

AVISOS LEGALES

EMR se complace en proporcionarle los diversos avisos y divulgaciones relacionados con el programa de beneficios para empleados de EMR USA Metal Recycling. Revise cuidadosamente la información contenida en los diversos avisos y divulgaciones y compártalos con sus dependientes cubiertos. En caso de conflicto entre los documentos oficiales del plan y estos avisos legales o cualquier otra comunicación relacionada con el plan, prevalecerá el documento oficial del plan.

Hay tres formas sencillas de obtener y revisar los distintos avisos y divulgaciones. Se describen a continuación:

1. Visite el BenePortal de EMR en www.emrbenefits.com y seleccione «**Avisos y divulgaciones del plan**» para revisar, descargar e imprimir copias.
2. Para solicitar copias por correo postal o electrónico, póngase en contacto con su representante de Recursos Humanos en USA.Benefits@emrgroup.com.
3. También puede llamar a su compañía de seguros utilizando el número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro para solicitar un folleto de beneficios.

AVISOS LEGALES

Materiales de inscripción abierta como SMM

Esta comunicación de inscripción abierta aborda la información sobre los cambios que se producirán en el nuevo año y, como tal, constituye un «Resumen de modificaciones sustanciales» o SMM (por sus siglas en inglés) de la Descripción resumida del plan (SPD) para el Plan, modificando así la información presentada anteriormente en la SPD con respecto al Plan. Conserve una copia de este SMM junto con la SPD que se le proporcionó anteriormente.

Aviso general sobre los derechos de continuación de la cobertura COBRA

Recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura en virtud de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan.

Este aviso explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura médica grupal de otro modo finalizaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan o comunicarse con el Administrador del plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se denomina «evento calificativo». Los eventos calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, la cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un «beneficiario calificado». Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA [elijan e introduzca la información adecuada: deben pagar o no están obligados a pagar] por la cobertura de continuación COBRA.

Si usted es empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes acontecimientos que dan derecho a ello:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte.
- Su cónyuge pasa a tener derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el progenitor empleado.
- Se reducen las horas de trabajo del progenitor empleado.
- El empleo del padre/madre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte.
- El padre o madre empleado adquiere derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como «hijo dependiente».

En ocasiones, la presentación de un procedimiento de quiebra en virtud del título 11 del Código de los Estados Unidos puede constituir un evento que da derecho a la cobertura. Si se presenta un procedimiento de quiebra con respecto a EMR y que la quiebra da lugar a la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, dicho empleado jubilado se convertirá en beneficiario calificado. El cónyuge, el cónyuge supérstite y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios calificados si la quiebra da lugar a la pérdida de su cobertura en virtud del Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- [añadir si el Plan ofrece cobertura sanitaria para jubilados: Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador]; o
- El empleado pasa a tener derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento que califica. Debe proporcionar esta notificación al Departamento de Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que se ha producido un evento que da derecho a la cobertura, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios que cumplan los requisitos. Cada beneficiario que cumpla los requisitos tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de ampliar este período de 18 meses de cobertura continuada COBRA:

Ampliación por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación COBRA.

Si usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan es declarado discapacitado por la Seguridad Social y usted lo notifica al Administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del sexagésimo día de la cobertura de continuación COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA. [Añada una descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluyendo una descripción de cualquier información o documentación requerida, el nombre de la parte correspondiente a la que debe enviarse el aviso y el plazo para dar el aviso].

Segunda prórroga por evento calificativo del período de 18 meses de cobertura continuada

Si su familia experimenta otro evento calificativo durante los 18 meses de cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan sobre el segundo evento calificativo. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la cobertura de continuación COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; tiene derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento que cumple los requisitos hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura en virtud del Plan si no se hubiera producido el primer evento que cumple los requisitos.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación COBRA?

Si. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina un «período de inscripción especial». Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede obtener

AVISOS LEGALES

más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de en la cobertura de continuación COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, usted tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha más temprana de las siguientes

- El mes siguiente al cese de su empleo; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación COBRA y más adelante se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación COBRA, el Plan puede rescindir su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, es posible que la cobertura COBRA no se interrumpa debido al derecho a Medicare , incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación COBRA pagará en segundo lugar.

