



UFCW UNION LOCAL 1995 & EMPLOYERS HEALTH AND WELFARE FUND

# Aviso de Inscripción Abierta de 2025



**La inscripción será del 8 de noviembre de 2024 al  
15 de diciembre de 2024**

**Beneficios para hoy**

**Seguridad para mañana**

# Bienvenido a su Inscripción Abierta de 2025

## Información sobre la Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta de 2025 comienza el **8 de noviembre de 2024** y termina el **15 de diciembre de 2024**. Este período de inscripción cubrirá todos los beneficios elegibles dados por el Fondo. Todos los participantes elegibles, ya sea que estén trabajando activamente o no, deben inscribirse para recibir cobertura para 2025. Durante este tiempo, también podrá renunciar a la cobertura. Si no se inscribe para recibir beneficios o renuncia a la cobertura durante la Inscripción Abierta, no podrá inscribirse más adelante para recibir cobertura en 2025 a menos que tenga un evento de vida calificado (QLE). Consulte la sección “Cómo hacer cambios” de este aviso para obtener más información sobre los QLE.

## Documentos de cumplimiento

Sus resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) están disponibles visitando [nashville.ufcwemprfund.org](https://nashville.ufcwemprfund.org) y haciendo clic en **DOCUMENTS** (DOCUMENTOS). Los aspectos más importantes de los beneficios también estarán disponibles como parte de la inscripción en línea. Si necesita más información sobre el Fondo o tiene problemas para iniciar sesión, comuníquese con la Oficina del Fondo. Puede solicitar una copia de los materiales de inscripción comunicándose con la Oficina del Fondo.

## Documentos necesarios para la inscripción

Si tiene preguntas sobre la lista que aparece abajo, comuníquese con la Oficina del Fondo o visite el sitio web en [nashville.ufcwemprfund.org](https://nashville.ufcwemprfund.org).

- Si es elegible para la cobertura de dependientes, el Fondo da cobertura para los hijos dependientes hasta los 26 años. El Fondo da cobertura a sus hijos naturales/adoptados, a un hijo puesto en adopción con usted, a sus hijastros, a sus hijos de crianza temporal o a un hijo cuya custodia usted obtuvo de un tribunal de jurisdicción competente.
- Los participantes que califiquen para la cobertura de Tiempo completo pueden elegir inscribir a su cónyuge legal para una cobertura médica completa o un paquete de beneficios únicamente dentales/de la vista. Para los Planes A y B, los cónyuges solo pueden inscribirse si no trabajan o si su empleador no ofrece cobertura médica. Para el Plan A-GF (con derechos adquiridos), los cónyuges inscritos en la cobertura médica de sus propios empleadores pueden elegir la cobertura secundaria de este Fondo pagando una tarifa de cónyuge de \$57.69 a la semana, además de la coprima semanal habitual de empleado más cónyuge o de empleado más familia. Tenga en cuenta que la cobertura secundaria será “COB de no duplicación”, lo que significa que este Fondo solo pagará la diferencia, si la hay, entre lo que pagó el plan de su cónyuge y lo que habría pagado este Fondo si hubiera sido la cobertura primaria.
- Si califica como persona con cobertura “Doble”, puede inscribir a su cónyuge, aunque tenga su propia cobertura de empleador en el Fondo. Las personas con cobertura “Doble” (personas cuyo cónyuge también está inscrito en la cobertura médica del Fondo por trabajar a tiempo completo en Kroger) pueden mantener la cobertura como empleado y como cónyuge mientras trabajen a tiempo completo y pueden tener una cobertura coordinada de hasta el 100%. Para calificar como personas con cobertura “Doble”, usted y su cónyuge deben inscribirse y elegir cobertura el uno para el otro.
- Necesitará los nombres, números de seguro social (o número de identificación personal del contribuyente [ITIN]) y fechas de nacimiento de TODOS los dependientes inscritos. Si solicitó un número de seguro social para un dependiente, pero aún no lo ha recibido, use 100-10-1000 y avise de inmediato a la Oficina del Fondo una vez obtenido el número de seguro social. Si va a inscribir a un cónyuge sin cobertura Doble, también necesitará el nombre, la dirección y el teléfono del empleador de su cónyuge (si trabaja) y es posible que tenga que completar y devolver una declaración jurada conyugal. Para asegurar una mayor precisión en la inscripción, el Fondo tomará medidas adicionales y verificará la elegibilidad de todos los dependientes inscritos. Es posible que tenga que presentar documentos adicionales al Fondo.
- Tendrá que saber si usted o alguno de los dependientes que quiere inscribir tiene algún otro tipo de cobertura médica o dental vigente, incluyendo cobertura ofrecida por otro empleador, cobertura individual o cobertura de Medicare o Medicaid. Si usted o alguno de sus dependientes inscritos tiene cobertura adicional, se le pedirá que complete y devuelva un formulario después de la inscripción para dar información sobre dicha cobertura y así poder asegurarnos de que los beneficios se coordinan correctamente con la cobertura.
- Si tiene que nombrar o actualizar a los beneficiarios de sus beneficios de vida/AD&D, también necesitará los nombres, direcciones y números de seguro social de sus beneficiarios. Para consultar sus beneficiarios actuales o iniciar un cambio, acceda a su portal de participante en [nashville.ufcwemprfund.org](https://nashville.ufcwemprfund.org) y haga clic en “Beneficiary Form” (Formulario de beneficiarios), que está cerca de la parte inferior de las opciones del menú en el lado izquierdo de la página.

