar en el año del plan.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

METLIFE



MetLife le proporcionará sus beneficios odontológicos en el 2025. Podrá utilizar proveedores dentro o fuera de la red. Los beneficios son los mismos, sin embargo, maximizará sus beneficios con proveedores dentro de la red. Si utiliza un proveedor fuera de la red, el plan cubre solo la cantidad razonable y usual (R&C, por sus siglas en inglés), y usted es responsable de cualquier costo más alto. Por ejemplo, si el cargo R&C por una limpieza es \$100 pero el cargo de su dentista fuera de la red es de \$125, usted paga \$25.

Encuentre un proveedor de servicios odontológicos dentro de la red:

Con el seguro odontológico MetLife, puede elegir entre miles de dentistas generales y especialistas a nivel nacional. Puede encontrar los nombres, direcciones, idiomas hablados y números de teléfono de los dentistas participantes al buscar en el directorio en línea **"Find a Dentist"** (Encontrar un dentista).

1. Visite www.mybenefits.metlife.com
2. Seleccione **"Find a Dentist"** (Encontrar un dentista) junto a **"How can we help you?"** (¿Cómo podemos ayudarle?)
3. Seleccione **"PDP Plus"** junto a **"Choose your network"** (Elija su red)
 - Introduzca su código postal, ciudad o estado y seleccione el botón **"Find a Dentist"** (Encontrar un dentista).

Información de contacto de MetLife

- Grupo n.º 155136
- Teléfono: **800-942-0854**
- Sitio web: www.mybenefits.metlife.com

Aplicación móvil de MetLife:

La aplicación móvil de MetLife está disponible en la App Store de Apple y en Google Play. Descargue la aplicación y utilícela para encontrar un dentista participante, ver sus reclamaciones y acceder a su tarjeta de identificación.



LO QUE PAGA EN EL DENTISTA

PRODUCTO/SERVICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Máximo anual (por persona)*	\$1,250	\$1,250
Deducible anual (individual/familiar)	\$50/\$150	\$50/\$150
Servicios preventivos y de diagnóstico Examen odontológico, limpiezas, radiografía de toda la boca, radiografías de aleta de mordida	Cobertura del 100% (no se aplica deducible)	Cobertura del 100% de los R&C (no se aplica deducible)
Servicios básicos Empastes, extracciones básicas, tratamiento de conducto, tratamientos periodontales	Cobertura del 80%	Cobertura del 80% de los R&C
Servicios complejos Coronas, incrustaciones y revestimientos, puentes y dentaduras postizas, implantes	Cobertura del 50%	Cobertura del 50% de los R&C
Servicios de ortodoncia infantil** Modelos de diagnóstico, aparatos fijos y removibles, radiografías cefalométricas	Cobertura del 50% hasta \$1,250 del máximo de la póliza	Cobertura del 50% de los R&C hasta \$1,250 del máximo de la póliza

*Si se hace una limpieza/examen en el 2025, su máximo anual aumentará en \$100 en el 2026. Esto se repetirá anualmente hasta que alcance un máximo anual de \$1,550.

**Los servicios de ortodoncia están cubiertos para hijos dependientes hasta los 26 años.



BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

UNITED HEALTHCARE VISION - SPECTERA

Los empleados de EMR pueden inscribirse en el plan UnitedHealthcare Vision, que incluye la red Spectera, para el año del plan 2025. También puede optar por incluir a sus dependientes por un bajo costo adicional. Puede elegir cualquier proveedor de servicios oftalmológicos, pero, con el fin de que los costos por cuenta propia sean bajos, considere recurrir a un proveedor dentro de la red. **El costo para inscribirse en la cobertura únicamente para empleados en el plan oftalmológico de EMR es de \$0.**

Encuentre un oftalmólogo dentro de la red:

Cuando se trata de buscar atención oftalmológica, tiene muchas opciones. La red United Healthcare Vision (Spectera) cuenta con más de 165,000 puntos de acceso para atención a nivel nacional, desde médicos locales a la vuelta de la esquina hasta conocidas cadenas minoristas o minoristas especializados en línea. Asegúrese de mencionar la **red Spectera** cuando visite al oftalmólogo.

Inicie sesión en www.myuhcvision.com para buscar por nombre de proveedor, especialidad o ubicación.