Ciertos

planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga al Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al administrador del plan cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del Plan

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Recursos Humanos.

Elegibilidad

Un empleado elegible con respecto a los programas descritos en esta Guía es cualquier persona que esté designada como elegible para participar y recibir beneficios en uno o más de los programas de beneficios componentes descritos en este documento. Los requisitos de elegibilidad y participación pueden variar según el

programa de componentes en particular. Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de un programa de beneficios de componentes en particular para poder recibir los beneficios de dicho programa. Ciertos

Las personas relacionadas con usted, como su cónyuge o sus dependientes, pueden tener derecho a la cobertura de determinados programas de prestaciones complementarias. Para determinar si usted o los miembros de su familia tienen derecho a participar en un programa de prestaciones complementarias, lea la información sobre elegibilidad que figura en el documento del plan correspondiente a los programas de prestaciones complementarias aplicables.

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

No necesita autorización previa de United Healthcare ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con United Healthcare al (800) 611-8061.

Disponibilidad del resumen de salud

Como empleado, los beneficios de salud a los que tiene acceso representan un componente importante de su paquete de compensación. También le brindan una protección importante a usted y a su familia en caso de enfermedad o lesión.

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura médica. Elegir una opción de cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarle a tomar una decisión informada, su plan pone a su disposición un Resumen de beneficios y cobertura (SBC), que resume la información importante sobre cualquier opción de cobertura médica en un formato estándar, para ayudarle a comparar las diferentes opciones.

Los empleados reciben los documentos del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) cuando son elegibles por primera vez para la cobertura, cada año durante el período de inscripción abierta y cuando lo solicitan. Los SBC también se pueden encontrar en línea en www.emrbenefits.com. Para obtener una copia del el Resumen de beneficios y cobertura del plan, comuníquese con Recursos Humanos.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Estas prestaciones se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas previstas en este plan. Si desea obtener más

información sobre los beneficios de la WHCRA, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) - Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP)

Pérdida de otra cobertura: Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal está en vigor, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después de que termine la otra cobertura de usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de la cobertura de Medicaid o SCHIP: Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y 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 posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en Medicaid o en un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo dependiente: Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para adopción.

Elegibilidad para la asistencia con las primas de Medicaid o SCHIP:

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para una subvención estatal de ayuda para el pago de primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que usted o sus dependientes hayan determinado su elegibilidad para dicha asistencia.

Resumen de beneficios y cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable exige que los planes de salud proporcionen a los consumidores información sobre los beneficios y la cobertura del plan de salud en un formato sencillo y coherente denominado Resumen de beneficios y cobertura (SBC). El objetivo del SBC es ayudar a los consumidores a comprender mejor la cobertura que tienen y permitirles comparar fácilmente las diferentes opciones de cobertura. En él se resumen las características principales del plan, las disposiciones sobre reparto de costes y las limitaciones de la cobertura, y también se proporcionan ejemplos de cobertura. También hay disponible un glosario uniforme que explica los términos más comunes utilizados en los seguros médicos. Los empleados reciben los SBC cuando son elegibles por primera vez para la cobertura, cada año durante el período de inscripción abierta y cuando lo solicitan. Para obtener una copia del resumen de beneficios y cobertura del plan, comuníquese con Recursos Humanos.

Aviso sobre prácticas de privacidad

EMR (USA Holdings) Inc. proporciona prestaciones sanitarias y prestaciones relacionadas a sus empleados elegibles y a sus dependientes elegibles. Al hacerlo, crea, recibe, utiliza y mantiene información sanitaria sobre los participantes en el plan, que es

AVISOS LEGALES

protegida por la ley federal (Información médica protegida/PHI). La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que los planes de salud proporcionen a los participantes del plan y a otras personas un aviso sobre las prácticas de privacidad del plan con respecto a la información médica que crea y mantiene en el curso de la prestación de beneficios. (Aviso de prácticas de privacidad). Este Aviso de prácticas de privacidad describe las formas en que el plan utiliza y divulga la PHI. Para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad del plan, comuníquese con Recursos Humanos.

