



Empleados por hora de restaurantes



2025 – 2026

GUÍA DE BENEFICIOS

¡BIENVENIDO!

Como empleado de un restaurante afiliado al grupo de restaurantes STARR Restaurants, ¡eres nuestro activo más valioso! Todos tenemos diferentes necesidades que influyen en las decisiones que tomamos cada día. STARR Restaurants valora estas diferencias brindándote la libertad de seleccionar opciones de beneficios de calidad que funcionen mejor para tu situación personal. Te animamos a que te tomes el tiempo para revisar cuidadosamente esta guía y aprender sobre todos los beneficios disponibles para ti como nuevo(a)

¿NECESITAS AYUDA?

Si tienes alguna pregunta sobre los beneficios destacados en esta guía o preguntas sobre tus opciones de beneficios, la información de contacto para todas las aseguradoras se puede encontrar al final de esta guía en la página de información de aseguradoras. También puedes contactar al Centro de Defensoría de Miembros de Beneficios de Conner Strong & Buckelew (Benefits MAC, por su nombre en inglés) al **(800) 563-9929**.



DENTRO DE ESTA GUÍA

Comenzando	3
Elegibilidad y cambios de Plan	4
Inscripción con ADP	5
Beneficios médicos	6
Beneficios de medicamentos recetados	7
Beneficios de visión	9
Beneficios dentales	10
Opciones de beneficios suplementarios	12
Programas y recursos adicionales	14
Servicios de valor agregado de IBC	16
Contribuciones del empleado	17
Información de aseguradoras	19
Avisos legales	20

COMENZANDO

Esta es tu oportunidad para renunciar o inscribirte en los planes de beneficios de STARR Restaurant. Te recomendamos que te tomes el tiempo para informarte sobre tus opciones y elijas la cobertura que mejor se adapte a ti y a tu familia.

**LOS BENEFICIOS QUE ELIJAS
ESTARÁN VIGENTES HASTA EL 31
DE OCTUBRE DE 2026.**

¿QUÉ NECESITO HACER AHORA?

- Todos los empleados elegibles para beneficios de los restaurantes afiliados a Starr deberán completar un formulario de inscripción en línea para inscribirse o renunciar a los beneficios.
- Completa el formulario de inscripción en línea A MÁS TARDAR 30 DÍAS DESPUÉS DE TU FECHA DE ELEGIBILIDAD.
- Revisa esta guía y coméntala con los miembros de tu familia, si aplica.
- Determina si deseas inscribirte en / renunciar a la cobertura y / o agregar dependientes.



NOTA:

Si decides no participar en la cobertura, deberás completar una renuncia en la que expliques el motivo por el cual no estás eligiendo la cobertura.

ELEGIBILIDAD Y CAMBIOS EN EL PLAN

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Los beneficios descritos en esta guía están disponibles para todos los empleados por horas de restaurantes afiliados al grupo de restaurantes STARR que hayan cumplido con las pautas de elegibilidad. Por favor contacta a Benefits@starr-restaurant.com para confirmar si eres elegible para los beneficios.

El estatus de dependiente bajo la PPACA se basa en la relación entre un hijo y un participante. Específicamente, un dependiente es un individuo que es hijo, hija, hijastro o hijastra del empleado. Nuestra definición también incluye tanto a un hijo legalmente adoptado del empleado como a un hijo quien esté legalmente colocado con el empleado para adopción legal por parte del empleado, e hijos de una pareja doméstica que haya completado una declaración jurada de pareja doméstica. También incluye un hijo de crianza elegible, definido como un individuo que está colocado con el empleado por una agencia de colocación autorizada o por sentencia, decreto u otra orden de cualquier tribunal

¡NO OLVIDES!

Solo puedes hacer cambios a tus elecciones de beneficios durante el período de inscripción abierta, a menos que experimentes un evento de vida calificado.

REALIZANDO CAMBIOS AL PLAN

Las siguientes circunstancias son algunas de las razones por las que puedes cambiar tus beneficios durante el año:

- Matrimonio/divorcio
- Matrimonio
- Nacimiento y adopción
- Divorcio o separación legal
- Muerte del cónyuge o dependiente
- Cambio en cobertura a través del plan del cónyuge
- Pérdida del estatus de dependiente
- Obtención/pérdida de elegibilidad para Medicare o Medicaid
- Obtención/pérdida de elegibilidad para un Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)
- Recibir una Orden Calificada de Manutención Médica Infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés)

Estas circunstancias especiales, a menudo referidas como eventos de vida calificados o cambios de eventos de vida, te permitirán realizar cambios al plan en cualquier momento durante el año en que ocurran.

Para cualquier cambio permitido, debes informar a Benefits@starr-restaurant.com y reportar el cambio calificado en www.MyADP.com dentro de 30 días calendario del evento para evitar una interrupción en la cobertura.

INSCRIPCIÓN CON ADP

Nuestro portal de beneficios a través de ADP te brinda una línea directa a nuestra información de beneficios en una ubicación segura y conveniente que puede ser vista desde cualquier computadora con acceso a internet, en cualquier momento. A continuación están los pasos para comenzar.

1. Usa tu nombre de usuario y contraseña para iniciar sesión en **MyADP.com**. Los usuarios que ingresen por primera vez necesitarán registrarse:
 - Haz clic en **Registrarse Ahora**
 - Ingresa el código de registro: **starrrest-starrrest**
 - Ingresa tu **nombre, número de ID de empleado, mes y día de nacimiento**
 - Ingresa tu **nombre, dirección de correo electrónico, y número de teléfono**
 - Crea un **nombre de usuario y contraseña**
2. Desde el panel de control, haz clic en la **pestaña beneficios** en el lado izquierdo de la pantalla
3. Haz clic en el botón **Inscribirse Ahora (Enroll Now)**
4. Agrega o revisa cualquier dependiente y beneficiario, haz clic en Siguiente (Next) para continuar revisando las ofertas de beneficios
5. Selecciona tus beneficios; DEBES seleccionar/rechazar cobertura para cada una de las opciones de beneficios

NOTA: Asegúrate de marcar los dependientes que quieres agregar para cada beneficio
6. Una vez que todas las opciones hayan sido elegidas o renunciadas, haz clic en Siguiente: Confirmar Elecciones y guarda/imprime tu declaración de confirmación.