Información de contacto de UHC

- Grupo n.º 743813
- Teléfono: **800-638-3120**
- Sitio web: www.myuhcvision.com

Escanee el siguiente código QR para descargar la aplicación de UHC



LO QUE PAGA CUANDO VISITA AL OFTALMÓLOGO

PRODUCTO/SERVICIO	DENTRO DE LA RED	REEMBOLSO FUERA DE LA RED
Examen (cada 12 meses)	Copago de \$10	Hasta \$40
Marcos (cada 12 meses)	Subsidio de \$130 (30% de descuento en el saldo excedente a \$130)	Hasta \$45
Lentes (cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de \$10	Hasta \$40
Bifocales	Copago de \$10	Hasta \$60
Trifocales	Copago de \$10	Hasta \$80
Lentes de contacto (cada 12 meses en lugar de anteojos)		
Lentes de contacto en el formulario*	Copago de \$10	Hasta \$105
Lentes de contacto (no variados)	Subsidio de \$105	Hasta \$105
Lentes necesarios desde el punto de vista médico**	Copago de \$10	Hasta \$210
Lentes de seguridad recetados	Subsidio de \$130	No disponible

* La cobertura de los lentes de contacto en el formulario no se aplica en todos los proveedores dentro de la red. Visite www.myuhcvision.com para localizar un proveedor dentro de la red. Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 4 cajas cuando se obtienen de un proveedor dentro de la red. Las tarifas de adaptación/evaluación, los lentes de contacto y hasta dos citas de control están cubiertas en su totalidad después del copago.

** Los lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico se determinan a discreción del proveedor para ciertas afecciones. Si su proveedor considera que sus lentes de contacto son médicamente necesarios, debe pedirle que se comunique con UnitedHealthcare Vision para confirmar el reembolso que hará UnitedHealthcare antes de comprar dichos lentes.

SEGURO DE VIDA BÁSICO, POR AD&D Y POR DISCAPACIDAD

SYMETRA

Seguro de vida básico y por AD&D

EMR les proporciona a todos los empleados activos cobertura de seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) **sin costo alguno para usted**. El beneficiario que designe recibirá un pago por un monto equivalente a 3 veces su salario anual, hasta un máximo de \$1 millón.

Discapacidad a corto y largo plazo

El seguro por discapacidad es una cobertura que le brinda protección de ingresos, en caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad de carácter no laboral. Gracias a la cobertura por discapacidad, recibe una indemnización equivalente a una parte de los ingresos que pierda. El EMR proporciona cobertura por discapacidad a corto y largo plazo a través de Symetra **sin costo alguno para usted**.

Discapacidad a corto plazo (STD)

Los beneficios por discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) comienzan 7 días después de la fecha de discapacidad. El beneficio se pagará a una tasa equivalente al 60% de sus ingresos de una semana estándar de 40 horas hasta un máximo de \$1,050 semanales durante 26 semanas.

El porcentaje de ingresos puede aumentar de acuerdo con las regulaciones estatales. Si después de ese período sigue estando discapacitado, y es elegible, puede solicitar los beneficios por discapacidad a largo plazo. Consulte con su departamento de RR. HH. cómo presentar la solicitud.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

La discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) proporciona ingresos durante un período prolongado de discapacidad luego del período de beneficio de STD.

El beneficio disponible depende de su salario y la clasificación de empleados. Puede recibir beneficios de LTD mensuales, siempre y cuando el proveedor de seguros lo considere discapacitado, hasta la edad en la que puede recibir los beneficios de jubilación del Seguro Social.



SOLUCIÓN PARA EL BIENESTAR DEL EMPLEADO

OPTUM



EMR USA Metal Recycling se asoció con Optum para ofrecer a todos los empleados de EMR acceso a recursos personalizados en materia de salud mental y vida laboral, de forma **confidencial y gratuita**.

EMR le ofrece a usted y sus dependientes soluciones de bienestar emocional. Se trata de un programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) moderno y flexible que, junto con WorkLife Services, ofrece apoyo para la vida cotidiana. Usted y sus dependientes tienen acceso a **seis sesiones presenciales o telefónicas** por incidente, al año. El encuentro con el consejero es completamente confidencial.

Soluciones de bienestar emocional:

Asesoramiento financiero de expertos

Hasta 60 minutos de consulta gratuita (proporcionados en incrementos de 30 minutos) con un asesor financiero acreditado para cada problema financiero. Acceso a amplias herramientas y bibliotecas jurídicas y financieras para ayudarle a tomar el control de sus finanzas.

Servicios de asesoramiento legal y mediación

Consultas telefónicas o en persona de 30 minutos, sin ningún costo, con un abogado estatal o un mediador calificado por cada asunto legal independiente. Los servicios continuos se prestan a un 25% por debajo de las tarifas vigentes del bufete tras la consulta inicial.

Herramientas digitales de cuidado personal

Visite liveandworkwell.com para acceder a nuestro conjunto digital de herramientas y recursos. Descubra las soluciones y técnicas clínicas que mejor se adaptan a sus necesidades para ayudarle a controlar el estrés, la ansiedad y otras preocupaciones, todo en un único y práctico lugar.

Visitas virtuales

La tecnología cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y proporciona servicios de video en la privacidad y comodidad de su hogar o donde usted elija, brindando comodidad y accesibilidad. Hay proveedores de telesalud mental autorizados en todos los estados.