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con EMR (USA Holdings) Inc. y sobre sus opciones en el marco de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. EMR (USA Holdings) Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por EMR (USA Holdings) Inc. pagará, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando cumpla los requisitos para acceder a Medicare y cada año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual, sin que sea culpa suya, también tendrá derecho a un (2) meses de período de inscripción especial (SEP) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual 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 las páginas 7-9 de la Guía de divulgación de cobertura acreditable para personas elegibles para la Parte D de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (disponible en <http://www.cms>).

[hhs.gov/CreditableCoverage/](https://www.hhs.gov/CreditableCoverage/)), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando pasan a ser elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de EMR (USA Holdings) Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (penalización) para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare? También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con EMR (USA Holdings) Inc. y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días consecutivos tras la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base de Medicare por beneficiario por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19 % más alta que la prima base de Medicare para beneficiarios. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados... Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de EMR (USA Holdings) Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare... En el manual «Medicare y usted» encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

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

- Visite <http://www.medicare.gov>
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual «Medicare y usted» para obtener su número de teléfono) para obtener 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 la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre 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: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida que presente una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto,

si debe pagar una prima más alta (una multa).

Fecha:	Septiembre de 2025
Nombre de la entidad/remite:	EMR (USA Holdings) Inc.
Contacto: cargo/oficina:	Recursos Humanos (USA.Benefits@emrgroup.com)
Dirección:	201 N. Front St., Camden, NJ 08102
Número de teléfono:	856-365-7500

Ayuda para el pago de primas en el marco de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP y usted reúne los requisitos para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que le ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP, no podrán acogerse a estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan 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 CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay ayuda disponible para pagar las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan si aún no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de «inscripción especial», y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

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 lista de estados está actualizada a fecha de 17 de marzo de 2025. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

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

ALASKA – Medicaid
Programa de pago de primas de seguro médico de Alaska Sitio web:
<http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Requisitos para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

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

AVISOS LEGALES

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp> Teléfono: 916-445-8322

Fax: 916-440-5676

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/>

Centro de atención al cliente de Health First Colorado:

1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus> Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711

Programa de Adquisición de Seguro Médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>

Servicio de 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

GA HIPP Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp> Teléfono: 678-564-1162, pulse 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, marque 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico Todos

los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

<http://www.in.gov/fssa/dfr/>

Administración de Servicios Sociales y Familiares

Teléfono: 1-800-403-0864

Servicios para miembros Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid Sitio

web:

<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid> Teléfono de

Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki:

<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki> Teléfono de

Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp> Teléfono

de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web:

<https://chfs.ky.gov/agencies/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 Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.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

Inscripción Sitio web: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Maine Relay 711

Página web sobre primas de seguros médicos privados:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-form>

Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Maine Relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> Teléfono:

1-800-862-4840

TTY: 711

Correo electrónico: masspremassistance@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: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP> Teléfono: 1-

800-694-3084

Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.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: 1-

800-356-1561

Asistencia para las primas de CHIP Teléfono: 609-631-2392

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

de 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

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 1-844-854-4825

AVISOS LEGALES

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 de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx> Teléfono de 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 – Sitio web de

Medicaid: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Sitio web de

Medicaid: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH - Medicaid y CHIP

Asociación Premium para Seguros Médicos de Utah (UPP) Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/> Correo electrónico: upp@utah.gov

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Adult Expansion: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <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: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> y <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924

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 algún otro estado ha añadido un programa de ayuda para el pago de primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

