



Notificación de Inscripción Abierta para Kroger 2024



La inscripción será del 8 de noviembre de 2023 hasta el 15 de diciembre de 2023.

Beneficios para hoy.

Seguridad para Mañana.

Bienvenido a Su Inscripción Abierta Anual del 2024

Información sobre la Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta de 2023 comienza el 8 de noviembre de 2022 y termina el 15 de diciembre de 2023. Durante este período, podrá inscribirse para sus beneficios de la Caja de Salud y Bienestar de 2024. Todos los participantes elegibles, ya sea que trabajen activamente o no, deben inscribirse para recibir cobertura para el próximo año. Si decide renunciar a la cobertura o no completa su inscripción en los beneficios durante la Inscripción Abierta, no podrá inscribirse a mitad de año a menos que experimente un Evento de Vida Calificado (QLE). Por favor, refiérase a la sección "Cómo hacer cambios" de este aviso para obtener más información sobre QLE.

Documentación del Plan y su información

Sus Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC) están disponibles en línea visitando atlanta.ufcwempfund.org. Los beneficios más sobresalientes también estarán disponibles como parte del proceso de inscripción en línea. Si necesita más información sobre el Fondo, tiene problemas para conectarse o desea solicitar una copia del Resumen de la Descripción del Plan (SPD), por favor, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Inscripción de Dependientes

Más abajo se encuentra la información que se le pedirá sobre los dependientes que desea inscribir en la cobertura. Por favor, téngalo disponible para proveerlo en el momento de la inscripción. También es posible que se le exija que presente información adicional. Si tiene preguntas sobre la lista que aparece abajo, por favor, comuníquese con la Oficina del Fondo o visite el sitio web atlanta.ufcwempfund.org.

- Si usted es elegible para la cobertura de dependientes, el Fondo generalmente provee cobertura para su(s) hijo(s) dependiente(s) hasta la edad de 26 años. Los hijos dependientes incluyen a su(s) hijo(s) natural(es)/adoptado(s), un niño puesto en adopción con usted, su(s) hijastro(s), su(s) hijo(s) de adopción o un niño al que se le haya otorgado la custodia por un tribunal de jurisdicción competente. **Su hijo dependiente no estará inscrito en la cobertura hasta que usted proporcione un certificado de nacimiento, prueba de adopción u otros documentos que indiquen que el hijo es su dependiente.**
- Si está inscrito en beneficios médicos según el Plan 1 o el Plan 2, su cónyuge solo puede inscribirse para cobertura médica si no tiene acceso a otra cobertura de salud grupal a través de su empleador. **Su cónyuge no quedará inscrito en la cobertura hasta que usted complete la declaración jurada conyugal, proporcione información de contacto del empleador de su cónyuge y otra documentación solicitada.** Si está inscrito en beneficios médicos o auxiliares según el Plan 1 o el Plan 2, también puede inscribir a su cónyuge solo en cobertura dental y de la vista, independientemente de cualquier otra cobertura que pueda tener, sujeto a proporcionar prueba de matrimonio.
- Existe una excepción a la regla anterior para la cobertura conyugal para personas con cobertura "doble". Una persona con cobertura "doble" es alguien cuyo cónyuge también está inscrito en cobertura médica a través del Fondo como resultado del empleo de tiempo completo de ese cónyuge en Kroger. Si es una persona con cobertura "doble", hay opciones de inscripción especiales disponibles que le permitirán inscribirse como empleado y cónyuge y su cobertura puede coordinarse hasta el 100 %. Para ser considerados personas con cobertura "doble", usted y su cónyuge deben inscribirse por separado y ambos deben ser elegibles y elegir la cobertura de cónyuge el uno para el otro. Por lo tanto, si uno de los empleados de Kroger solo es elegible para cobertura a tiempo parcial (es decir, cobertura para él o ella misma únicamente), ese cónyuge no puede inscribirse como dependiente con cobertura secundaria bajo un plan Kroger a tiempo completo (Plan 1 o Plan 2). empleado. **Su cónyuge no quedará inscrito en dicha cobertura hasta que usted proporcione prueba de matrimonio para establecer la elegibilidad.**
- Necesitará los nombres, los números del seguro social y las fechas de nacimiento de su cónyuge y de sus hijos. Se requiere el número del seguro social (SSN) o el número de identificación del contribuyente (ITIN) se **requiere** para todos los dependientes inscritos. Si has aplicado para un número de Seguro Social para un dependiente, pero aún no lo has recibido, por favor usa el 100-10-1000, y notifica a la Oficina del Fondo inmediatamente en cuanto obtengas el número del Seguro Social.
- Necesitará saber si usted o alguno de los dependientes que desea inscribir tiene alguna otra cobertura médica o dental, incluida la cobertura ofrecida a través de otro empleador, cobertura individual o cobertura a través de Medicare o Medicaid. Si usted o algún dependiente inscrito tiene cobertura adicional, se le pedirá que complete y envíe un formulario después de la inscripción para proporcionar detalles sobre esa cobertura para que podamos asegurarnos de que todos los beneficios estén coordinados correctamente con la otra cobertura.