WorkLife Services:

- Atención de adultos y apoyo a adultos mayores
- Apoyo a la infancia y a la familia
- Apoyo para enfermedades y afecciones crónicas
- Servicios de conveniencia
- Recursos educativos

El sitio digital de Optum le proporciona recursos y herramientas de cuidado personal para ayudarle a controlar el estrés, la ansiedad y otras preocupaciones, todo en un único y práctico lugar. Para recibir apoyo personal y confidencial, comuníquese con Optum al 866.374.6061 o escanee el código QR. Código de acceso de la compañía: EMR



Buscador de apoyo para el bienestar emocional

Dentro del sitio web de Live and Work Well

www.liveandworkwell.com, EWS ofrece una plataforma que permite que los empleados y sus dependientes examinen los amplios beneficios adicionales de Optum en materia de bienestar emocional, entre los que se incluyen:

- **Calm:** una aplicación de salud mental basada en la evidencia para el cuidado personal.
- **Talkspace:** sesiones virtuales de terapia personalizada.
- **Uptime:** capacitación digital desde cualquier lugar y recursos de cuidado personal.
- **Provider Finder:** acceso a la red de proveedores estándar.
- **LiveWell:** un portal internacional de soluciones para el bienestar emocional.

INFORMACIÓN DE CONTACTO SOBRE LOS BENEFICIOS

A continuación, encontrará una lista de contactos importantes relacionada con todos los beneficios para los empleados.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con USA.Benefits@emrgrgroup.com

BENEFICIO	PROVEEDOR	CONTACTO
Cobertura médica N.º de grupo: 743813	United Healthcare	(800) 611-8061 www.uhc.com
Cobertura de medicamentos recetados N.º de grupo: EMRRXS1	Express Scripts	(800) 282-2881 www.express-scripts.com
Plan odontológico N.º de grupo: 155136	MetLife	(800) 942-0854 https://mybenefits.metlife.com
Plan oftalmológico N.º de grupo: 743813	UnitedHealthcare Vision	(800) 638-3120 www.myuhcvision.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos	OptumBank	(866) 234-8913 www.optumbank.com
Cuenta de gastos flexibles Cuenta para el reembolso de gastos por desplazamientos	Wex	(833) 225-5939 www.wexinc.com
Seguro de vida y por discapacidad	Symetra	(877) 377-6733 https://www.symetra.com/
Centro de defensa para socios beneficiarios Nombre del grupo: EMR	Conner Strong & Buckelew	(800) 563-9929 www.connerstrong.com/memberadvocacy
BenePortal	Conner Strong & Buckelew	https://emrbenefits.com
Soluciones para el bienestar del empleado	Optum	866-374-6061 www.liveandworkwell.com





GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

Copago

Una suma de dinero fija que paga por el costo de ciertos servicios médicos cubiertos conforme al plan de salud.

Deducible

La suma que paga por ciertos servicios cubiertos antes de que el plan de salud empiece a pagar.

Coaseguro

Es el porcentaje de los gastos de atención médica que paga después del deducible y hasta el máximo de gastos por cuenta propia. Su plan de salud paga el resto hasta alcanzar el máximo de beneficios o el máximo de la póliza.

Máximo de gastos por cuenta propia

La suma máxima que pagará (excluyendo sus contribuciones descontadas de nómina) en el año del plan por los servicios de salud cubiertos antes de que el plan empiece a pagar la totalidad de los costos. En el máximo de gastos por cuenta propia se incluyen los deducibles, copagos y coaseguros.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Un plan con un deducible más alto que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser más baja, pero con costos de atención médica más altos antes de que la compañía de seguros empiece a pagar su parte (también

llamado su deducible). Un plan con un deducible elevado puede combinarse con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), para que pague determinados gastos de atención médica con el dinero que reserve en su HSA libre de impuestos. Por eso se denomina más comúnmente plan elegible para HSA.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Tipo de plan de seguro médico que ofrece una red de proveedores de atención médica. Los miembros pueden optar por recibir atención de cualquier proveedor, pero pagarán menos si recurren a proveedores que están dentro de la red del plan. Las PPO no obligan a los miembros a elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) ni a obtener remisiones para consultar a especialistas. Los miembros pueden seguir acudiendo a proveedores fuera de la red, pero normalmente tendrán que pagar costos por cuenta propia más elevados.

Coordinación de beneficios (COB)

La coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) es un proceso que determina qué plan de seguro médico es responsable de pagar una solicitud de reembolso de gastos médicos cuando una persona tiene más de un plan de salud. La COB ayuda a garantizar que los pacientes reciban el máximo beneficio al que tienen derecho.



AVISOS LEGALES

Elegibilidad

Un empleado elegible con respecto a los programas descritos en esta Guía es cualquier persona designada como elegible para participar y recibir beneficios bajo uno o más de los programas de componentes de beneficios aquí descritos. Los requisitos de elegibilidad y participación pueden variar en función del programa componente concreto. Deberá cumplir los requisitos de elegibilidad de un programa de componentes de beneficios concreto para poder recibir los beneficios de dicho programa. Ciertas personas relacionadas con usted, como su cónyuge o sus dependientes, pueden ser elegibles para la cobertura de determinados programas de componentes de beneficios. Para determinar si usted o sus familiares son elegibles para participar en un programa de componentes de beneficios, lea la información sobre elegibilidad contenida en el Documento del plan para los programas de componentes de beneficios aplicables.

