

INSERTS EAST



2 0 2 4

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Para el período de cobertura que finaliza el 28 de febrero de 2025

¡Bienvenido!

En Esta Guía

Elegibilidad y cambios de situación admisibles	3
Beneficios médicos y para medicamentos recetados	4
Cuenta de ahorros para la atención médica	5
Beneficios odontológicos	6
Beneficios oftalmológicos	7
Contribuciones de los empleados	8
Seguro de vida	9
Beneficios voluntarios	10
Avisos legales	11

Inserts East se enorgullece de ofrecer un programa exhaustivo de beneficios para empleados que continúa satisfaciendo las necesidades cambiantes de nuestros empleados y garantiza un nivel de seguridad y protección. También reconocemos la importante función que desempeñan los beneficios para empleados como un componente fundamental del salario general. Nos esforzamos por mantener un programa de beneficios competitivo en nuestra industria

Recuerde!

Una vez que haga sus elecciones, no podrá cambiarlas sino hasta el siguiente período de Inscripción abierta, a menos que experimente un cambio admisible en su situación (consulte la página 3 para obtener más información).

Preguntas Sobre Beneficios?

El centro de defensa para socios beneficiarios («Benefits MAC»), proporcionado por nuestro consultor de beneficios Conner Strong & Buckelew, le permite hablar con un Defensor de Miembros especialmente capacitado y experimentado que puede ayudarlo con los problemas de reclamos de beneficios, preguntas de cobertura y consultas de inscripción.

Póngase en contacto con el centro de defensa para socios beneficiarios en 800.563.9929 (de lunes a Viernes, de, 8:30 am a 5:00 pm ET) o vaya a www.connerstrong.com/memberadvocacy y complete los campos.

Elegibilidad y cambios de situación admisibles

¿Quién es elegible?

- Empleados activos que cumplen una carga horaria de 30 horas semanales o más.
- Los siguientes beneficios estarán disponibles para usted a partir del primer día del mes después de los 60 días de la fecha de contratación:
 - * Médicos/Medicamentos recetados
 - * Odontológicos
 - * Oftalmológicos
 - * Seguro de vida básico/AD&D
 - * Seguro de vida adicional/AD&D
 - * 401(k)

Puede cubrir a sus dependientes elegibles con los planes de beneficios grupales. Entre los dependientes elegibles, se encuentran los siguientes:

- Su cónyuge o pareja de hecho; y
- Sus hijos, lo que incluye a sus hijos biológicos, adoptados, hijastros, hijos de su pareja de hecho, y cualquier otro niño que esté a su cargo

El límite de edad máximo para:

- Los planes de beneficios de salud/medicamentos recetados, odontológicos y oftalmológicos es de 26 años, independientemente de la condición de estudiante, el estado civil, la dependencia financiera o la residencia.
- El seguro de vida y AD&D adicional es de hasta 21 años para hijos solteros, o hasta 26 años para hijos solteros que son estudiantes a horario completo en instituciones de educación superior acreditadas, y que dependen de su respaldo económico y manutención

Solamente los dependientes detallados en esta sección son elegibles para acceder a la cobertura de los planes de beneficios grupales.

Qualified Life Event

La Sección 125 del IRS le prohíbe cambiar su inscripción durante el año del plan a menos que usted experimenta un evento de vida calificado, como: matrimonio, divorcio, fallecimiento de un cónyuge, pareja de unión civil o un dependiente, nacimiento o adopción de un hijo, terminación o comienzo de empleo para su cónyuge / pareja de unión civil, un cambio en el empleo estado (tiempo completo a tiempo parcial o tiempo parcial a tiempo completo) para usted o su cónyuge / pareja de unión civil que afecta la elegibilidad de los beneficios, o tomar una licencia médica no pagada por usted o su cónyuge / unión civil compañero.

Qué hacer si existe un cambio de situación admisible durante el año:

- Se debe entregar a Recursos Humanos la documentación correspondiente en un plazo de 30 días. Si falta algún tipo de información, eso hará que se demore la cobertura.
- Si la inscripción o el comprobante de cambio de situación se presentan el día 31 o posterior a este, no serán aceptados. Por lo tanto, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción anual para realizar los cambios.