# Lo que necesita saber para 2025

## La Inscripción Abierta comenzará el 8 de noviembre

A partir del 8 de noviembre de 2024 y hasta el 15 de diciembre de 2024, la Inscripción Abierta puede completarse en línea en [nashville.ufcwemprfund.org](http://nashville.ufcwemprfund.org) o por teléfono llamando a la Oficina del Fondo al 1-800-241-3473. Para evitar tiempos de espera largos por teléfono, le recomendamos que se inscriba lo antes posible o que use la opción en línea.

## Sistema de Inscripción Abierta en línea

El portal de inscripción en línea ofrece opciones y características fáciles de usar, lo que permite a los participantes revisar la información de su plan, inscribirse y revisar su cobertura de manera rápida y fácil. Cuando complete su inscripción en línea, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir una copia de su resumen de inscripción. **Asegúrese de anotar su número de confirmación** por si necesita comunicarse con el Fondo en relación con sus opciones de inscripción.

La Oficina del Fondo extenderá el horario de call center durante la Inscripción Abierta a partir del 8 de noviembre de 2024. El horario de call center será de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m., hora central, y los siguientes sábados: 7 y 14 de diciembre, de 8 a. m. a 4 p. m., hora central. Además, habrá representantes que hablen inglés y español para ayudarlo.

## Requisitos del Programa de Bienestar

La fecha límite del Programa de Bienestar para este año es el 15 de diciembre de 2024. Si era elegible para recibir beneficios en junio de 2024, está incluido en el Programa de Bienestar de este año y se le pedirá que complete un Cuestionario médico en línea (OHQ) este año para calificar para los niveles de coprimas más bajos para su cobertura de 2025. Puede acceder al OHQ en [www.hmchwellness.com/ufcwatl](http://www.hmchwellness.com/ufcwatl) o use su smart phone o tablet para escanear el código QR.



**Tenga en cuenta que el OHQ es independiente de su Inscripción Abierta.**

Debe completar la Inscripción Abierta para tener cobertura de beneficios en 2025 y también debe completar el OHQ para calificar para las tarifas más bajas de contribución del empleado para su cobertura de 2025.

**SI NO COMPLETA EL CUESTIONARIO MÉDICO EN LÍNEA ANTES DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2024 SE AGREGARÁ UNA PRIMA DE RIESGO DE HASTA \$20.85 POR SEMANA A SU CO-PRIMA SEMANAL PARA MANTENER SU COBERTURA EN 2025.**

Las pruebas de detección biométricas **no son** parte del Programa de Bienestar de este año.

**Nota especial para los nuevos participantes elegibles:** Si no era elegible en junio de 2024 y acaba de obtener o está recuperando la elegibilidad conforme al Plan, no es necesario que complete el Cuestionario médico en línea este año. Comuníquese con la Oficina del Fondo llamando al 1-800-241-3473 para verificar si necesita completar el OHQ.

## Beneficios de 2025

No hay cambios en los beneficios para 2025.

## FECHAS IMPORTANTES

Disponibilidad del Cuestionario médico en línea (OHQ) del Programa de Bienestar ..... ¡AHORA!

COMIENZA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA ..... 8 DE NOVIEMBRE

Call center abierto los sábados..... 7 y 14 de DICIEMBRE

Fecha límite del OHQ del Programa de Bienestar.....15 de DICIEMBRE

TERMINA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA .....15 de DICIEMBRE

# Cambios en las tarifas (su costo en 2025)

## Participantes con derechos adquiridos (GF)

Las siguientes tarifas son para los participantes con derechos adquiridos que estaban inscritos en el Fondo antes de enero de 2005. Asegúrese de completar su Cuestionario médico en línea (“OHQ”) antes del 15 de diciembre para calificar para las tarifas “Con OHQ”.

Contribuciones semanales del empleado Vigencia a partir del 1/1/2025	Plan A-GF		Plan B-GF de opción reducida	
	Con OHQ	Sin OHQ	Con OHQ	Sin OHQ
Solo empleado	\$19.00	\$24.70	\$14.50	\$18.85
Empleado + hijos	\$32.50	\$42.25	\$28.00	\$36.40
Empleado + cónyuge *	\$41.00	\$53.30	\$34.00	\$44.20
Empleado + familia *	\$53.00	\$68.90	\$46.00	\$59.80
Tarifa secundaria de cónyuge	\$57.69	\$57.69	\$57.69	\$57.69
Solo EE – con cobertura dental/de la vista para cónyuge	\$24.00	\$29.70	\$19.50	\$23.85
EE + hijos – con cobertura dental/de la vista para cónyuge	\$37.50	\$47.25	\$33.00	\$41.40
Servicios complementarios – solo EE	\$5.00			
Servicios complementarios – EE + cónyuge **	\$10.00			

\* Esta tarifa se aplica a los cónyuges que no tienen acceso a la cobertura con su propio empleador. Los cónyuges que tienen acceso y están inscritos en una cobertura con su propio empleador pueden inscribirse en este Plan, pero tienen que pagar la Tarifa secundaria de cónyuge además de la tarifa de Empleado + cónyuge o Empleado + familia.