¿PREGUNTAS?

Para problemas relacionados con inicio de sesión/inscripción, por favor contacta **benefits@starr-restaurant.com**.

BENEFICIOS MÉDICOS

Independence Blue Cross



Los empleados elegibles pueden elegir entre las siguientes opciones de plan médico IBX. Cada plan incluye beneficios de medicamentos con receta, descritos en la página siguiente. Para un resumen completo de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) de cada plan, visita: <https://www.starrbeneportal.com/medical-plan>.

PLAN BRONCE

PLAN PLATA

BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
DEDUCIBLE (Individual/Familiar)	\$3,750/\$7,500	\$3,000/\$6,000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO	\$6,750 / \$13,500	\$7,900 / \$15,800
ATENCIÓN PREVENTIVA	Cubierta 100%	Cubierta 100%
CONSULTAS MÉDICAS Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) especialista	\$40 copago después del deducible \$70 copago después del deducible	\$30 copago \$60 copago
CONSULTAS VIRTUALES Médico de atención primaria (PCP) especialista	\$30 copago después del deducible \$50 copago después del deducible	\$20 copago \$40 copago
TELEMEDICINA	Sin costo sin deducible	Cubierta 100%
LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO Laboratorio independiente Laboratorio hospitalario	\$70 copago después del deducible \$140 copago después del deducible	\$60 copago \$120 copago
RADIOGRAFÍAS/IMÁGENES DE DIAGNÓSTICO Rutina Resonancia magnética, tomografía, tomografía PET	\$70 copago después del deducible \$300 copago después del deducible	\$60 copago \$200 copago
SALA DE EMERGENCIAS	\$300 copago después del deducible	\$300 copago después del deducible
CENTRO DE ATENCIÓN URGENTE	\$100 copago después del deducible	\$100 copago
HOSPITAL PARA PACIENTES INTERNADOS	El plan paga 90% después del deducible	El plan paga 90% después del deducible
CIRUGÍA AMBULATORIA	\$300 copago después del deducible	\$300 copago después del deducible
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED		
COSEGURO	50% después del deducible	50% después del deducible
DEDUCIBLE	\$6,000 / \$12,000	\$5,000 / \$10,000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO	\$12,000 / \$24,000	\$10,000 / \$20,000

RECURSOS ADICIONALES DEL PLAN

Listado de proveedores IBC: www.ibx.com/get-care/find-doctors-and-health-care-providers

Servicios preventivos: www.ibx.com/stay-healthy/health-and-wellness-perks/preventive-care

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Independence Blue Cross



Si se inscribe en un plan médico IBX, recibirá los beneficios de medicamentos recetados correspondientes, descritos a continuación.

PLAN BRONCE

PLAN PLATA

FARMACIA MINORISTA (HASTA 30 DÍAS DE SUMINISTRO)		
MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE BAJO COSTO	Copago de \$5 después del deducible	N/A
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	Copago de \$20 después del deducible	Copago de \$7
MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS	Copago de \$40 después del deducible	50% hasta \$125
MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS	Copago de \$70 después del deducible	50% hasta \$250
PEDIDO POR CORREO (HASTA 90 DÍAS DE SUMINISTRO)		
MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE BAJO COSTO	Copago de \$10 después del deducible	N/A
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	Copago de \$40 después del deducible	Copago de \$14
MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS	Copago de \$80 después del deducible	50% hasta \$250
MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS	Copago de \$140 después del deducible	50% hasta \$500



RECURSOS ADICIONALES DEL PLAN

Para más información sobre las marcas del formulario, visite: www.ibx.com/resources/providers/policies-and-guidelines/pharmacy-information/drug-formularies/value-formulary

AHORROS EN MEDICAMENTOS RECETADOS

AHORRE CON GOODRX

Compare los precios de medicamentos recetados en farmacias locales y de pedido por correo y descubra cupones gratuitos y consejos de ahorro.

Aprenda más sobre Good Rx y comience a ahorrar hoy visitando

<https://connerstrong.goodrx.com>.



PROGRAMAS ADICIONALES DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS RECETADOS

Recientemente, los programas de descuento en medicamentos recetados se han vuelto cada vez más comunes entre las grandes tiendas minoristas y cadenas de supermercados. Incluso si tiene cobertura de medicamentos recetados, podría ahorrar dinero a través de uno o más de estos programas de descuento cuando surta una receta de un medicamento genérico.

Los detalles específicos de cada programa varían. Los detalles de cada programa deben revisarse cuidadosamente para determinar si uno o más de estos programas podrían ser beneficiosos para usted. A la derecha hay una lista de algunos de los minoristas, supermercados y cadenas de farmacias más populares que ofrecen programas de descuento en medicamentos genéricos.

NOTA: La lista de programas de descuento para medicamentos recetados no es exhaustiva, y el número de minoristas que ofrecen programas como estos está creciendo continuamente. La próxima vez que surta una receta en su farmacia de preferencia, pregúntele a su farmacéutico si algún nuevo programa de descuento está disponible. Asegúrese de obtener todos los detalles de cualquier programa para comenzar a aprovechar los ahorros.



BENEFICIOS DE VISIÓN *VSP*



Tiene la opción de elegir uno de los siguientes planes de visión VSP. Encuentre un proveedor de visión local visitando www.vsp.com/find-eye-doctors.html. **NOTA:** Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años.