Cronología de Inscripción

Puede inscribirse en los beneficios dentro de los 30 días de su fecha de elegibilidad, si es un Contratante nuevo (o se transfiere a una posición elegible para beneficios) o cada año durante el período de inscripción abierta anual. Si no se inscribe en las notas de los plazos de inscripción anteriores, tendrá que esperar hasta la Inscripción abierta para realizar sus elecciones de beneficios, a menos que experimente un Evento de vida calificado.

Beneficios médicos y para medicamentos recetados: Horizon Blue Cross Blue Shield

Inserts East les ofrece a los empleados elegibles la posibilidad de elegir entre tres planes médicos a través de Horizon Blue Cross Blue Shield. Los tres planes médicos incluyen beneficios de medicamentos recetados. **Para buscar un proveedor, visite www.horizonblue.com y haga clic “Find a Provider” (Buscar un proveedor). Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-355-BLUE (2583).**

Recuerde: los servicios de atención preventiva están cubiertos dentro de la red al 100% sin ningún copago, deducible o coseguro, ¡independientemente del plan médico que elija!

	Plan HSA	Plan EPO	Plan Direct Access
BENEFICIOS DENTRO DE LA RED			
¿Se necesita remisión?	No	No	No
Deducible anual	\$2,500 individual / \$5,000 familia	\$1,500 individual / \$3,000 familia	\$0 individual / \$0 familia
Coseguro	El plan cubre el 50%	El plan cubre el 70%	El plan cubre el 100%
Máximo de gastos de bolsillo	\$5,000 individual / \$10,000 familia	\$4,000 individual / \$8,000 familia	\$3,000 individual / \$6,000 familia
Servicios de atención preventiva/bienestar	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Visita al consultorio Visita al consultorio de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) Visita al consultorio de un especialista	\$30 de copago después del deducible, luego el plan cubre el 100% \$50 de copago después del deducible, luego el plan cubre el 100%	\$20 de copago \$40 de copago	\$15 de copago \$30 de copago
Laboratorio de diagnóstico, Radiografías e Imágenes Instalación independiente Entorno hospitalario	El plan cubre el 100% después del deducible El plan cubre el 50% después del deducible	El plan cubre el 100% después del deducible El plan cubre el 70% después del deducible	El plan cubre el 100% El plan cubre el 100%
Atención hospitalaria como paciente internado	El plan cubre el 50% después del deducible	El plan cubre el 70% después del deducible	El plan cubre el 100% después de \$200 de copago
Cirugía ambulatoria Instalación independiente Entorno hospitalario	El plan cubre el 50% después del deducible	El plan cubre el 70% después del deducible	El plan cubre el 100% después de \$100 de copago El plan cubre el 100% después de \$200 de copago
Sala de emergencias	\$100 de copago después del deducible, luego el plan cubre el 50%	El plan cubre el 70% después de \$100 de copago	El plan cubre el 100% después de \$100 de copago
Atención de urgencias	El plan cubre el 50% después del deducible	\$40 de copago	\$30 de copago
BENEFICIOS FUERA DE LA RED			
Deducible anual	No cubierto	No cubierto	\$1,000 individual/\$2,000 familia
Coseguro	No cubierto	No cubierto	El plan cubre el 70% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	No cubierto	No cubierto	\$5,000 individual/\$10,000 familia
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS			
FARMACIA MINORISTA Medicamentos genéricos del compendio Medicamentos de marca del compendio Medicamentos de marca que no están en el compendio	El plan cubre el 50% después del deducible	\$15 de copago \$35 de copago \$70 de copago	\$7 de copago \$25 de copago \$50 de copago
PEDIDO POR CORREO Medicamentos genéricos del compendio Medicamentos de marca del compendio Medicamentos de marca que no están en el compendio	El plan cubre el 50% después del deducible	\$30 de copago \$70 de copago \$140 de copago	\$15 de copago \$65 de copago \$125 de copago

Tenga en cuenta lo siguiente: Dentro de la red los máximo de gastos de bolsillo incluye los deducibles, copagos y coseguro.

Cuenta de ahorros para la atención médica (HSA): *Further*

Los empleados que eligen el plan HSA pueden contribuir fondos a una cuenta de ahorro de salud administrada por Further.

Una HSA es una cuenta de ahorro exenta de impuestos propiedad de los empleados diseñada para pagar los gastos de atención médica calificados, como los costos médicos y de recetas que están sujetos al deducible por adelantado del plan. Su dinero de la HSA permanece libre de impuestos incluso cuando se retira para pagar los gastos elegibles

¿Cuánto puedo aportar?