\*\* Solo disponible para los cónyuges que no tienen acceso a la cobertura con su propio empleador.

## Todos los otros participantes

Las siguientes tarifas de contribución semanal son para el resto de los empleados. Los participantes que califican para el Plan A pueden optar por una opción reducida eligiendo el Plan B para obtener sus tarifas más bajas indicadas. Asegúrese de completar su Cuestionario médico en línea (“OHQ”) antes del 15 de diciembre para calificar para las tarifas “Con OHQ”. Si no era elegible en junio de 2024 y no tenía que hacer el OHQ, calificará automáticamente para las tarifas “Con OHQ”.

Contribuciones semanales del empleado Vigencia a partir del 1/1/2024	Plan A		Plan B		Servicios complementarios
	Con OHQ	Sin OHQ	Con OHQ	Sin OHQ	
Solo empleado	\$26.00	\$33.80	\$19.00	\$24.70	
Empleado + hijos	\$37.50	\$48.75	\$30.50	\$39.65	
Empleado + cónyuge *	\$62.50	\$81.25	\$55.50	\$72.15	
Empleado + familia *	\$69.50	\$90.35	\$62.50	\$81.25	
Solo EE – con cobertura dental/de la vista para cónyuge	\$31.00	\$38.50	\$24.00	\$29.70	
EE + hijos - con cobertura dental/de la vista para cónyuge	\$42.50	\$53.75	\$35.50	\$44.65	
Servicios complementarios – solo EE	\$5.00		\$5.00		\$5.00
Servicios complementarios – EE + cónyuge *	\$10.00		\$10.00		

\* Solo disponible para los cónyuges que no tienen acceso a la cobertura con su propio empleador.

## Empleados con cobertura doble

Si usted y su cónyuge califican como Empleados con cobertura doble, la cantidad de su coprima se ajustará individualmente para que cada uno pague la ½ de la tarifa aplicable más alta de Empleado + cónyuge o Empleado + familia (más su prima de riesgo si no completó el Cuestionario médico en línea).



# Recordatorios importantes



## ¿Cuándo inscribirse?

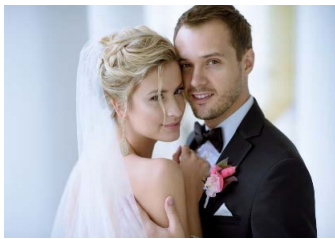
El período de inscripción abierta es del 8 de noviembre al 15 de diciembre de 2024. Los beneficios que elija durante la inscripción abierta serán vigentes del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, siempre que siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad. Si no completa el proceso de inscripción o renuncia a la cobertura, usted y sus dependientes no tendrán cobertura del Fondo hasta el siguiente período de inscripción abierta o hasta que tenga un evento de vida calificado (QLE).



## ¿Cómo inscribirse?

Inscribirse en beneficios es fácil...

- Inscribese en línea en [nashville.ufcwemprfund.org](https://nashville.ufcwemprfund.org)
- Inscribese por teléfono llamando a la Oficina del Fondo al 770-997-9910 o 1-800-241-3473



## ¿Cómo hacer cambios?

Después de haber completado su inscripción, no podrá cambiar sus beneficios ni agregar cobertura para usted o sus dependientes hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida calificado (QLE). Consulte abajo para obtener más información sobre los QLE. También puede solicitar una copia del Aviso de derechos especiales de inscripción comunicándose con la Oficina del Fondo.

- Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluyendo a su cónyuge) por tener cobertura de otro seguro o plan médico de grupo, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes en este Fondo si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de **60 días** después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).
- Además, si adquiere un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a usted y a sus dependientes elegibles. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de **60 días** después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.
- Usted o sus dependientes pueden tener derechos de inscripción adicionales si pierden la cobertura de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) o si usted o sus dependientes elegibles son elegibles para participar en un programa de asistencia para el pago de primas de seguro médico con Medicaid o un SCHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de **60 días** después de la pérdida de cobertura o de la fecha en la que se determine su elegibilidad para la ayuda de primas.
- Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la Oficina del Fondo llamando al 770-997-9910 o gratis al 1-800-241-3473.



**¿NECESITA AYUDA PARA INSCRIBIRSE? No hay problema.** Llame a la Oficina del Fondo al 770-997-9910 o 1-800-241-3473  
¿NECESITA AYUDA PARA INSCRIBIRSE? No hay problema. Llame a la Oficina del Fondo al 770-997-9910 o 1-800-241-3473