PLAN BASE

PLAN MEJORADO

	PLAN BASE	PLAN MEJORADO
EXAMEN OCULAR	Copago de \$10, un examen por año calendario	Copago de \$10, un examen por año calendario
ANTEOJOS RECETADOS	Copago de \$20, incluye armazones y lentes	Copago de \$20, incluye armazones y lentes
ARMAZONES	Asignación de \$170 para marcas de armazones destacadas Asignación de \$150 para armazones al por menor 20% de ahorro en el monto que exceda su asignación Asignación de \$150 en Walmart/Sam's Club Asignación de \$80 en Costco Una vez cada dos años calendario	Asignación de \$170 para marcas de armazones destacadas Asignación de \$150 para armazones al por menor 20% de ahorro en el monto que exceda su asignación Asignación de \$150 en Walmart/Sam's Club Asignación de \$80 en Costco Una vez por año calendario
LENTEs	Incluidos con el copago de anteojos recetados Se aplican tarifas adicionales para mejoras de lentes	Incluidos con el copago de anteojos recetados Se aplican tarifas adicionales para mejoras de lentes
LENTEs DE CONTACTO (En lugar de anteojos)	Asignación de \$150 para lentes de contacto cada año calendario	Asignación de \$150 para lentes de contacto cada año calendario
CIRUGÍA DE CORRECCIÓN LÁSER	Los descuentos promedian 15-20% de descuento o 5% de descuento en una oferta promocional para cirugía láser	Los descuentos promedian 15-20% de descuento o 5% de descuento en una oferta promocional para cirugía láser



BENEFICIOS DENTALES

Cigna

- Exámenes orales
- Limpiezas

Su plan Cigna Dental Care cubre ciertos servicios de atención preventiva a bajo costo o sin costo adicional para usted. Está diseñado para ayudarle a tener una sonrisa saludable. Los servicios incluyen:

- Radiografías
- Exámenes de detección de cáncer oral

PLAN BÁSICO

PLAN DE MEJORA PLAN DE ATENCIÓN DENTAL

RED	CIGNA DPPO ADVANTAGE	TOTAL CIGNA DPPO	SOLO DENTRO DE LA RED
RED	Cigna DPPO Advantage	Total Cigna DPPO	Cigna Dental Care Access Plus
MÁXIMO DEL AÑO CALENDARIO (Gastos de clase I, II y III)	\$1,000	\$3,000	Ninguno
DEDUCIBLE ANUAL (Individual/Familiar)	\$50 / \$150	\$50 / \$150	Ninguno
REEMBOLSO FUERA DE LA RED**	Cargo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés)		Ninguno
	EL PLAN PAGA	EL PLAN PAGA	
CLASE I - ATENCIÓN PREVENTIVA Y DIAGNÓSTICA Exámenes orales, limpiezas de rutina, radiografías de boca completa, radiografías de aleta de mordida, radiografía panorámica, radiografías periapicales, aplicación de flúor, selladores, mantenedores de espacio, atención de emergencia para aliviar el dolor	100%	100%	Montos de copago fijo. Ver programa de beneficios.
CLASE II - ATENCIÓN RESTAURATIVA BÁSICA Cirugía ósea, raspado periodontal y alisado radicular, ajustes y reparaciones de dentaduras, cirugía oral – extracciones simples, cirugía oral – todas excepto extracciones simples, extracciones quirúrgicas de dientes impactados, biopsias con cepillo	80%*	90%*	Montos de copago fijo. Ver programa de beneficios.
CLASE III - ATENCIÓN RESTAURATIVA MAYOR Terapia de conducto radicular/endodoncia, coronas, anestésicos reparación de dentaduras, reparación de puentes, coronas e incrustaciones, dentaduras puentes incrustaciones/sobreposiciones, prótesis sobre implantes	30%*	70%*	Montos de copago fijo. Ver programa de beneficios.
CLASE IV - ORTODONCIA (Empleado y todos los dependientes) Máximo de por vida	N/A	50% \$1,500	Montos de copago fijo. Ver programa de beneficios.
CLASE VI-EMPASTES Amalgama y composite	100%	100%	Montos de copago fijo. Ver programa de beneficios.

*

Sujeto a deducible anual

** Para servicios proporcionados por un dentista de la red Cigna Dental PPO, Cigna Dental reembolsará al dentista de acuerdo con un Programa de Tarifas Contratadas. Para servicios proporcionados por un dentista fuera de la red,



ACERCA DE SUS BENEFICIOS DENTALES

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED

- Para buscar un dentista en www.cigna.com, visita el sitio y haz clic en "Encontrar un Médico, Dentista o Instalación."
- Sigue las indicaciones en pantalla y cuando se te pida elegir su plan, seleccione la opción que se aplique a ti:
 - Para empleados inscritos en el Plan PPO Bajo, seleccione **Cigna DPPO Advantage**
 - Para empleados inscritos en el Plan PPO Alto, seleccione **Total Cigna DPPO**
 - Para empleados inscritos en el plan DHMO, seleccione **Cigna Dental Care Access Plus**
- Revisa las listas dadas por especialidad o reduce tu búsqueda escribiendo el nombre del proveedor, especialidad o nombre de la oficina.
- Una vez que obtengas tus resultados de búsqueda, puedes refinar aún más tu búsqueda por:
 - Distancia -Años de práctica
 - Especialidad -Idiomas adicionales
- Haz clic en el nombre de un dentista para más detalles. Como horarios de oficina y listados de ubicaciones con vista de mapa.
- Para ayuda adicional para encontrar un dentista, por favor llama al **800.Cigna24** (800.244.6224)

ACERCA DEL PLAN DHMO

Un DHMO es diferente a un PPO en que seleccionas un dentista general para atención de rutina, preventiva, diagnóstica y de emergencia, y una referencia a especialistas según sea necesario. Este será el plan más rentable y es una excelente opción para miembros que típicamente incurren en menos de \$500 en reclamos por año. Si tu dentista está en el Cigna DHMO, esta puede ser una oportunidad para ahorrar. **Por favor visite el portal de beneficios Starr para ver el resumen del plan Cigna DHMO para más información sobre este plan.**