Las contribuciones máximas de la HSA 2024 son de \$4,150 para cobertura solo para empleados y \$8,300 para todos los demás niveles de cobertura. Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales (independientemente del nivel de cobertura de su plan médico).

Ventajas de HSA

- Usted es el propietario de la cuenta (conserva la cuenta si cambia de plan, se retira o deja Insert East)
- Los saldos no utilizados en su HSA se transfieren al próximo año (no hay disposiciones para usarlo o perderlo como una FSA)
- Los fondos se pueden usar para pagar los costos de atención médica calificados, como: deducibles, copagos, coseguros, cuidado dental, visión, cirugía Lasik, recetas, visitas al consultorio médico, incluidos profesionales de la salud mental y quiroprácticos, ¡y más!

Opciones de Inversión

Una vez que alcanza un saldo de \$1,000 en su cuenta HSA, puede elegir entre las opciones de la cuenta para invertir su dinero. Los ingresos de inversión e intereses también están libres de impuestos.



Tarjeta de débito HSA

Cuando se inscribe en una HSA, se le otorga automáticamente una tarjeta de débito que puede utilizar para pagar gastos elegibles, siempre y cuando haya elegido participar. Al utilizar su tarjeta de débito, no es necesario pagar con dinero de su bolsillo y luego esperar un reembolso. Cada vez que utiliza su tarjeta, el monto de sus gastos se deduce de la cuenta HSA. Las pautas del IRS exigen que guarde los recibos de cualquier gasto por el que recibe un reembolso.

Aplicación móvil Further

¡Con la aplicación móvil Horizon Blue puede administrar su cuenta y ver alertas, tomar fotos de sus recibos para enviar reclamos, ver gastos elegibles comunes y mucho más! Envíe un mensaje de texto con "GetApp" al **422-272** o visite la Apple App Store o Google Play para descargar la aplicación gratuita Horizon Blue.

¿Preguntas?

Visite www.horizonblue.com/myway o comuníquese con Further:

- Correo electrónico:
CustomerSolutions@HelloFurther.com
- Teléfono: **800-859-2144**, Monday-Friday (de lunes a viernes, de 8:00 am a 9:00 pm)

Beneficios odontológicos:

Aetna

Los empleados elegibles pueden recibir atención odontológica con el plan Aetna Dental PPO, que cuenta con una cobertura del 100 % para servicios preventivos, y no es necesario que elija un dentista de atención primaria. Este plan ofrece cobertura dentro y fuera de la red. Tenga en cuenta que quizás deba pagar un costo de bolsillo mayor cuando se atienda con odontólogos fuera de la red. Para encontrar un proveedor participante, visite www.aetna.com.

Plan Dental PPO

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual (no se aplica a la atención preventiva)	\$50 individual/\$150 familia	\$50 individual/\$150 familia
Máximo anual	\$1,000	\$1,000
Servicios preventivos y de diagnóstico Exámenes, limpiezas y radiografías de aleta de mordida, tratamiento con flúor	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Servicios básicos Rellenos, extracciones, endodoncia (tratamiento de conducto) Periodoncia, cirugía bucal, selladores, reparación de dentaduras postizas	El plan cubre el 80% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Servicios complejos Coronas, restauraciones, puentes dentales, dentaduras postizas totales y parciales	El plan cubre el 50% después del deducible	El plan cubre el 50% después del deducible
Ortodoncia (niños hasta los 19 años)	El plan cubre el 50%	El plan cubre el 50%
Máximo de por vida para ortodoncia	\$1,000	\$1,000

Ciertos servicios pueden estar afectados por la frecuencia o las limitaciones de la edad. Estos límites se describen en el manual/certificado del resumen del plan. Los servicios para cirugía plástica, reconstructiva o cosmética, u otros servicios odontológicos o suministros cuyo objetivo principal es mejorar, alterar o realzar el aspecto se consideran cosméticos y no tienen cobertura en los planes.



Beneficios oftalmológicos:

NVA

Inserts East ofrece un plan oftalmológico a través de NVA. El plan oftalmológico incluye descuentos en exámenes (incluidos exámenes para lentes de contacto) y la compra de anteojos, gafas de sol y demás complementos oftalmológicos recetados. Para encontrar un proveedor participante, visite www.e-nva.com.

