



Beneficios

 POR MARCUS

Avisos para 2025

Avisos y divulgaciones
anuales de inscripción

Índice

Avisos y divulgaciones legales	Página
AVISO PARA LOS PLANES DE INDEMNIZACIÓN FIJA	3
DIVULGACIÓN DE LAS PROTECCIONES DEL PACIENTE	4
LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD y EL CÁNCER DE LA MUJER	4
LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS	5
ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)	6
Aviso de la HIPAA acerca del recordatorio de prácticas de PRIVACIDAD	10
DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA	10
AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE	12
Aviso general de COBRA	15
AVISO DEL MERCADO	19
LEY DE MICHELLE	21
INFORME ANUAL RESUMIDO DEL PLAN PROTECTION PLUS DE THE MARCUS CORPORATION	21
Aviso sobre el beneficio de salud esencial de IL	23

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para más información, consulte las páginas 11-13, donde comienza el aviso de cobertura acreditable.

AVISO PARA LOS PLANES DE INDEMNIZACIÓN FIJA

Nota importante para los planes de accidentes y enfermedades graves

IMPORTANTE: Se trata de una póliza de indemnización fija, NO de un seguro de salud

Esta Póliza de Indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención médica.

- El pago que recibe no se basa en el monto de su factura médica.
- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no sustituye a un seguro médico completo.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Busca un seguro médico completo?

- **Visite HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de seguro médico.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con la empresa.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, póngase en contacto 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 "Insurance Departments" (Departamentos de seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

DIVULGACIÓN DE LAS PROTECCIONES DEL PACIENTE

El plan de salud de The Marcus Corporation permite, por lo general, la designación de un proveedor de atención primaria.

Tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted y a sus familiares. Hasta que haga esta designación, UnitedHealthcare y Surest designarán uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con UnitedHealthcare llamando al 800.672.6330 o visitando myuhc.com y con Surest llamando al 866.683.6440 o visitando surest.com.

En el caso de los hijos, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. Usted no necesita autorización previa de UnitedHealthcare y Surest ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el médico puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con UnitedHealthcare llamando al 800.672.6330 o visitando myuhc.com y con Surest llamando al 866.683.6440 o visitando surest.com.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

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

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros:

Plan 1: Plan HSA (Individual: 20% de coaseguro y \$3,300 de deducible; Familiar: 20% de coaseguro y \$8,400 de deducible)

Plan 2: Plan de Copago de Surest (Individual: 0% de coaseguro y \$0 de deducible; Familiar: 0% de coaseguro y \$0 de deducible)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador del plan llamando al Teléfono: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o enviando un correo electrónico a nicolevandermeuse@marcuscorp.com.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

En general, los planes de salud colectivos y los aseguradores médicos no pueden, conforme a la legislación federal, restringir los beneficios por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido por un periodo inferior a 48 horas tras un parto vaginal o inferior a 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, en general, la ley federal no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al 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 de 96 horas) según sea el caso. En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, bajo la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga una autorización del emisor del plan o seguro para prescribir una estancia menor a 48 horas (o de 96 horas cuando aplique).

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud por parte de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que le ayudará a pagar la cobertura haciendo uso de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no tienen derecho a Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para 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 figuran a continuación, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si tienen disponible asistencia para primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo hacer la solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tienen un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial" y **usted debe solicitar la cobertura en los 60 días posteriores a la fecha en que se le determinó como elegible para la asistencia para prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo visitando www.askebsa.dol.gov o llamando al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para primas de plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta el 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información acerca de la elegibilidad.

<p style="text-align: center;">ALABAMA - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com/ No. de teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p style="text-align: center;">ALASKA - Medicaid</p> <p>El Programa de pago de primas del seguro médico de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ No. de teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>
<p style="text-align: center;">ARKANSAS - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ No. de teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p style="text-align: center;">CALIFORNIA - Medicaid</p> <p>Sitio web del programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp No. de teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p style="text-align: center;">COLORADO - Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud para Niños (Child Health Plan Plus) (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relé del estado 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relé de estado 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p style="text-align: center;">FLORIDA - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html No. de teléfono: 1-877-357-3268</p>

GEORGIA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
<p>Sitio web del HIPP en GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp No. de teléfono: 678-564-1162, Marque 1 Sitio web de CHIPRA en GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra No. de teléfono: 678-564-1162, Marque 2</p>	<p>Programa de pago de primas del seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración familiar y de servicios sociales No. de teléfono: 1-800-403-0864 No. de teléfono de los servicios para miembros: 1-800-457-4584</p>
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos No. de teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Salud y Servicios Humanos No. de teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web del HIPP: Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) No. de teléfono del HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ No. de teléfono: 1-800-792-4884 No. de teléfono del HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
<p>Sitio web del Programa integrado de pago de primas del seguro médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx No. de teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov No. de teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp No. de teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US No. de teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms No. de teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa No. de teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ No. de teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm No. de teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP No. de teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov No. de teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