OPCIONES DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

UNUM

El seguro de accidentes paga un monto de beneficio establecido basado en el tipo de lesión que tenga y el tipo de tratamiento que necesite. Cubre accidentes que ocurren dentro o fuera del trabajo. E incluye una gama de incidentes, desde lesiones comunes hasta eventos más serios. Los beneficios de suma global de indemnización se pagan directamente al empleado basados en la cantidad de cobertura listada en el programa de beneficios.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Cobertura las 24 horas para empleados, cónyuges e hijos
- Emisión garantizada para empleado, cónyuge e hijos
- Más de 30 activadores de beneficios para tratamiento relacionado con accidentes, pagados además de cualquier otro beneficio médico o suplementario recibido, incluyendo:
 - Cobertura de indemnización para fracturas, dislocaciones, laceraciones, lesión ocular, quemaduras, lesión cerebral, etc.
 - Beneficios de gastos médicos de emergencia y tratamiento de seguimiento
 - Beneficios de hospitalización inicial, admisión hospitalaria y confinamiento hospitalario diario
 - El tratamiento médico ambulatorio paga por cada visita al consultorio por cualquier motivo (2 veces por año)
 - Exámenes diagnósticos, cirugía de tendón/ligamento/manguito Rotador y Fisioterapia
 - Cobertura de muerte accidental y desmembramiento
 - Cobertura portátil que puede continuarse si el empleado cambia de trabajo

SEGURO DE ENFERMEDAD CRÍTICA

UNUM

El seguro de enfermedad crítica ayuda a aliviar las cargas financieras creadas por los costos directos e indirectos de sufrir una enfermedad grave como derrame cerebral, cáncer, ataque cardíaco, insuficiencia renal o trasplante de órgano mayor. Si se le diagnostica una enfermedad que está cubierta por este seguro, puede recibir un pago de beneficio de suma global. Puede usar el dinero como desee.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Las condiciones cubiertas incluyen cáncer, ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiencia renal, trasplante de órgano mayor y más.
- El beneficio suplementario de enfermedad crítica cubre condiciones adicionales incluyendo pérdida de audición, ceguera, tumor cerebral benigno y alzheimer avanzado y enfermedad de parkinson.
- Monto máximo de beneficio disponible hasta \$30,000 (en incrementos de \$10,000) La cobertura conyugal e infantil es del 50% del beneficio elegido por el empleado.
- Las tarifas se basan en la edad del asegurado cada año en la fecha de aniversario de la póliza y aumentan a medida que el asegurado envejece y pasa a nuevas bandas de edad

TENGA EN CUENTA

Las coberturas de Accidente, Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria (detalles en la página siguiente) pueden inscribirse en MyADP. La

información de tarifas para estas coberturas también se puede encontrar en MyADP. Por favor envíe cualquier pregunta adicional a benefits@starr-restaurant.com

OPCIONES DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA UNUM

Cuando el tratamiento de una enfermedad o lesión requiere hospitalización, los gastos de bolsillo y las facturas a menudo se acumulan, tanto del hospital como en el hogar. La atención hospitalaria para pacientes internados por lesión o enfermedad casi siempre requiere pagar de bolsillo los deducibles, copagos, coseguros, viajes, cuidado infantil y atención domiciliaria. El seguro hospitalario ayuda a los empleados cubiertos y sus familias a hacer frente a los impactos financieros de una hospitalización. Puede recibir beneficios cuando sea admitido al hospital por un accidente cubierto, enfermedad o parto.

Cada año, cada miembro de la familia que tenga cobertura hospitalaria también puede recibir \$50 por realizarse una prueba de detección Be Well cubierta.



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA, por sus siglas en inglés)

FLORES & ASSOCIATES

La **FSA de atención médica** le permite apartar dólares antes de impuestos para usar en gastos elegibles como visitas al consultorio y copagos de medicamentos recetados. Puede contribuir un máximo de **\$3,300** que se pueden usar entre el 1 de noviembre de 2025 y el 31 de octubre de 2026.

La **FSA de cuidado de dependientes** es una excelente manera de pagar los gastos de cuidado de dependientes para dependientes calificados con dólares antes de impuestos.

Puede apartar un máximo de **\$5,000** para este año del plan si está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta o **\$2,500** para este año del plan si está casado y presenta por separado.

BENEFICIOS DE TRANSPORTE

FLORES & ASSOCIATES

Flores & Associates permite a los empleados ahorrar dinero real en algo que ya pagan: **Su viaje al trabajo**. Los usuarios de transporte pueden usar dólares antes de impuestos para pagar su viaje al trabajo (hasta \$325/mes para transporte público y hasta \$325/mes para estacionamiento calificado) y ahorrar en impuestos. Metro, autobús, tren, ferry, automóvil o vehículo compartido: Te tienen cubierto.

Con los costos de transporte y gasolina que continúan aumentando, el programa de beneficios de transporte de Flores & Associates puede reducir significativamente la carga de estos costos incrementados. Para más información, visita [www.floresandassociates.com](#).

PROGRAMAS Y RECURSOS ADICIONALES

LOGRAR BIENESTAR

INDEPENDENCE BLUE CROSS

Los suscriptores de Independence pueden ganar \$300 en recompensas por completar actividades de salud a través de nuestro programa Lograr Bienestar. Además, todos los miembros del plan de salud ahora tienen acceso a la Aplicación GlobalFit Anywhere – conectándolos con estudios, gimnasios, entrenadores y clases en línea a una tarifa con descuento. Los miembros ahora pueden recibir una tarjeta de regalo de \$300 completando lo siguiente:

- Chequeo anual con médico de atención primaria
- Vacuna contra la gripe
- Participación digital
- Registrarse en el portal de miembros en ibx.com y MDLIVE
- Completar el perfil de bienestar
- Optar por mensajería digital en ibx.com

GLOBAL FIT

¡Actívate con el programa de membresía de gimnasio

Global Fit! ¡Registrarse es gratuito! Este servicio proporciona acceso a programas de descuento como membresías de gimnasios locales, programas de ejercicio y artículos nutricionales. Los miembros también obtienen ahorros exclusivos en productos de salud y fitness para el hogar y más! Llama al **800.294.1500** o visita www.globalfit.com/connerstrong para obtener más información.

HEALTHYLEARN

Este recurso cubre más de mil temas de salud y bienestar de manera simple y directa. La biblioteca bajo demanda de HealthyLearn presenta toda la información de salud que necesitas para estar bien y mantenerte bien. Obtén más información en

www.healthylearn.com/connerstrong.