Lo que Necesita Saber para 2024

La Inscripción Abierta Comienza el 8 de Noviembre

A partir del 8 de noviembre de 2023 y hasta el 15 de diciembre de 2023, la inscripción abierta puede completarse telefónicamente llamando a la Oficina del Fondo al 1-800-241-2136 o en línea en atlanta.ufcwemprfund.org (vea más abajo para más información). Si desea completar un formulario de inscripción abierta en papel, debe exigir una copia llamando a la Oficina del Fondo. **Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de beneficio, el procedimiento de inscripción o necesita ayuda para inscribirse, por favor, comuníquese con la Oficina del Fondo en el 1-800-241-2136.**

En línea: El portal de inscripción en línea ofrece opciones y funcionalidades fáciles de usar, haciendo más rápido y sencillo para que los participantes revisen la información de su plan, su inscripción y revisar la cobertura. Cuando complete su inscripción en línea, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir una copia de su resumen de inscripción. Por favor, **asegúrese de registrar su número de confirmación** en caso de que necesite comunicarse con la Oficina del Fondo con respecto a sus opciones de inscripción. Después de que el período de inscripción termine, puede seguir entrando en el portal para revisar la información de su plan de beneficios y actualizar sus beneficiarios.

¡PREPARESE de Antemano!

La información solicitada durante la sesión de inscripción telefónica o en línea incluirá lo siguiente (Ver Inscripción de Dependientes en la página anterior):

- Sus datos, incluyendo una dirección de correo electrónico y un número de teléfono
- Información de la persona dependiente, incluyendo el SSN, la fecha de nacimiento y la relación de la persona
- Información sobre otras coberturas disponibles para usted y/o su cónyuge o dependiente
- Información sobre el beneficiario de sus prestaciones de vida y muerte

Horario Extendido

La Oficina del Fondo extenderá el horario del centro de llamadas durante la Inscripción Abierta a partir del 8 de noviembre de 2023. El horario del centro de llamadas será de lunes a viernes de 8am a 6pm hora del Este y los siguientes sábados: 2 y 9 de diciembre de 9am a 4pm hora del Este. Los representantes que hablan el inglés y el español estarán disponibles para asistirle.

Programa de Bienestar - Requisitos del Cuestionario de Salud en línea

La fecha límite del programa de bienestar para este año es el 15 de diciembre de 2023. Para tener derecho a una exención del recargo de \$15.00 por semana del programa de bienestar, un empleado elegible debe completar el cuestionario de salud en línea antes de la fecha límite del 15 de diciembre.

Para completar el cuestionario de salud en línea, conéctese a www.hmchwellness.com/ufcwatl.

Si actualmente tiene derecho a recibir el Plan Auxiliar, todavía puede completar el cuestionario de salud en línea. Si no participan en el Programa de Bienestar, el recargo de 15 dólares semanales sólo se aplicará si cumplen los requisitos y deciden inscribirse en la cobertura médica (Plan Uno, Dos o Tres) para 2024.

Cambios en los beneficios y las coprimas de los empleados para 2024

Si califica para el Plan 1 o el Plan 2, habrá un cambio en su deducible por año calendario para beneficios médicos en 2024:

	PLAN 1	PLAN 2
Deducible del año calendario 2024	\$550 por Individuo \$1,100 por Familia	\$875 por Individuo \$1,750 por Familia

Ningún otro beneficio cambiará para 2024. Consulte los SBC o su SPD para obtener más detalles sobre la cobertura de sus beneficios. Estos documentos están disponibles en línea en atlanta.ufcwemprfund.org.

Las coprimas semanales de los empleados cambiarán para el Plan 1, Plan 2 y Plan 3. Para ver los montos de sus coprimas, puede hacer clic en el enlace en el portal de inscripción o comunicarse con la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

Recordatorios Importantes



¿Cuándo hay que Inscribirse?

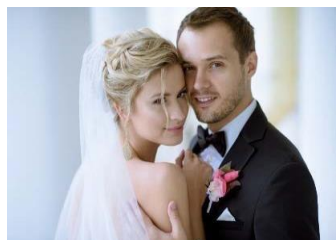
El periodo de inscripción abierta se extiende desde el 8 de noviembre hasta el 15 de diciembre de 2023. Los beneficios que elija durante la inscripción abierta serán efectivos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024, siempre que siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad. Si no completa el proceso de inscripción o renuncia a la cobertura, ni usted ni sus dependientes estarán cubiertos por el Fondo hasta el siguiente periodo de inscripción abierta o cuando ocurra un evento vital cualificado (QLE).



¿Cómo Inscribirme?

Inscribirse en beneficios es fácil.

- Inscribese en línea @ atlanta.ufcwemprfund.org
- Inscribese por el teléfono a través de la Oficina del Fondo llamando al 770-997-9910 o 1-800-241-2136



¿Cómo Hacer Cambios?

Una vez que haya completado su inscripción, no podrá cambiar sus beneficios ni añadir cobertura para usted y/o sus dependientes hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, a menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE). Para más información sobre las QLE, véase más abajo. También puede solicitar una copia del Aviso de Derechos de Afiliación Especial llamando a la Oficina del Fondo.

- Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud de grupo, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **30 días** después de que la otra cobertura suya o de sus dependientes finalice (o después de que la empleadora deje de contribuir para la otra cobertura).
- Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles. Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los **60 días** siguientes al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.
- Puede haber derechos de inscripción adicionales para usted y/o sus dependientes si se pierde la cobertura de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) o si usted y/o su(s) dependiente(s) elegible(s) son elegibles para participar en un programa de seguro médico de asistencia con prima a través de Medicaid o SCHIP. Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los **60 días** siguientes al momento en que pierda la cobertura o a la fecha en que se determine que tiene derecho a la asistencia para el pago de la prima.
- Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la Oficina del Fondo llamando al 770-997-9910 o al número gratuito 1-800-241-2136.



NEED HELP ENROLLING? No Problem. Call the Fund Office at 770-997-9910 or 1-800-241-2136
¿NECESITA AYUDA PARA INSCRIBIRSE? No hay problema. Llame a la Oficina del Fondo al 770.997.9910 o 1-800-241-2136