Protección del paciente: acceso del paciente a la atención obstétrica y ginecológica

No es necesario obtener autorización previa de United Healthcare ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a los servicios de atención obstétrica y ginecológica que presta un profesional de atención médica en nuestra red quien se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica esté obligado a cumplir con ciertos procedimientos, lo que incluye obtener autorización previa para prestar ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con United Healthcare al 866-901-4409.

Disponibilidad del resumen de información médica

Como empleado, los beneficios de salud a su disposición representan un componente significativo de su paquete de compensación. También le brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesiones.

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. La elección de una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a efectuar una elección informada, su plan pone a disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar para ayudarlo a comparar las opciones.

El SBC está disponible en la web en: <http://www.emrbenefits.com>

También puede obtener una copia en físico, sin cargo, comunicándose con el departamento de Recursos Humanos.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

El 21 de octubre de 1998 entró en vigor la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer. Esta ley exige que los planes de salud grupales que brindan cobertura para mastectomías también cubran cirugía reconstructiva y prótesis después de la mastectomía. De conformidad con lo exigido por la Ley, hemos incluido esta notificación para informarle sobre las disposiciones de la misma. La ley exige que un participante del plan que reciba beneficios por una mastectomía médicamente necesaria y elija la reconstrucción de la mama después de la mastectomía también recibirá cobertura para:

1. la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
2. la cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
3. las prótesis;
4. el tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Esta cobertura se proporcionará de la manera que se determine tras consultar con el médico tratante y el paciente, y estará sujeta a las mismas disposiciones relativas a deducibles y coseguros anuales que se aplican a la mastectomía.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) – Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (SCHIP, por sus siglas en inglés)

Pérdida de otra cobertura: si decide no inscribirse o no inscribir a un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está vigente otra cobertura derivada de un seguro médico o plan de salud grupal, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para recibir esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura, ya sea suya o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días contados a partir de la terminación de la otra cobertura, ya sea suya o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o SCHIP: si decide no inscribirse o no inscribir a un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está vigente la cobertura de Medicaid u otra cobertura derivada de un programa estatal de seguro médico infantil, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para recibir esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días contados a partir de la terminación de la otra cobertura, ya sea suya o la de sus dependientes, derivada de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil.

Nuevo dependiente: si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días contados a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Elegibilidad para recibir asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del SCHIP:

si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) es elegible para recibir un subsidio estatal de asistencia con el pago de las primas de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil de conformidad con la cobertura que ofrece este plan, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días contados a partir de la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia.

Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) ofrecen cobertura gratis o de bajo costo

CHIP es la abreviatura del Programa de Seguro Médico Infantil; un programa que le brinda seguro médico a todos los niños que no disponen de seguro y que no son elegibles ni están inscritos para recibir asistencia médica. CHIPRA es la ley de reautorización del CHIP que se promulgó en febrero del 2009. De conformidad con la CHIPRA, un programa estatal de CHIP puede optar por ofrecerles a niños y familias elegibles de bajos ingresos asistencia con el pago de las primas para subsidiar la cobertura proporcionada por el empleador. Todos los empleadores están en la obligación de notificarles a los empleados sobre la CHIPRA.

Resumen de Beneficios y Cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible exige que los planes de salud lebrinden a los usuarios información sobre los beneficios y la cobertura del plan de salud en un formato simple y consistente llamado "Resumen de Beneficios y Cobertura" (SBC). El propósito del SBC es ayudar a los usuarios a comprender mejor la cobertura que tienen y permitirles comparar fácilmente las diferentes opciones de cobertura. Resume las características principales del plan, las disposiciones de costos compartidos y las limitaciones de cobertura; además, proporciona ejemplos de cobertura. También está disponible un glosario que explica los términos más comunes utilizados en el seguro médico. Los empleados reciben el SBC cuando son elegibles para recibir la cobertura por primera vez, anualmente durante la inscripción abierta y cuando lo solicitan. Para obtener una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura del plan, comuníquese con United Healthcare al 866-901-4409.

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

EMR (USA Holdings) Inc. ofrece beneficios de atención médica y beneficios relacionados a sus empleados elegibles y a sus dependientes elegibles. De este modo, crea, recibe, utiliza y conserva información de salud sobre los participantes del plan, la cual está protegida por la ley federal (Información de Salud Protegida [PHI, por sus siglas en inglés]). La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que los planes de salud proporcionen a los participantes del plan y a otros involucrados un aviso de las prácticas de privacidad del plan con respecto a la información de salud que se crea y se conserva durante la provisión de beneficios (Aviso sobre las Prácticas de Privacidad). Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe las formas en que el plan utiliza y divulga la PHI. Para obtener una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del plan, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISOS LEGALES