EQUIPO DE DEFENSORÍA DE MIEMBROS DE BENEFICIOS

CONNER STRONG & BUCKELEW

El "Benefits MAC", proporcionado por nuestro consultor de beneficios, Conner Strong & Buckelew, te permite hablar con un Defensor de Miembros especialmente capacitado y experimentado que puede ayudar con problemas de reclamos de beneficios, preguntas sobre cobertura y consultas de inscripción.

Este servicio está disponible de lunes a viernes, de 8:30 am a 5:00 pm (EST) o puedes enviar una solicitud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para contactar al Benefits MAC, ve a

www.connerstrong.com/memberadvocacy o llama al **800.563.992**



PROGRAMAS ADICIONALES Y RECURSOS BENEFICIO DE MATRÍCULA UNIVERSITARIA

AYUDA A LOS EMPLEADOS A PAGAR LA UNIVERSIDAD

El programa de Recompensas College Tuition Benefit® ofrecido a través de SAGE Scholars está disponible para los clientes de Independence Blue Cross como un programa de valor agregado.

El programa SAGE Scholars Tuition Rewards les da a los empleados una manera de acumular créditos para ahorros de matrícula universitaria para sus hijos u otros miembros de la familia. Este programa funciona de manera muy similar a un programa de becas, donde los créditos, o "recompensas de matrícula", pueden acumularse hasta cubrir un año de matrícula en una universidad participante. Los créditos pueden entonces usarse en una de aproximadamente 400 universidades participantes a nivel nacional.

Para ver una lista completa de las escuelas participantes visite <https://ibx.collegetuitionbenefit.com>.

UN PROGRAMA DE INCENTIVOS PARA MIEMBROS ELEGIBLES DE LA FAMILIA

- Los empleados pueden compartir el beneficio con familiares, incluyendo hijos, sobrinas, sobrinos y nietos, sujeto a ciertas restricciones.
- Un punto de Tuition Rewards = \$1 en reducción de matrícula.
- Los empleados que se inscriben ganan 2,000 puntos de Tuition Rewards cada año que estén inscritos en un plan de salud de Independence, incluyendo 2,500 puntos adicionales en el año 4.
- Se otorgan 500 puntos de Tuition Rewards por cada niño registrado.
- Las universidades participan como una manera de impulsar su reclutamiento de estudiantes.

PLAN 401(K)

El Plan 401(k) de STARR Restaurants administrado a través de Principal Financial Group es un plan de contribución únicamente que puede ayudarte a desarrollar un futuro financiero más seguro. Se aceptan diferimientos regulares y Roth para ayudarte a personalizar un plan que mejor se adapte a tus metas financieras.

Visita www.principal.com para elegir tus opciones de inversión y comenzar a ahorrar.



SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE IBC

Disponibles si estás inscrito en un plan médico de IBC

WONDR HEALTH

Wondr Health enseña habilidades sostenibles para la pérdida de peso para revertir los factores de riesgo del síndrome metabólico (MetS), incluyendo hipertensión y prediabetes. Wondr incluye videos, herramientas digitales y apoyo de coaching. Médicos expertos y clínicos instruirán a los miembros en cada paso del camino, ofreciendo acceso ilimitado a la comunidad en línea, herramientas y recursos de apoyo de Wondr.



PROGRAMA DE MANEJO DE DIABETES DE TELADOC

El programa de manejo de diabetes de Teladoc es un programa de apoyo digital para el manejo de la diabetes. Este programa está personalizado para los miembros y a través de Independence Blue Cross, está disponible para usted sin costo. Si tiene diabetes, Teladoc Health ofrece herramientas y apoyo personalizado para ayudarlo a mantenerse en el buen camino sin costo para usted. A través de este programa, recibirá:

- Consejos personalizados con cada verificación de azúcar en sangre
- Apoyo en vivo uno a uno en tiempo real cuando esté fuera del rango
- Reordenamiento de tiras directamente desde su medidor
- Alertas opcionales para notificar a contactos de emergencia
- Reportes de Resumen de Salud que pueden ser enviados desde su medidor a cualquier persona que elija
- Cargas automáticas en lugar de libros de registro en papel

Para más información sobre estas soluciones, visite www.ibx.com/find-a-plan/employers/large-business/conditions-and-lifestyle-solutions



SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE IBC

Programa de cesación de tabaco

PROGRAMA DE CESACIÓN DE TABACO

Independence Blue Cross ofrece un programa de cesación de tabaco a través de su programa de estilos de vida saludables. **Serás reembolsado \$150 por completar un programa aprobado de cesación del tabaco.** Debes estar inscrito en uno de los medicamentos médicos/recetados para participar en este programa.

Cómo funciona:

- Inicia sesión en ibx.com
- Ve a "**Salud y Bienestar**": haz clic en **Descuentos y Reembolsos**
- Elige **Programa de Cesación de Tabaco** e inicia sesión en el sitio de reembolsos
- Envía la documentación
 - **Comprobante de participación** en un programa aprobado o certificación de finalización
 - **Recibos del programa y recibos de productos de reemplazo de nicotina**
- Una vez que la documentación sea aprobada, puedes solicitar el reembolso por depósito directo o tarjeta Visa Rewards
- Solo eres elegible para un reembolso por programa por año calendario



CONTRIBUCION ES DEL EMPLEADO

Las contribuciones serán efectivas el 1 de noviembre de 2025. Las tarifas y opciones de inscripción para toda otra cobertura suplementaria se pueden encontrar en www.myADP.com.

