



South Florida Hotel and Culinary Employees Welfare Fund

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.

2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 • Pembroke Pines, FL 33028

(800) 842-589 • (954) 266-6322 • Fax (954) 266-2079



Fecha: 13 de marzo del 2023
Para: Todos los Participantes Elegibles
De: Junta Directiva
Re: Periodo de Inscripción Abierta - South Florida Hotel y Culinario Fondo de Bienestar y Salud

Durante los meses de **abril 17th de 2023 a 1 de junio de 2023**, South Florida Hotel y Culinario Fondo de Bienestar y Salud conducirá la inscripción abierta para los planes de bienestar y salud ofrecidos a través de UnitedHealthcare, por el Fondo. Todos los participantes elegibles podrán inscribirse para recibir beneficios o hacer cambios tales como: añadir o retirar dependientes, o renunciar a las ventajas del Fondo durante este período.

SI USTED ESTA ACTUALMENTE INSCRITO EN EL PLAN Y NO HARA NINGUN CAMBIO O MODIFICACION, NO NECESITA REALIZAR NINGUNA ACCION EN ESTE MOMENTO.

Si desea inscribirse o hacer modificaciones al estatus de su inscripción actual, debe hacerlo durante abril 17th de 2023 a 1 de junio de 2023, durante el periodo de inscripción abierta. Puede inscribirse o designar un Médico de atención primaria (PCP) visitando el siguiente sitio web:

<https://www.nebainc.com/unitehere/>

Si lo prefiere, también puede llamar al 1-800-842-5899 o enviar un correo electrónico a uhenrollment@secure.neba-fl.com y solicitar una solicitud en papel. Por favor tenga en cuenta que se requerirá prueba de la condición de dependiente para todos los dependientes inscritos.

Se le pedirá que proporcione copias de los siguientes documentos si desea inscribir a nuevos dependientes:

ESPOSO/A:

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de Matrimonio

PAREJA DE HECHO:

- Tarjeta de Seguro Social
- formulario de pareja de hecho notariado

HIJOS:

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de Nacimiento
- Papeles legales de adopción
- Documentos del Tribunal que declara la dependencia

Si está inscribiendo nuevos dependientes, esta documentación debe presentarse a la Oficina de Fondo Gerente Administrativo, NEBA, o sus nuevos dependientes no serán agregados al plan. Esta información puede ser proporcionada a través de una carga segura de archivos <https://www.nebainc.com/unitehereupload/>, enviada por correo a: NEBA, Inc., 2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028, o por fax a: (954) 266-2079 antes del 1 de Junio de 2023.

EVENTOS PARA OBTENER UNA INSCRIPCION ESPECIAL

Los miembros que son elegibles para inscribirse en el plan de Bienestar y Salud pero no quieren, o no deseen inscribir algunas de las personas a su cargo Durante este periodo de inscripción abierta, tendrán que esperar hasta que se abra el siguiente período de inscripción abierta. A menos, que este cambio se realice bajo alguna de las siguientes circunstancias:

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) llegaran a ser elegibles para recibir un subsidio de asistencia estatal para el pago de primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, Usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de elegibilidad para dicha asistencia, ya sea suya o de sus dependientes.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a causa de otro seguro médico o cobertura grupal de salud, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si pierde la condición de elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a esa cobertura para usted o sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al fin de la cobertura para usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a esa otra cobertura).

Si rechaza la inscripción para usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge), por tener cobertura de Medicaid o cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil vigente; podrán inscribirse e 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 dentro de los 60 días siguientes al fin de la cobertura otorgada por Medicaid o por el programa estatal de seguro médico infantil.

Para más información, comuníquese con la Oficina del Fondo al 1-800-842-5899.