Aviso importante sobre su HDHP/plan PPO y la cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados con EMR (USA Holdings) Inc., y acerca de sus opciones derivadas de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare o no. Si está considerando la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso puede encontrar información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. En el 2006, se puso a disposición de cualquier persona que tuviera Medicare la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen como mínimo el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.
2. EMR (USA Holdings) Inc. ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece EMR (USA Holdings) Inc. pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y, por lo tanto, se considera "cobertura acreditable". Debido a que su cobertura existente es cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y cada año posterior, en el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre. No obstante, si por algún motivo que no fuera culpa suya, pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, también será elegible para inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en un periodo de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual derivada del plan de EMR (USA Holdings) Inc. no se verá afectada. Los miembros pueden mantener esta cobertura si eligen la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Consulte desde la página 7 hasta la 9 de la Divulgación de Cobertura Acreditable de CMS de la guía para las personas elegibles para inscribirse en la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones planes de medicamentos recetados que las personas elegibles de Medicare tienen a disposición cuando son elegibles para inscribirse en la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y abandona su cobertura actual de EMR (USA Holdings) Inc., debe tener en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a inscribirse en esta cobertura.

¿Cuándo pagaría una prima más alta (multa) para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual derivada del plan que ofrece EMR (USA Holdings) Inc. y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en un plazo de 63 días contados a partir de la terminación de su cobertura actual, es posible que más adelante deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, su prima mensual puede ser un 1% más alta que la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser hasta un 19% más alta que la prima base de beneficiarios de Medicare. Tendría que pagar esta prima más alta (multa) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, también tendría que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados... Comuníquese con la persona que se menciona más abajo para obtener más información.

NOTA: recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo periodo de inscripción para planes de medicamentos recetados de Medicare y si cambia esta cobertura derivada del plan que ofrece EMR (USA Holdings) Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Puede encontrar información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el folleto "Medicare y usted". Medicare le enviará por correo una copia del folleto todos los años. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados de Medicare.

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

- ✓ Ingrese a <http://www.medicare.gov>
- ✓ Llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (consulte la contraportada de su copia del folleto "Medicare y usted", donde encontrará el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- ✓ Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del seguro social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare, se le podría exigir que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y por lo tanto si tiene la obligación de pagar una prima más alta (multa).

Fecha:	Septiembre del 2024
Nombre de la entidad/remitente:	EMR (USA Holdings) Inc.
Contacto--Puesto/Cargo:	Recursos Humanos
Dirección:	201 N. Front St., Camden, NJ 08102
Número telefónico:	(800) 727-2748

Asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) y usted es elegible para la cobertura médica a cargo de su empleador, el estado puede tener un programa de asistencia con el pago de las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para inscribirse a Medicaid o al CHIP, no serán elegibles para participar en estos programas de asistencia con el pago de las primas, pero es posible que pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y viven en uno de los estados mencionados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si está disponible la asistencia con el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o el CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o ingrese a www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si existe algún programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de planes patrocinados por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del CHIP, además de ser elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan que este ofrece si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine su elegibilidad para recibir asistencia con el pago de las primas. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de Internet en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

AVISOS LEGALES

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es la lista de estados vigente a partir del 31 de julio del 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid
Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA: Medicaid
El programa de pago de primas de seguros médicos de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid
Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: MEDICAID
Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos (HIPP, por sus siglas en inglés)
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+, por sus siglas en inglés)
Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de atención para miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711
Programa de Pago por el Estado (Buy-In) de Seguro Médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid
Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid
Sitio web de HIPP de GA:
<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, presione 1
Sitio web de GA CHIPRA:
<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, presione 2

INDIANA: Medicaid
Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos
Todos los demás sitios web de Medicaid: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fss/dfr/>
Administración de Servicios Sociales y Familiares
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS: Medicaid
Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid
Programa de pago de primas de seguros médicos integrados de Kentucky (KI-HIPP, por sus siglas en inglés) Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Kentucky Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencias/dms>

LUISIANA: Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid
Sitio web de inscripción: www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711
Página web sobre primas de seguros médicos privados:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms>
Teléfono: 800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711
Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com

MINNESOTA: Medicaid
Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI: Medicaid
Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 1-573-751-2005

MONTANA: Medicaid
Sitio web: <http://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid
Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-495-1178

NEVADA: Medicaid
Sitio web de Medicaid: <http://dhcfnv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE: Medicaid
Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 800-356-1561
Teléfono de la asistencia con el pago de las primas del CHIP: 609-631-2392
Sitio web del CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono del CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUEVA YORK: Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid
Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

AVISOS LEGALES

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web del CHIP: <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono del CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)

CAROLINA DEL SUR: Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/financiam/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Asociación de Primas de Utah (UPP, por sus siglas en inglés) para el seguro médico
Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web del programa Adult Expansion: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web del programa Utah Medicaid Buyout: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web del CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT: Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono: 1-800-432-5924

WASHINGTON: Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://mywvhipp.com/> y <https://dhr.wv.gov/bms/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono para llamadas gratis al CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 800-251-1269