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

	PLAN BRONCE		PLAN PLATA	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
SOLO EMPLEADO	\$78.06	\$39.03	\$181.95	\$90.97
EMPLEADO Y CÓNYUGE	\$446.34	\$233.17	\$557.96	\$278.98
EMPLEADO E HIJO(S)	\$361.36	\$180.68	\$432.37	\$216.18
FAMILIA	\$594.62	\$297.31	\$711.47	\$355.73

BENEFICIOS DE VISIÓN

	PLAN BASE		PLAN MEJORADO	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
SOLO EMPLEADO	\$2.16	\$1.08	\$3.00	\$1.50
EMPLEADO Y CÓNYUGE	\$4.32	\$2.16	\$5.99	\$3.00
EMPLEADO E HIJO(S)	\$4.63	\$2.32	\$6.42	\$3.21
FAMILIA	\$7.43	\$3.71	\$10.24	\$5.12

BENEFICIOS DENTALES

	PLAN BAJO		PLAN ALTO		PLAN DHMO	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
SOLO EMPLEADO	\$8.68	\$4.34	\$16.56	\$8.28	\$6.11	\$3.05
FAMILIA	\$24.42	\$12.21	\$49.86	\$24.93	\$15.60	\$7.80

INFORMACIÓN DE ASEGURADORA



Si tiene alguna pregunta sobre otros beneficios de la empresa, por favor contacte a su gerente de beneficios.

BENEFICIOS/RECURSOS	CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS	IBC	800.275.2583	www.ibx.com
BENEFICIOS DE VISIÓN	VSP	800.877.7195	www.vsp.com
BENEFICIOS DENTALES	Cigna	800.244.6224	www.mycigna.com
CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES Y BENEFICIOS DE TRANSPORTE	Flores & Associates	704.335.8211	www.flores247.com
401(k)	Principal	800.547.7754 Número de Plan: 525626	www.principal.com
LÍNEA DIRECTA DE DEFENSORÍA DEL AFILIADO	Conner Strong & Buckelew	800.563.9929	www.connerstrong.com/memberadvocacy
BENEFICIOS DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES CRÍTICAS E INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	Unum	866.679.3054	www.unum.com
BENEFICIO DE MATRÍCULA UNIVERSITARIA	SAGE Scholars	844.244.4086	https://ibx.collegetuitionbenefit.com
BENEPORTAL	N/A	N/A	https://www.starrbeneportal.com

AVISOS LEGALES

AVISO DE INFORMACIÓN HIPAA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés), su empleador reconoce su derecho a la privacidad en asuntos relacionados con la divulgación de información relacionada con la salud. El Aviso de Prácticas de Privacidad (proporcionado a usted al inscribirse en el plan de salud) detalla los pasos que su empleador ha tomado para asegurar que su privacidad esté protegida. El Aviso también explica sus derechos bajo HIPAA. Una copia de este Aviso está disponible para usted en cualquier momento, sin costo alguno, solicitándola a través de su Departamento local de Recursos Humanos.

Aviso de Inscripción Especial HIPAA

Pérdida de otra cobertura (excluyendo Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños). Si usted rechaza la inscripción para usted mismo o para un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal (incluyendo cobertura COBRA) esté vigente, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la Compañía deja de contribuir hacia la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de [30 días o cualquier periodo más largo que aplique bajo el plan] después de que termine la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura). Si usted solicita un cambio dentro del plazo aplicable, la cobertura será efectiva el primero del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Cuando la pérdida de otra cobertura es cobertura COBRA, entonces todo el periodo COBRA debe agotarse para que el individuo tenga otro derecho especial de inscripción bajo el Plan. Generalmente, agotamiento significa que la cobertura COBRA termina por una razón distinta al no pago de las primas COBRA o por causa justificada (es decir, presentación de una reclamación fraudulenta). Esto significa que generalmente todo el periodo COBRA de 18, 29 o 36 meses debe completarse para activar una inscripción especial por pérdida de otra cobertura.

Pérdida de elegibilidad para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil. Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) esté 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 que termine la cobertura suya o de sus dependientes bajo Medicaid o CHIP. Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable, la cobertura será efectiva el primero del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de [30 días o cualquier periodo más largo que aplique bajo el plan] después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable, la cobertura será efectiva en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, la cobertura será efectiva el primero del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Elegibilidad para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia de prima estatal de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP) con respecto a la cobertura bajo este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad suya o de sus dependientes para dicha asistencia. Si solicita un cambio dentro del plazo aplicable

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIPRA, por sus siglas en inglés)

A partir del 1 de abril de 2009, los empleados y dependientes que son elegibles para cobertura, pero que no se han inscrito, tienen el derecho de elegir cobertura durante el año del plan bajo dos circunstancias:

- La cobertura de Medicaid estatal o CHIP (Programa de Seguro de Salud Infantil) del empleado o dependiente termina porque el individuo dejó de ser elegible.
- El empleado o dependiente se vuelve elegible para un subsidio de asistencia de prima de CHIP bajo Medicaid estatal o CHIP (Programa de Seguro de Salud Infantil). Los empleados deben solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días de la pérdida de cobertura y/o dentro de los 60 días de cuando se determine la elegibilidad para el subsidio de prima.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA, por sus siglas en inglés)

Si dejas tu trabajo para realizar el servicio militar, tienes el derecho de elegir continuar la cobertura de tu plan de salud existente basado en el empleador para ti y tus dependientes (incluyendo cónyuge) por hasta 24 meses mientras estés en el ejército. Incluso si no eliges continuar la cobertura durante tu servicio militar, tienes el derecho de ser reinstalado en el plan de salud de tu empleador cuando seas reemplorado, generalmente sin periodos de espera o exclusiones por condiciones preexistentes, excepto por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda).

En cualquier caso, los planes y aseguradoras no pueden, bajo la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL CALIFICADA (QMCSSO, por sus siglas en inglés)

QMCSSO es una orden médica de manutención infantil emitida bajo la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho de un "beneficiario alternativo" a recibir beneficios para los cuales un participante o

beneficiario es elegible bajo un plan de salud grupal. Un "beneficiario alternativo" es cualquier hijo de un participante (incluyendo un hijo adoptado por o colocado para adopción con un participante en un plan de salud grupal) que es reconocido bajo una orden médica de manutención infantil como teniendo derecho a la inscripción bajo un plan de salud grupal con respecto a dicho participante. Al recibirla, el administrador de un plan de salud grupal está obligado a determinar, dentro de un periodo de tiempo razonable, si una orden médica de manutención infantil está calificada. En caso de que usted reciba una notificación para proporcionar cobertura médica para un hijo dependiente como resultado de una determinación legal, puede obtener información de su empleador sobre las reglas para buscar promulgar dicha cobertura. Estas reglas se proporcionan sin costo para usted y pueden solicitarse a su empleador en cualquier momento.