Administración de Seguridad de Beneficios para

Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados

Unidos Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Aviso importante

Esta guía tiene por objeto proporcionarle la información que necesita para elegir sus prestaciones para 2026, incluidos detalles sobre sus opciones de prestaciones y las medidas que debe tomar durante el período de inscripción anual de este año. También describe fuentes de información adicionales que le ayudarán a tomar sus opciones de inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios para 2026 o el proceso de inscripción, llame a Recursos Humanos. La información presentada en esta Guía no pretende interpretarse como la creación de un contrato entre EMR (USA Holdings) Inc. y cualquiera de los empleados o antiguos empleados de EMR (USA Holdings) Inc. En caso de que el contenido de esta Guía o cualquier declaración verbal realizada por cualquier persona en relación con el plan entre en conflicto o sea incompatible con las disposiciones del documento del plan, prevalecerán las disposiciones del documento del plan. EMR se reserva el derecho de enmendar, modificar, suspender, sustituir o rescindir cualquiera de sus planes, políticas o programas, en su totalidad o en parte, incluyendo cualquier nivel o forma de cobertura, mediante la acción apropiada de la empresa, sin su consentimiento o conformidad.

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

En general, los planes de salud colectivos y las aseguradoras médicas no pueden, según la legislación federal, restringir las prestaciones por estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

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

La Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de la GINA solicitar o exigir información genética de una persona o de un miembro de su familia, salvo en los casos específicamente permitidos por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética cuando responda a una solicitud de información médica. La «información genética», tal y como la define la GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un miembro de su familia, o de un embrión que esté legalmente en poder de una persona o un miembro de su familia que reciba servicios de reproducción asistida.

Aviso sobre el seguro de indemnización fija

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada de dinero si está enfermo o hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención médica.

- El pago que reciba no se basa en el importe de su factura médica.
- Es posible que haya un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye a un seguro médico completo.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales para el consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿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, póngase en contacto con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta política?

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

Sus derechos como empleado en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica

¿Qué es la licencia FMLA? La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) es una ley federal que proporciona

AVISOS LEGALES

a los empleados que reúnen los requisitos un permiso con protección del empleo por motivos familiares y médicos que cumplan los requisitos. La División de Salarios y Horas (WHD) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos se encarga de hacer cumplir la FMLA para la mayoría de los empleados. Los empleados que reúnen los requisitos pueden tomar hasta 12 semanas laborales de permiso FMLA en un período de 12 meses por:

- El nacimiento, la adopción o la acogida de un niño con usted,
- Su grave problema de salud mental o física que le impide trabajar.
- Para cuidar a su cónyuge, hijo o padre con una afección grave de salud mental o física, y
- Ciertas razones que califican relacionadas con el despliegue en el extranjero de su cónyuge, hijo o padre que es miembro del servicio militar.

Un empleado elegible que sea cónyuge, hijo, padre o pariente cercano de un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave puede tomar hasta 26 semanas laborales de licencia FMLA en un solo período de 12 meses para cuidar al miembro del servicio. Tiene derecho a utilizar la licencia FMLA en un solo bloque de tiempo. Cuando sea médicamente necesario o se permita de otro modo, puede tomar la licencia 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 n.º 28M(c) para obtener más información.

La licencia FMLA no es una licencia remunerada, pero usted puede optar, o su empleador puede exigirle, utilizar cualquier licencia remunerada proporcionada por el empleador si la política de licencias remuneradas de su empleador cubre el motivo por el que necesita la licencia FMLA.

¿Tengo derecho a tomar la licencia FMLA? Usted es un empleado elegible si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Trabaja para un empleador cubierto.
- Ha trabajado para su empleador durante al menos 12 meses.
- Ha trabajado al menos 1250 horas para su empleador durante los 12 meses anteriores a su licencia, y
- Tu empleador tiene al menos 50 empleados en un radio de 75 millas de tu lugar de trabajo.

Los empleados de tripulación de vuelo de aerolíneas tienen diferentes requisitos de «horas de servicio».

Trabaja para un empleador cubierto si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Trabaja para un empleador privado que ha tenido al menos 50 empleados durante al menos 20 semanas laborales en el año natural actual o anterior.
- Trabaja para una escuela primaria o secundaria pública o privada, o
- Trabaja para una agencia pública, 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 Gestión de Personal.

¿Cómo solicito una licencia FMLA? Por lo general, para solicitar una licencia FMLA debe:

- Seguir las políticas normales de su empleador para solicitar permisos.
- Notifique al menos 30 días antes de necesitar la licencia FMLA, o
- Si no es posible avisar con antelación, avise tan pronto como sea posible.