Plan Oftalmológico

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen	\$10 de copago	Hasta \$35 de reembolso
Marcos para anteojos	Hasta \$120 de asignación 20% de descuento sobre el saldo	Hasta \$40 de reembolso
Lentes Visión única Bifocal Trifocal Lenticular Polycarbonates (menor de 19 años)	Vidrio o plástico estándar Cubierto 100% después de copago de \$ 25	Hasta \$45 de reembolso Hasta \$55 de reembolso Hasta \$75 de reembolso Hasta \$85 de reembolso N / A
Lentes de contacto	Hasta \$120 de asignación y 15% de descuento sobre el saldo para lentes convencionales o 10% de descuento sobre el saldo para lentes desechables	Hasta \$105 de reembolso
Frecuencia Examen Marcos para anteojos Lentes/Lentes de contacto	Cada 12 meses Cada 24 meses Cada 12 meses	Cada 12 meses Cada 24 meses Cada 12 meses

¿Sabía que...?

Los exámenes periódicos de la vista pueden ayudar a detectar afecciones como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto.



Contribuciones de los empleados

Per-Pay (quincenal)

Las contribuciones de los empleados por pago (quincenal) para los planes médicos, dentales y de la vista se enumeran a continuación.

Servicios médicos y medicamentos recetados

	PLAN HSA	PLAN EPO	PLAN DIRECT ACCESS
Empleado solamente	\$108.00	\$305.00	\$365.00
Empleado + cónyuge	\$360.00	\$495.00	\$610.00
Empleado + Hijo(s)	\$330.00	\$450.00	\$550.00
Empleado + familia	\$410.00	\$645.00	\$800.00
Pareja de hecho	\$360.00	\$495.00	\$610.00

Servicios odontológicos

	AETNA DENTAL PPO PLAN
Empleado solamente	\$12.12
Empleado + cónyuge	\$23.99
Empleado + Hijo(s)	\$30.22
Empleado + familia	\$42.09
Pareja de hecho	\$23.99

Oftalmológico

	NVA VISION PLAN
Empleado solamente	\$2.72
Empleado + cónyuge	\$4.90
Empleado + Hijo(s)	\$4.36
Empleado + familia	\$7.08
Pareja de hecho	\$4.90



Seguro de vida:

Humana

Inserts East ofrece los siguientes beneficios de vida, proporcionados por Humana, a los empleados. Los productos de vida brindan a los empleados una manera fácil de salvaguardar el futuro de su familia. Los empleados deben evaluar sus finanzas ocasionalmente para asegurarse de que su política se mantenga al día con los cambios de la vida. Una persona puede necesitar ajustar la cobertura si experimenta un cambio importante como: matrimonio, compra de una casa, nacimiento de un hijo o divorcio.



Vida básica del empleado y AD&D

VIDA BÁSICA DEL EMPLEADO Y AD&D	
Monto de beneficio de vida	\$10,000
Cantidad de beneficio de AD&D	\$10,000
Emisión garantizada	\$10,000

Vida complementaria del cónyuge y AD&D

VIDA COMPLEMENTARIA DEL CÓNYPUGE Y AD&D	
Monto de beneficio de vida	\$10,000
Cantidad de beneficio de AD&D	\$10,000
Emisión garantizada	\$10,000

Vida complementaria del empleado y AD&D

VIDA COMPLEMENTARIA DEL EMPLEADO Y AD&D	
Monto de beneficio de vida	Up to \$300,000
Cantidad de beneficio de AD&D	Up to \$300,000
Emisión garantizada	\$100,000

Vida dependiente suplementaria

VIDA DEPENDIENTE SUPLEMENTARIA	
Bebés (15 days - 6 months)	\$1,000
Hijo(a)	\$5,000
Estudiante	\$5,000

Beneficios voluntarios:

Aflac

Los beneficios voluntarios de Aflac son 100% pagados por los empleados. Todos los planes descritos a continuación son portátiles, lo que significa que si deja el empleo o se jubila, puede llevar la póliza con usted y continuar con su cobertura. Si en algún momento desea cancelar la cobertura a través de Aflac, debe completar el Formulario de cancelación de beneficios voluntarios.

Plan de seguro por accidentes personales

Cuando ocurre un accidente cubierto en su familia, la póliza de seguro de accidentes de Aflac le paga beneficios en efectivo por los gastos médicos y diarios inesperados que comienzan a acumularse casi de inmediato.