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

El 21 de octubre de 1998, el Congreso promulgó la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998. Como lo requiere esta ley, se debe proporcionar aviso anual de los beneficios obligatorios post-mastectomía a todas las personas cubiertas. La Ley de Derechos de Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 requiere que todos los planes de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos para una mastectomía también deben proporcionar cobertura para:

- Reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica
- Prótesis; y
- Cobertura para cualquier complicación en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

La Ley prohíbe que cualquier plan de salud grupal niegue a un participante o beneficiario la elegibilidad para inscribirse o renovar la cobertura bajo el plan con el fin de evitar los requisitos de la Ley; penalizar, reducir o limitar el reembolso al proveedor tratante (por ejemplo, médico, clínica u hospital) para inducir al proveedor a brindar atención inconsistente con la Ley; y proporcionar incentivos monetarios o de otro tipo a un proveedor tratante para inducir al proveedor a brindar atención inconsistente con la Ley.

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle permite que estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continúen con la cobertura bajo un plan de salud grupal cuando deben dejar la escuela de tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y de otra manera perderían la cobertura. La continuación de la cobertura se aplica a la licencia de ausencia de un hijo dependiente de (u otro cambio en la inscripción) una institución educativa postsecundaria (colegio o universidad) debido a una enfermedad grave o lesión, mientras esté cubierto bajo un plan de salud. Esto de otra manera causaría que el hijo perdiera el estatus de dependiente bajo los términos del plan.

La cobertura continuará hasta un año desde el inicio de la licencia por ausencia médicamente necesaria, o la fecha en que la cobertura terminaría de otra manera bajo los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN ADICCIONES DE 2008

Esta Ley amplía los requisitos de paridad de salud mental en la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados, el Código de Rentas Internas y la Ley de Servicios de Salud Pública al imponer nuevos mandatos en los planes de salud grupales que proporcionan tanto beneficios médicos y quirúrgicos como beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro de salud ofrecida en conexión con dichos planes) deben asegurar que los requisitos financieros aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o cobertura), y no hay requisitos separados de participación en costos que sean aplicables únicamente con respecto a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

Derechos de Cobertura de Continuación Bajo COBRA

Introducción

Estás recibiendo este aviso porque recientemente obtuviste cobertura bajo un plan de salud grupal de Starr Restaurant Organization (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre tu derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de cobertura bajo el Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo puede estar disponible para ti y tu familia, y qué necesitas hacer para proteger tu derecho a obtenerla.

Cuando seas elegible para COBRA, también puedes 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 de Reconciliación Presupuestaria Omnibus Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para ti y otros miembros de tu familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre tus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debes revisar la Descripción Resumida del Plan o contactar al Administrador del Plan.

AVISOS LEGALES

Es posible que tengas otras opciones disponibles cuando pierdas la cobertura de salud grupal.

Por ejemplo, podrías ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirte en la cobertura a través del Mercado, podrías calificar para costos más bajos en tus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, podrías calificar para un periodo especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual seas elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Cuál es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otra manera terminaría debido a un evento de la vida. Esto también se llama un "evento calificado". Los eventos calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Tú, tu cónyuge y tus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido al evento calificado. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación COBRA: deben pagar por la cobertura de continuación COBRA.

Si eres empleado, te convertirás en un beneficiario calificado si pierdes tu cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Tus horas de empleo se reducen, o
- Tu empleo termina por cualquier razón que no sea tu falta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificantes:

- Su cónyuge fallece;
- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, 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 bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificantes:

- El padre-empleado fallece;
- Las horas de empleo del padre-empleado se reducen;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente."

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificantes:

- El fin del empleo o la reducción de horas de empleo;
- Muerte del empleado;
- El empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de 60 días después de que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar esta notificación a Starr Restaurant Organization, 134 Market Street, Philadelphia PA 19106.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para 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 cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que este periodo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA puede extenderse:

Extensión por discapacidad del periodo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA

Si usted o cualquier persona de su familia cubierta bajo el Plan es determinada por el Seguro Social como discapacitada y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, 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 día 60 de la cobertura de continuación COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA. Usted debe asegurarse de que el Administrador del Plan sea notificado de la determinación de la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días de la fecha de la determinación y antes del final del periodo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA. Esta notificación debe enviarse a: Starr Restaurant Organization, 134 Market Street, Philadelphia PA 19106.

Extensión del segundo evento calificado del periodo de 18 meses de cobertura de continuación.

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B, o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Hay 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 de Salud, Medicaid, u otras opciones de cobertura de plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "periodo de inscripción especial." Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede aprender más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA.) Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Starr Restaurant Organization, 134 Market Street, Philadelphia PA 19106. Proveedor COBRA de Starr Restaurant Organization - Benefit Express al 1-877-837-5017 o help@mybenefitexpress.com.

Aviso Importante de STARR Restaurants Sobre Su Cobertura de Medicamentos Recetados y

Medicare Por favor lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con STARR Restaurants y sobre sus opciones bajo 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 considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o 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 más cobertura por una prima mensual más alta.

2. STARR Restaurants ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por IBC, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditada, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad) si más tarde decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

AVISOS LEGALES

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos recetados, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de STARR Restaurants no se verá afectada.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de STARR Restaurants, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalidad) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debes saber que si pierdes o abandonas tu cobertura actual con STARR Restaurants y no te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare dentro de 63 días continuos después de que termine tu cobertura actual, es posible que pagues una prima más alta (una penalización) para inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si permaneces 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, tu prima mensual puede aumentar por lo menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuviste esa cobertura. Por ejemplo, si permaneces diecinueve meses sin cobertura acreditable, tu prima puede ser consistentemente por lo menos 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tengas que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tengas cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirte.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados

Contacta a la persona que aparece a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo recibirás antes del próximo período en que puedas inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de STARR Restaurants cambia. También puedes solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & You". Recibirás una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen contigo directamente.