Para averiguar si algún otro estado agregó un programa de asistencia para primas después del 31 de julio de 2024 o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, comuníquese con el siguiente contacto:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

AVISOS LEGALES

Aviso importante

El objetivo de esta Guía es brindarle la información que necesita para elegir sus beneficios para el 2025, incluyendo información detallada sobre sus opciones de beneficios y las acciones que debe tomar durante este período de Inscripción anual de este año. También describe otras fuentes de información que le ayudarán a elegir sus beneficios. Si tiene preguntas sobre sus beneficios para el 2025 o el proceso de inscripción, llame a Recursos Humanos. El objetivo de la información presentada en esta Guía no es interpretarse como la creación de un contrato entre EMR y cualquiera de sus empleados o empleados anteriores. En caso de que el contenido de esta Guía o cualquier representación oral realizada por cualquier persona en relación con el plan entre en conflicto o no sea consecuente con las disposiciones del documento del plan, prevalecerán las disposiciones del documento del plan. EMR se reserva el derecho de enmendar, modificar, suspender, reemplazar o cancelar cualquiera de sus planes, políticas o programas, en su totalidad o en parte, incluido cualquier nivel o forma de cobertura mediante la acción apropiada de la compañía, sin su consentimiento o acuerdo.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

De acuerdo con la ley federal, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrecen seguros de salud de grupo generalmente no pueden restringir los beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el niño recién nacido pasadas menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan o emisor puede pagar una hospitalización más corta si el médico tratante (por ejemplo, su médico, enfermera, [o partera], o un asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.

Además, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden establecer el nivel de beneficios o los costos por cuenta propia de manera que cualquier período adicional de la hospitalización de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier período anterior de la hospitalización.

Aviso de la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés) del 2008 prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas bajo el título II de la GINA, solicitar o exigir la información genética de una persona o familiar de la misma, excepto en los casos permitidos específicamente por dicha ley. Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no brinde ninguna información genética cuando responda a una solicitud de información médica. La "información genética", como se define en GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de un individuo, los resultados de pruebas genéticas de un individuo o sus familiares, casos donde un individuo o un familiar buscó o recibió servicios genéticos, e información genética del feto de un individuo o familiar o un embrión que tenga legalmente un individuo o un familiar que recibe servicios de reproducción asistida.

Aviso de seguro de indemnización fija

IMPORTANTE: se trata de una póliza de indemnización fija, NO de un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija podría representar el pago de una suma de dinero limitada en dólares en caso de que esté enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en la cuantía de su factura médica.

- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no reemplaza a un seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no necesita incluir la mayoría de las protecciones federales para el usuario que se aplican al seguro médico.

¿Busca un seguro médico integral?

- Visite HealthCare.gov o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web (naic.org) de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en "Departamentos de Seguros".
- Si obtiene esta póliza a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

Sus derechos de empleado conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar

¿Qué es la licencia de FMLA?

La Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que proporciona a los empleados elegibles una licencia con protección del trabajo por motivos familiares y médicos admisibles. La División de Horas y Salarios (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos hace cumplir la FMLA a la mayoría de los empleados. Los empleados elegibles pueden tomarse hasta 12 semanas laborales de licencia de FMLA en un período de 12 meses por:

- el nacimiento, la adopción o la entrega en acogida de un niño asignado a usted;
- su grave afección física o mental que le incapacite para trabajar;
- la atención de su cónyuge, hijo o padre con una afección grave de salud mental o física, y
- ciertos motivos admisibles relacionados con el despliegue en el extranjero de su cónyuge, hijo o padre que sea miembro del servicio militar.

Un empleado elegible que sea el cónyuge, hijo, padre o pariente más cercano de un militar en servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave se puede tomar una licencia de hasta 26 semanas en virtud de la FMLA en un período único de 12 meses para cuidar del miembro del servicio militar. Tiene derecho a utilizar la licencia de FMLA en un solo bloque de tiempo. Cuando sea médicamente necesario o esté permitido de otra manera, puede tomar la licencia de FMLA de forma intermitente en bloques de tiempo separados, o en un horario reducido trabajando menos horas cada día o semana. Lea la hoja informativa #28M(c) para obtener más información.

La licencia de FMLA no es una licencia remunerada, pero usted puede elegir, o su empleador puede exigirle, utilizar cualquier licencia remunerada proporcionada por su empleador si

¿Soy elegible para tomar la licencia de FMLA?

Usted es un empleado elegible si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- trabaja para un empleador cubierto;
- ha trabajado para su empleador al menos 12 meses;

- ha cumplido 1,250 horas de servicio para su empleador en los 12 meses previos a su licencia, y
- su empleador tiene al menos 50 empleados en un radio de 75 millas de su ubicación de trabajo.