Los beneficios del plan incluyen:

Tratamiento de emergencia, tratamiento de seguimiento, accidentes en el trabajo y fuera del trabajo, hospitalización inicial, hospitalización, fisioterapia, muerte accidental y beneficios de bienestar.

Plan de indemnización por cáncer

El Plan de indemnización por cáncer personal de Aflac le paga beneficios en efectivo directamente. Utiliza el efectivo como usted decida.

Los beneficios del plan incluyen:

Primera aparición, hospitalización, imágenes médicas, radiación y quimioterapia, inmunoterapia y detección de cáncer.

Plan de indemnización para el hospital

Aflac Hospital Advantage está diseñado para ayudar con los gastos de bolsillo que no están cubiertos por su plan médico.

Los beneficios del plan incluyen:

Costos de transporte y ambulancia, visitas a la sala de emergencias, diagnóstico médico e instalaciones de imágenes y rehabilitación.

Seguro de término de vida

El seguro de vida ayuda a atender las necesidades financieras inmediatas y futuras de su ser querido después de su muerte. Las necesidades inmediatas pueden incluir gastos de entierro / funeral, costos médicos no asegurados y facturas y deudas actuales. Las necesidades futuras podrían incluir reemplazo de ingresos, planes de educación, obligaciones familiares continuas, fondos de emergencia y gastos de jubilación.

Los beneficios del plan incluyen:

Pólizas de 10 años, 20 años y 30 años disponibles, hasta \$ 250,000 de cobertura disponible, hasta \$ 100,000 de cobertura disponible para solicitantes de 51 a 68 años.

Seguro de vida entera

¿Sabía que la atención hospitalaria y los servicios médicos representan poco más de la mitad de los gastos de atención médica del país? Una visita al hospital puede ser poco agradable, incluso si está planeada. El plan Hospital Advantage (Ventaja hospitalaria) de Aflac está diseñado para compensar los gastos de su bolsillo que no están cubiertos por su plan médico.

Los beneficios del plan incluyen:

Cobertura portátil, pólizas fáciles de entender con dos tipos de cobertura: vida completa y a término, primas garantizadas para que sepa cuánto costará su cobertura de mes a mes y de año a año.

Avisos legales

Disponibilidad del resumen de la información médica

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

Inserts East ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. Deberá recibir un Resumen de beneficios y cobertura (SBC) junto con esta Guía. Estos documentos resumen información importante sobre todas las opciones de cobertura de salud en un formato estándar. Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o si no recibió su SBC.

Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible

Tenga en cuenta que los planes médicos de Inserts East cumplen con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible.

Inserts East se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o cancelar cualquier plan en cualquier momento y por cualquier motivo sin previa notificación. Los planes descritos en esta guía se rigen por los contratos de seguro y los documentos del plan, que están disponibles para su consulta con previa solicitud. En esta guía, intentamos explicar los planes de la forma más precisa posible. De todas formas, en caso de que haya alguna diferencia entre esta guía y las cláusulas de los contratos de seguro o los documentos del plan, prevalecerán estos últimos.

Aviso acerca de la inscripción especial

Pérdida de otra cobertura (con excepción de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil).

Si decide no inscribirse usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro de salud o plan de cobertura de salud grupal 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).

Pérdida de la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil.

Si usted rehúsa su inscripción o la de un dependiente elegible (incluido/a su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid u otra cobertura de un programa estatal de seguro de salud infantil se encuentra en vigencia, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la 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 programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP, por sus siglas en inglés).

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si solicita un cambio por un evento de inscripción especial en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor a partir de la fecha del nacimiento, la adopción o colocación para adopción. Para todos los demás casos, 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 de salud infantil

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) es elegible para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro de salud 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 dentro de los 60 días después de la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos al 856-663-8181.

Aviso general de exclusión de afecciones preexistentes de HIPAA

Este plan impone la exclusión de afecciones preexistentes en personas mayores de 19 años. Esto significa que si usted padece una afección médica antes de inscribirse al plan, es posible que deba esperar durante un período de tiempo determinado para que el plan cubra dicha afección. Esta exclusión se aplica únicamente a aquellas afecciones por las que recibió atención médica, diagnóstico o tratamiento dentro de un período de seis meses. En general, este período de seis meses finaliza un día antes de que su cobertura se haga efectiva. Sin embargo, si se encuentra en el período de espera para la cobertura, el período de seis meses finaliza un día antes de que su período de espera comience. La exclusión de afecciones preexistentes no se aplica en caso de embarazo, niños que se inscriben al plan dentro de los primeros 30 días de vida, adopción, o entrega en adopción. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2011, la exclusión de afecciones preexistentes no se aplica a personas menores de 19 años, independientemente de si es un empleado o un dependiente.