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

- Visita www.medicare.gov
- Llama a tu Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulta la contraportada interior de tu copia del manual "Medicare & You" para obtener su número telefónico) para ayuda personalizada
- Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tienes ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para información sobre esta ayuda adicional, visita el Seguro Social en la web en www.socialsecurity.gov, o llámalos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerda: Conserva este aviso de cobertura acreditable. Si decides inscribirte en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se te solicite proporcionar una copia de este aviso cuando te inscribas para mostrar si has mantenido o no cobertura acreditable y, por lo tanto, si estás obligado o no a pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 1 de octubre de 2023/4
Nombre de la Entidad/Remitente:
STARR Restaurants - Departamento de Beneficios de RR.HH.
Dirección: 134 Market Street, Philadelphia PA 19106
Número de Teléfono: 215-923-4838

Asistencia de prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia de primas, pero puede ser capaz de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en un Estado listado abajo, contacte a su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia de primas está disponible. Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, contacte a su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo aplicar. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de 60 días de ser determinado elegible para asistencia de prima. Si tiene preguntas sobre inscribirse en el plan de su empleador, contacte al Departamento del 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 asistencia pagando las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 17 de marzo de 2025. Contacte a su Estado para más información sobre elegibilidad -

ALABAMA - Sitio web de Medicaid:

<http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA - Medicaid

El Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud de AK Sitio web:

<http://myakhipp.com/>

Teléfono: 1-866-251-4861

Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS - Sitio web de Medicaid: <http://myarhipp.com/>

Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA - Medicaid

Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud (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 de Medicaid de Colorado) y Child

Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>

Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado:

1-800-221-3943/Servicio de Retransmisión Estatal 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de Retransmisión Estatal 711

Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): <https://www.mychihibi.com/>

Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA - Medicaid

Sitio web:

<https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA - Medicaid

Sitio web de GA HIPP:

<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, Presione 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, Presione 2

INDIANA - Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud

Todos los demás Medicaid

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

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

Administración de Servicios Familiares y Sociales

Teléfono: 1-800-403-0864

Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

AVISOS LEGALES

IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: <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 HIP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono de HIP: 1-888-346-9562

KANSAS - Medicaid
Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono HIP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid
Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP Sitio web: <https://kynect.ky.gov> Teléfono: 1-877-524-4718
Medicaid de Kentucky Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

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

MAINE - Medicaid
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de Primas de Seguro de Salud Privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 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: HHSHIPPPProgram@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 HIP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY - Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de Asistencia de Prima CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK - Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA - Medicaid Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA - Medicaid
Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA - Medicaid y CHIP Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON - Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA - 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 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 de Utah para Seguro de Salud (UPP) Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de Expansión para Adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Programa de Compra de Medicaid de Utah Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de 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-program>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WISCONSIN - Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercare-plus/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 ver si otros estados han agregado un programa de asistencia de primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de Menú 4, Ext. 61565

AVISO DEL MERCADO DE SEGUROS

PARTE A: Información general

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga nuestras necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "compras en un solo lugar" para encontrar y comparar opciones de seguro de salud privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para cobertura que inicia tan pronto como el 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

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

Sí. Si tienes una oferta de cobertura de salud de tu empleador que cumple con ciertos estándares, no serás elegible para un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros y es posible que desees inscribirte en el plan de salud de tu empleador. Sin embargo, puedes ser elegible para un crédito fiscal que reduzca tu prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si tu empleador no te ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de tu empleador que te

cubriría a ti (y no a otros miembros de tu familia) es más del 8.39% de los ingresos de tu hogar para el año, o si la cobertura que proporciona tu empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, puedes ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si compras un plan de salud a través del Mercado de Seguros en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por tu empleador, entonces puedes perder la contribución del empleador (si la hay) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como tu contribución de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para propósitos de impuestos sobre la renta federales y estatales. Tus pagos por cobertura a través del Mercado de Seguros se realizan sobre una base después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con el número de servicio al cliente de la compañía de seguros que se encuentra en su tarjeta de identificación. El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área. Para obtener información sobre la cobertura del Mercado, puede llamar a la Línea de Ayuda 24/7 del gobierno al 1-800- 318-2596 o ir a <https://www.healthcare.gov/marketplace/individual/>.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menor al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

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

3. Nombre del Empleador Starr Restaurants		4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 20-1918702	
5. Dirección del Empleador 134 Market Street		6. Número de teléfono del empleador 215-923-4838	
7. Ciudad Philadelphia	8. Estado PA		9. Código Postal 19106
10. ¿Con quién podemos contactarnos sobre la cobertura de salud para empleados en este trabajo? Gerente de Recursos Humanos		11. Número de teléfono 267-886-1412	12. Dirección de correo electrónico benefits@starr-restaurant.com

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador: Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Personal asalariado y por horas que trabaje al menos 30 horas por semana

Con respecto a los dependientes, sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

- Cónyuge legal (se necesita prueba de matrimonio), Hijos, Hijastros, Hijos adoptivos, Cualquier niño del cual usted sea el tutor legal hasta los 26 años

Nota: Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

Aunque su empleador tenga la intención de que su cobertura sea asequible, usted aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de semana a semana (tal vez usted es un empleado por horas o trabaja a comisión), si es un empleado nuevo a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.



ACERCA DE ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS

Este resumen de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de STARR Restaurants en lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios bajo este programa se rigen únicamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales y no por la información contenida en este resumen de beneficios. Si existe alguna discrepancia entre las descripciones de los elementos del programa en este resumen de beneficios y los documentos oficiales del plan, el lenguaje de los documentos oficiales del plan prevalecerá como exacto. Por favor, consulte los documentos específicos del plan publicados por cada una de las aseguradoras respectivas para obtener información detallada del plan. La elegibilidad para cualquier plan de beneficios se determina por los documentos y políticas aplicables del plan. Debe estar consciente de que todos y cada uno de los elementos del programa de beneficios pueden ser modificados en el futuro para cumplir con las reglas del Servicio de Rentas Internas o de otra manera según lo determine STARR Restaurants.

Este resumen de beneficios no puede ser reproducido o redistribuido en ninguna forma o por ningún medio sin el consentimiento expreso por escrito de STARR Restaurants.