El personal de a bordo en aerolíneas tiene unos requisitos de "horas de servicio" diferentes. Usted trabaja para un empleador cubierto si uno de los siguientes se aplica:

- trabaja para un empleador privado que tenía al menos 50 empleados durante al menos 20 semanas laborales en el año calendario actual o anterior;
- trabaja para una escuela primaria o secundaria pública o privada, o
- trabaja para un organismo público, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría de los empleados federales están cubiertos por el Título II de la FMLA, administrado por la Oficina de Administración de Personal.

¿Cómo solicito la licencia de FMLA?

En general, para solicitar la licencia de FMLA debe:

- seguir las políticas normales de su empleador para solicitar la licencia;
- avisar por lo menos 30 días antes de su necesidad de licencia de FMLA, o
- si no es posible avisar con antelación, avisar lo antes posible.

Usted no tiene la obligación de compartir un diagnóstico médico, pero debe proporcionar información suficiente al empleador para que pueda determinar si la licencia es admisible para la protección de FMLA. También debe informar a su empleador si la licencia de FMLA fue tomada previamente o aprobada por la misma razón cuando solicite una licencia adicional.

Su empleador puede solicitar el certificado de un proveedor de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar la certificación de una exigencia admisible.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni reemplaza ninguna ley estatal o local ni convenio colectivo de trabajo que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

Los empleados estatales pueden estar sujetos a ciertas limitaciones a la hora de interponer demandas directas en relación con las licencias por afecciones de salud graves propias. La mayoría de los empleados federales y algunos del Congreso también están cubiertos por la ley, pero están sujetos a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal o del Congreso de los EE. UU.

¿Qué tiene que hacer mi empleador?

Si es elegible para una licencia de FMLA, su empleador debe:

- permitirle tomarse una licencia con protección del trabajo por un motivo admisible;
- continuar con la cobertura de su plan de salud colectivo mientras esté de licencia en las mismas condiciones que si no se hubiera tomado la licencia, y
- permitirle regresar al mismo trabajo, o a un trabajo prácticamente idéntico con el mismo salario, beneficios y otras condiciones de trabajo, incluidos el turno y la ubicación, al final de su licencia.

AVISOS LEGALES

Su empleador no puede interferir con sus derechos en virtud de la FMLA ni amenazarlo o castigarlo por ejercer sus derechos conforme a la ley. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar una licencia de FMLA o por cooperar con una investigación de la WHD.

Después de tener conocimiento de que su necesidad de licencia se debe a una razón que puede reunir los requisitos de la FMLA, su empleador debe confirmar si usted es elegible o no para la licencia de FMLA. Si su empleador determina que usted es elegible, debe notificarle por escrito:

- sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, y
- cuánto de su licencia solicitada, si la hubiere, será licencia protegida por la FMLA.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Llame al 1-866-487-9243 o visit dol.gov/fmla para obtener más información.

Si cree que se han violado sus derechos en virtud de la FMLA, puede presentar una queja ante la WHD o presentar una demanda privada contra su empleador ante un tribunal. Escanee el código QR para conocer nuestro proceso de queja ante la WHD.

Aviso a los inscritos en un plan de salud colectivo gubernamental no federal autofinanciado para los años del plan que comiencen a partir del 23 de septiembre del 2010

(Este aviso es apropiado en el caso de un plan negociado colectivamente y ratificado el 23 de marzo del 2010 o en una fecha posterior).

Los planes de salud colectivos patrocinados por empleadores gubernamentales estatales y locales deben cumplir, en general, los requisitos de la legislación federal del título XXVII de la Ley de Servicios de Salud Pública. Sin embargo, a estos empleadores se les permite elegir eximir un plan de los requisitos enumerados a continuación para cualquier parte del plan que sea "autofinanciada" por el empleador, en lugar de proporcionada a través de una póliza de seguro médico. (Nombre del patrocinador del plan) ha optado por eximir a (nombre del plan) de (todos) (o especificar cuáles) los siguientes requisitos:

1. Protección contra la limitación de las hospitalizaciones en relación con el nacimiento de un hijo a menos de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea.
2. Protecciones en contra de que los beneficios por trastornos de salud mental y consumo de sustancias estén sujetos a más restricciones que las que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan.
3. Ciertos requisitos para proporcionar beneficios para la reconstrucción mamaria tras una mastectomía.
4. Cobertura continua de hasta un año para un hijo dependiente que esté cubierto como dependiente en el plan únicamente por su condición de estudiante, que tome una licencia médicamente necesaria de una institución de educación postsecundaria.

La exención de estos requisitos federales estará en vigor para el (año del plan) (período de cobertura del plan) que comienza el (especificar fecha) y finaliza el (especificar fecha). La elección podrá renovarse para los siguientes años del plan.

(Si el plan proporciona protecciones similares a cualquiera de los requisitos exentos, ya sea voluntariamente o de acuerdo con la legislación estatal, dichas protecciones podrán ser identificadas).

Declaración de divulgación en virtud de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0702. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4- 26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso acerca de la inscripción especial

Pérdida de otra cobertura (con excepción de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico Infantil estatal).