La exclusión puede estar vigente hasta 12 meses (18 meses si se inscribe de forma tardía) a partir del primer día de cobertura o, si se encuentra en el período de espera, a partir del primer día de su período de espera. Sin embargo, usted puede reducir el período de exclusión en la cantidad de días de su "cobertura acreditable" previa. En la mayoría de los casos, la cobertura médica previa es una cobertura acreditable y puede utilizarse para reducir el

período de exclusión de afecciones preexistentes, siempre y cuando la cobertura no se haya interrumpido durante al menos 63 días. Para reducir el período de exclusión de 12 meses (o 18 meses) mediante su cobertura acreditable, debe presentar una copia de cualquier certificado de cobertura acreditable que tenga en su poder. Si no cuenta con un certificado pero tuvo una cobertura médica previa, lo ayudaremos a obtener un comprobante de su plan o prestador anterior. También hay otras maneras de comprobar que cuenta con cobertura acreditable. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para comprobar su cobertura acreditable. Todas las consultas sobre la exclusión de afecciones preexistentes y cobertura acreditable deben realizarse a Horizon.

Cada Certificado HIPAA (u otros comprobantes de cobertura acreditable) será revisado por el Administrador del plan (junto con el administrador o prestador del plan anterior) para determinar su autenticidad. La presentación de un Certificado HIPAA falsificado se considerará como un delito de salud federal y puede penalizarse mediante multas o encarcelamiento.

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

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, conforme a la Ley Federal, restringir beneficios por toda estancia hospitalaria de la madre o el niño recién nacido relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no le prohíbe al proveedor médico que asiste a la madre o al recién nacido dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso), luego de haberlo consultado con la madre. En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

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

Si usted tuvo o tendrá una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine tras consultar con el médico a cargo y la paciente respecto a:

- todas las etapas de reconstitución de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstitución de la otra mama para producir un aspecto simétrico; implantes; y
- el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro que se aplican a los otros beneficios. Si tiene

Avisos legales

alguna pregunta, comuníquese con Recursos Humanos.

Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) de 1994

USERRA protege los derechos de empleo de individuos que voluntaria o involuntariamente dejan posiciones laborales para emprender servicio militar o ciertos tipos de servicios en el Sistema Médico Nacional para Desastres. USERRA también prohíbe que los empleadores discriminen a miembros pasados y presentes de los servicios uniformados y a los solicitantes de servicios uniformados.

Si usted deja su trabajo para realizar el servicio militar, tiene el derecho a optar por continuar su cobertura de plan de salud actual de su empleador para usted y sus dependientes por hasta 24 meses mientras esté en las fuerzas armadas. Incluso si opta por no continuar la cobertura durante su servicio militar, tiene el derecho a ser reintegrado en el plan de salud de su empleador cuando sea recontratado, generalmente sin períodos de espera o exclusiones (p. ej., exclusiones por afecciones preexistentes), excepto las lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio. Si necesita ayuda para presentar una queja o necesita información sobre USERRA, comuníquese con VETS llamando al 1-866-4-USA-DOL o visite su sitio web <http://www.dol.gov/vets>.

Aviso importante de Inserts East sobre Su 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 el Plan de Beneficios de Salud de Inserts East y acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle 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, incluido 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 2006 se puso a disposición de todas las personas con 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. Inserts East ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan de beneficios de salud de Inserts East pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare 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 período 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 un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿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 de Inserts East no se verá afectada. Si elige la cobertura de Medicare Parte D, la cobertura de Inserts East se coordinará con la cobertura de Parte D.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y abandona su cobertura actual de Inserts East, debe tener en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a inscribirse en esta cobertura sin la existencia de un evento de vida admisible.

¿Cuánto pagaría una prima más alta (multa) para inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Inserts East y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en un plazo de 63 días seguidos luego del cese de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, su prima mensual podría aumentar como mínimo un 1% de la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no haya tenido 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 más información acerca de este Aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados

Comuníquese con Recursos Humanos al 856-663-8181.