No tiene que compartir el diagnóstico médico, pero debe proporcionar suficiente información a su empleador para que pueda determinar si la licencia cumple los requisitos para la protección de la FMLA. También debe informar a su empleador si anteriormente se tomó o se aprobó una licencia FMLA por el mismo motivo al solicitar una licencia adicional.

Su empleador puede solicitar un certificado de un profesional sanitario para verificar la baja médica y puede solicitar un certificado de una urgencia que cumpla los requisitos.

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

Los empleados estatales pueden estar sujetos a ciertas limitaciones a la hora de interponer demandas directas relacionadas con permisos por sus propias condiciones de salud graves. La mayoría de los empleados federales y algunos empleados del Congreso también están cubiertos por la ley, pero están sujetos a la jurisdicción de la Oficina de Gestión de Personal de los Estados Unidos o del Congreso.

¿Qué debe hacer mi empleador? Si usted es elegible para la licencia FMLA, su empleador debe:

- Permitirle tomarse un permiso laboral con protección del empleo por un motivo que cumpla los requisitos.
- Mantener su cobertura del plan de salud colectivo mientras esté de baja, en las mismas condiciones que si no hubiera tomado la baja, y

- Permitirle volver al mismo puesto de trabajo, o a un puesto prácticamente idéntico con el mismo salario, prestaciones y otras condiciones laborales, incluidos el turno y la ubicación, al finalizar la licencia.

Su empleador no puede interferir en sus derechos FMLA ni amenazarle o castigarle por ejercer sus derechos según la ley. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar la baja FMLA o cooperar con una investigación de la WHD.

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

- Sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, y
- ¿Qué parte de la licencia solicitada, si la hay, estará protegida por la FMLA?

¿Dónde puedo encontrar más información? Llame al 1-866-487-9243 o visite 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 interponer una demanda privada contra su empleador ante los tribunales. Escanee el código QR para obtener más información sobre nuestro proceso de quejas ante la WHD.

Aviso a los afiliados a un plan de salud colectivo autofinanciado no federal para los años del plan que comienzan a partir del 23 de septiembre de 2010

Los planes de salud colectivos patrocinados por empleadores gubernamentales estatales y locales deben cumplir, en general, con los requisitos de la ley federal del título XXVII de la Ley de Servicios de Salud Pública. Sin embargo, estos empleadores pueden optar por eximir a un plan de los requisitos que se enumeran a continuación para cualquier parte del plan que sea «autofinanciada» por el empleador, en lugar de proporcionarse a través de una póliza de seguro médico. EMR ha optado por eximir al plan de los siguientes requisitos:

- Cobertura continuada durante un máximo de un año para un hijo dependiente que esté cubierto como dependiente en virtud del plan únicamente por su condición de estudiante y que se acoja a una excedencia por motivos médicos de una institución de educación superior.

La exención de estos requisitos federales estará en vigor para el año del plan 2026. La elección puede renovarse para los años del plan siguientes.

Aviso de inscripción especial

Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños).

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro médico o plan de salud colectivo (incluida la cobertura COBRA) está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la Compañía deja de contribuir a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de [30 días o cualquier otro plazo más largo que se aplique en virtud del plan] después de que usted o sus dependientes pierdan la otra cobertura. finaliza (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable, 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 COBRA, entonces se debe agotar todo el período COBRA para que la persona tenga otro derecho de inscripción especial en virtud del Plan. Por lo general, agotamiento significa que la cobertura COBRA finaliza por una razón distinta al impago de las primas COBRA o por una causa justificada (es decir, la presentación de una reclamación fraudulenta). Esto significa que, por lo general, debe completarse todo el período COBRA de 18, 29 o 36 meses para poder activar una inscripción especial por pérdida de otra cobertura.

Pérdida de elegibilidad para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños. Si rechaza

la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) está en vigor, es posible que pueda inscribirse usted y 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 posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o CHIP. Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. bajo Medicaid o CHIP. Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

AVISO DEL MERCADO DE SEGUROS

PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos («Mercado»). Para ayudarle a evaluar 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 empleo.