Si decide no inscribirse usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro de salud o plan de salud grupal (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, COBRA) está vigente, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si la Compañía deja de contribuir hacia la otra cobertura suya o del dependiente). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días luego del cese de su otra cobertura o la de sus dependientes (o luego de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Cuando la pérdida de otra cobertura es la cobertura de COBRA, entonces todo el período de COBRA debe agotarse para que la persona tenga otro derecho de inscripción especial conforme al Plan. En general, el agotamiento significa que la cobertura de COBRA finaliza por un motivo distinto a la falta de pago de las primas de COBRA o por justa causa (es decir, presentación de una reclamación fraudulenta). Esto significa que, por lo general, debe completarse todo el período de COBRA de 18 meses, 29 meses o 36 meses a fin de activar una inscripción especial por pérdida de otra cobertura.

Pérdida de la elegibilidad de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico Infantil estatal.

Si rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la de un programa de seguro médico infantil (CHIP) estatal, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del cese de su cobertura o de la cobertura de sus dependientes que corresponde a Medicaid o a un CHIP. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días contados a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor la fecha de nacimiento, adopción o entrega en adopción. En el caso de un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Elegibilidad para Medicaid o para un Programa Estatal de Seguro Médico Infantil.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) son elegibles para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (CHIP) con respecto a la cobertura conforme a este plan, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días contados a partir de la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con RR. HH.

AVISO ACERCA DEL MERCADO DE SEGUROS

PARTE A: información general

Aunque le ofrezcan cobertura médica a través de su empleador, puede tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (el "Mercado"). Para ayudarle con su evaluación de las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado de Seguros está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único" para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?

Es posible que sea elegible para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos por cuenta propia, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). El ahorro para el que es elegible depende de los ingresos de su grupo familiar. También podría ser elegible para un crédito tributario que disminuye sus costos.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para ahorros en la prima a través del Mercado?

Sí. Si su empleador ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o el pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado de Seguros y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito tributario y pagos anticipados del crédito que disminuye su prima mensual o una reducción de ciertos costos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece cobertura que sea considerada asequible para usted o que cumple con ciertas normas de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.12% de los ingresos anuales de su grupo familiar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma del "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, podría ser elegible para un crédito tributario, y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.12% de los ingresos del grupo familiar del empleado.¹²

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces podría perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, los aportes del empleador, así como los aportes del empleado a la cobertura basada en el empleo, a menudo se excluyen de los ingresos a los efectos de la carga impositiva sobre la renta del Gobierno federal y estatal. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen sobre los ingresos después de la deducción de los impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleador no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito tributario. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros.

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

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1.º de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre. Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para acogerse a un período de inscripción especial. En general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida admisibles, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida admisible para inscribirse en un plan del Mercado. También existe un período de inscripción especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) a partir del 31 de marzo del 2023 y hasta el 31 de julio del 2024. Desde el inicio de la crisis nacional de salud pública por la COVID-19, podría ser elegible para un crédito tributario, y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la

cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.12% de los ingresos del grupo familiar del empleado.¹²

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces podría perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, los aportes del empleador, así como los aportes del empleado a la cobertura basada en el empleo, a menudo se excluyen de los ingresos a los efectos de la carga impositiva sobre la renta del Gobierno federal y estatal. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen sobre los ingresos después de la deducción de los impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleador no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito tributario. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros.

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

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1.º de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre. Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para acogerse a un período de inscripción especial. En general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida admisibles, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida admisible para inscribirse en un plan del Mercado. También existe un período de inscripción especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) a partir del 31 de marzo del 2023 y hasta el 31 de julio del 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por la COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de marzo del 2020 hasta el 31 de marzo del 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo del 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado. Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo del 2023 y el 31 de julio del 2024, y acrediten una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días. Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo del 2023 y el 31 de julio del 2024, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto está actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué hay de las alternativas a la cobertura de seguros médicos del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan médico de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, dispone de 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo y el 10 de julio del 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre del 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo. Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitándolo directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/gettingmedicaid-chip/> para obtener más detalles.

AVISO ACERCA DEL MERCADO DE SEGUROS

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese con el Mercado, esto puede ayudarlo 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, incluido el formulario de inscripción en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su área.

PARTE B: información acerca de la cobertura médica ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información acerca de toda cobertura médica ofrecida por su empleador.

Si usted decide completar una solicitud para cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está enumerada de manera que se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador EMR (USA Holdings) Inc.	4. Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 14-1976472	
5. Dirección del empleador 201 North Front Street	6. Número de teléfono del empleador 1-800-SCRAP-IT	
7. Ciudad Camden	8. Estado NJ	9. Código postal 08102
10. ¿Con quién nos podemos comunicar en este empleo acerca de la cobertura médica del empleado? Gerente de RR. HH.		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)	12. Dirección de correo electrónico USA.Benefits@emrgroup.com	

¹ El plan de salud financiado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la parte de los costos de beneficios totales permitidos que cubre el plan no es menor al 60% de dichos costos.