Tenga en cuenta que recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período de inscripción para planes de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura a través de Inserts East cambia. También puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

Más información acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

En el folleto "Medicare y usted" puede encontrar información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. 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 más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (refiérase a la contraportada de su copia del folleto "Medicare y usted" para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 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 mostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y por lo tanto si tiene la obligación de pagar una prima más alta (multa).

Fecha:	Marzo de 2024
Remitente:	Inserts East
Contacto:	Departamento de Recursos Humanos
Dirección:	7045 Central Highway, Pennsauken, NJ 08109
Número de teléfono:	856-663-8181

Asistencia para las primas conforme a Medicaid o al Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no

Avisos legales

son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 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 Alaska primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com>
Teléfono 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

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

California - Medicaid

Health Insurance Premium payment (HIPP) Program
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Colorado: Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/
retransmisor del estado: 711
CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-más>
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>
Atención 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 GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 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, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64
Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/mcicaid/>
Teléfono: 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/mcicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov>

Louisiana - Medicaid

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

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Relé Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: (617) 886-8102

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-familias/atencion-medica/programas-de-atencion-medica/programas-y-servicios/otros-seguros.jsp>
Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

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

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Email: HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: (855) 632-7633
Lincoln: (402) 473-7000
Omaha: (402) 595-1178

NEVADA – Medicaid

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

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/mcicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

Avisos legales

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono de Medicaid: 609-631-2392

Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

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

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/>

Teléfono: 1-844-854-4825

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

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN – Medicaid

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid Y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Programa.aspx>

Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP:

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)

Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov>

Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-262-0311 (Direct Rite Share Line)

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <http://gethipptexas.com/>

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/spanish-language>

Sitio web de CHIP: <https://chip.health.utah.gov/espanol/>

Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT – Medicaid

Sitio web: <http://www.greenmountaincare.org/>

Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.coverva.org/es/famis-select>

<https://www.coverva.org/es/hipp>

Teléfono: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov>

Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (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: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso acerca del Mercado de Seguros

PARTE A: Información general

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entraron en vigor en 2014, comenzó una nueva forma de adquirir seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle con su evaluación de las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado 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. Usted también podría ser elegible para una nueva clase de crédito tributario que disminuye su prima mensual automáticamente. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comenzó en octubre de 2013 para coberturas con vigencia a partir del 1 de enero de 2014.

¿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, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con ciertas normas. El ahorro en la prima para el que es elegible depende de sus ingresos familiares.

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

Sí. Si su empleador ofrece una cobertura médica que cumple con ciertas normas, usted no será elegible para un crédito tributario a través del Mercado y quizás le convenga inscribirse en el plan de atención médica de su empleador. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito tributario que disminuye su prima mensual o para una reducción de ciertos gastos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertas normas. Si el costo del plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 % de los ingresos de su familia al año o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple con la norma del "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, podría ser elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces podría perder el derecho a la contribución del empleador (si ofrece alguna) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, las contribuciones del empleador, así como las contribuciones del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, 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.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción del resumen del plan o comuníquese con el número de servicio al cliente de la aseguradora que aparece en su tarjeta de identificación. 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](https://www.healthcare.gov) para 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. Para obtener información sobre la cobertura del Mercado, puede llamar a la línea de ayuda del gobierno 24 horas al día, 7 días de la semana, en el 1-800-318-2596 o ingresar en <https://www.healthcare.gov/marketplace/individual/>.

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.

¹ El plan de salud patrocinado 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 del 60% de dichos costos.

3. Nombre del empleador Inserts East	4. Número de identificación del empleador 22-2978093	
5. Dirección del empleador 7045 Central Highway	6. Número de teléfono del empleador 856-6638181	
7. Ciudad Pennsauken	8. Estado NJ	9. Código postal 08109
10. ¿Con quién nos podemos comunicar en este empleo acerca de la cobertura de salud del empleado? Carla Bogart		
11. Número de teléfono 856-663-8181	12. Dirección de correo electrónico carlab@insertseast.com	



Esta guía presenta un resumen breve de los beneficios disponibles para el plan de 2023. La compañía se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o cancelar cualquier plan en cualquier momento y por cualquier motivo sin previa notificación. Los planes descritos en esta guía se rigen por los contratos de seguro y los documentos del plan, que están disponibles para su consulta con previa solicitud. En esta guía, intentamos explicar los planes de la forma más precisa posible. De todas formas, en caso de que haya alguna diferencia entre esta guía y las cláusulas de los contratos de seguro o los documentos del plan, prevalecerán estos últimos.