¿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 «servicio integral» para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

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

Puede que reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se describen a continuación). Los ahorros a los que tiene derecho dependen de los ingresos de su hogar. También puede tener derecho a un crédito fiscal que reduzca sus costos.

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

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares mínimos de valor, no será elegible para un crédito fiscal ni para el pago anticipado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado, y tal vez desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9,12 % de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de «valor mínimo» establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal 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 empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9,12 % de los ingresos familiares del empleado. 12

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que le ofrece su empleo, es posible que pierda el acceso a cualquier contribución que el empleador haga a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que le ofrece su empleador no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no tendrá derecho a un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si desea adquirir un plan de salud a través del Mercado.

¿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 de inscripción abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre. Fuera del Período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial. En general, usted califica para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos acontecimientos vitales que lo califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño 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 acontecimiento vital que lo califica para inscribirse en un plan del Mercado. También hay un Período de inscripción especial del Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la A nivel nacional, la salud pública relacionada con la COVID-19 puede ser elegible para un crédito fiscal 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 empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9,12 % de los ingresos familiares del empleado. 12

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que le ofrece su empleo, es posible que pierda el acceso a cualquier contribución que el empleador haga a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si desea adquirir un plan de salud a través del Mercado.

¿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 de inscripción abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre. Fuera del Período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial. En general, usted califica para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos acontecimientos vitales que lo califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño 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 acontecimiento vital que lo califica para inscribirse en un plan del Mercado. También hay 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 para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la pandemia nacional de COVID-19, las autoridades sanitarias no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se inscribiera entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden sus prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas dejen de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ofrece un período especial de inscripción temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado. Las personas que reúnen los requisitos para el Mercado y que viven 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 de 2023 y el 31 de julio de 2024, y certifiquen una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, 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 de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda 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 esté actualizada para recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de atención telefónica 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 seguro médico del mercado?

Si usted o su familia reúnen los requisitos para obtener cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden reunir los requisitos para un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, por ejemplo, si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de 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 de 2023 y el 10 de julio de 2023, pueden solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo. Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Mercado o solicitándola directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/gettingmedicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o póngase en contacto con el Mercado, que le ayudará a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su zona.

AVISO DEL MERCADO DE SEGUROS

PARTE B: Información sobre la cobertura médica ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado

3. Nombre del empleador EMR (USA Holdings) Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN) 14-1976472	
5. Dirección del empleador 201 North Front Street		6. Número de teléfono del empleador 1-800-SCRAP- IT	
7. Ciudad de Camden	8. Estado de Nuev a Jerse y		9. Código postal 08102
10. ¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Representante de RR. HH.			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico USA.Benefits@emrgroup.com	

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el «estándar de valor mínimo» si la parte del plan que cubre los costos totales de los beneficios permitidos no es inferior al 60 % de dichos costos.



Esta guía tiene por objeto proporcionarle la información que necesita para elegir sus prestaciones para 2026, incluidos los detalles sobre sus opciones de prestaciones y las medidas que debe tomar durante el periodo de inscripción anual de este año. También describe otras fuentes de información que le ayudarán a tomar sus decisiones de inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre sus prestaciones para 2026 o el proceso de inscripción, póngase en contacto con Recursos Humanos en USA.Benefit@emrgroup.com. La información presentada en esta guía no pretende interpretarse como la creación de un contrato entre EMR USA Holdings Inc. y cualquiera de los empleados o antiguos empleados de EMR USA Holdings Inc. En caso de que el contenido de esta guía o cualquier declaración oral realizada por cualquier persona en relación con el plan entre en conflicto o sea incompatible con las disposiciones del documento del plan, prevalecerán las disposiciones del documento del plan. EMR USA Holdings Inc. se reserva el derecho de enmendar, modificar, suspender, sustituir o rescindir cualquiera de sus planes, políticas o programas, en su totalidad o en parte, incluyendo cualquier nivel o forma de cobertura, mediante la acción apropiada de la empresa, sin su consentimiento o conformidad.