<p>NEVADA - Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfc.nv.gov No. de teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program No. de teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
<p>NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ No. de teléfono: 1-800-356-1561 No. de teléfono de la asistencia para primas CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html No de teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>NUEVA YORK - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ No. de teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ No. de teléfono: 919-855-4100</p>	<p>DAKOTA DEL NORTE - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare No. de teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org No. de teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>OREGÓN - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx No. de teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p>PENSILVANIA - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html No. de teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) No de teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ No. de teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de Rlte Share)</p>
<p>CAROLINA DEL SUR - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov No. de teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov No. de teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p>TEXAS - Medicaid</p> <p>Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas No. de teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>UTAH - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web del programa de colaboración con las primas en Utah (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov No. de teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del programa de compras de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/</p>
<p>VERMONT - Medicaid</p> <p>Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) Departamento de acceso a la salud de Vermont No. de teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>VIRGINIA - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs No de teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>WASHINGTON - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ No. de teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ No. de teléfono de Medicaid: 304-558-1700 No. de teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p>WISCONSIN - Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm No. de teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>WYOMING - Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ No. de teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con:

Departamento del Trabajo de EE. UU.

Administración de seguridad de beneficios de los 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 4 del menú, Ext. 61565

Declaración de la ley de reducción de papeleo

Según la ley de reducción de papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento declara que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA y muestre un número de control de la OMB válido y vigente y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC). Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a multas por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, a la atención de: Funcionario de Autorización de ARP, 200 Constitution Avenue, NW, Oficina N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (expira 31/1/2026)

AVISO DE LA HIPAA ACERCA DEL RECORDATORIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Protegemos los derechos de privacidad de su información médica

The Marcus Corporation tiene un compromiso con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de Salud de The Marcus Corporation (el "Plan") usan estrictos estándares de privacidad para proteger su información médica en contra del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos bajo la ley se describen en el aviso de prácticas de privacidad del plan. Usted puede recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad comunicándose con Nicole Vandermeuse - Gerente Ejecutiva de Total Rewards Manager llamando al: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o enviando un correo electrónico a nicolevandermeuse@marcuscorp.com.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

Aviso del plan de salud de The Marcus Corporation sobre sus derechos de inscripción especial de la HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el plan de salud de The Marcus Corporation (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA requiere que le notifiquemos acerca de una disposición importante en el plan, su derecho a inscribirse en el plan según la "disposición de inscripción especial" si tiene un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente elegible mientras otra cobertura está vigente y luego pierde esa otra cobertura por ciertas razones calificadas.

Pérdida de otra cobertura (excluyendo 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 grupal está en vigor, puede inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura para usted o sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al término de dicha cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura para Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños. Si rechaza la inscripción para usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días posteriores al finalizar dicha cobertura o la de sus dependientes con Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si usted 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 los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para la asistencia para primas de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños: Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) llegan a ser elegibles para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura bajo este plan, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información acerca de la disposición de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Nicole Vandermeuse - Gerente Ejecutiva de Total Rewards llamando al: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o enviando un correo electrónico a nicolevandermeuse@marcuscorp.com.

Advertencia importante

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. Es necesario que declare en el formulario que la razón para rechazar la inscripción es que tiene cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico (incluyendo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) y que se le pidió identificar esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a la inscripción especial cuando pierdan la otra cobertura, como se describió anteriormente, pero seguirá teniendo derechos de inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de haber obtenido elegibilidad para el subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través del programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial luego de una pérdida de otra cobertura, no puede inscribirse ni a sus dependientes en el plan en cualquier momento aparte del periodo de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de obtener elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través del programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso importante de The Marcus Corporation respecto a su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados con The Marcus Corporation y acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, deberá comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la 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 debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todos aquellos que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en el Plan Advantage de Medicare (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 superior.
2. The Marcus Corporation ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Puesto que su cobertura existente es una cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si después 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 se vuelve elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin que sea culpa suya, también será elegible para un periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses 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 actual cobertura de The Marcus Corporation no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de The Marcus Corporation, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con The Marcus Corporation y no se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los siguientes 63 días después de finalizar su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse después al plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos, su prima mensual puede subir al menos 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente por lo menos 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

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

Póngase en contacto con la persona indicada a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que se pueda unir al plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de The Marcus Corporation. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

El manual "Medicare y usted" incluye información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Usted recibirá una copia del manual en su correo cada año de parte de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte el número de teléfono en la contraportada de su copia del folleto "Medicare y Usted") 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 usted tiene recursos e ingresos limitados, tiene disponible ayuda extra para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda extra, visite el sitio web del seguro social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido la cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 01 de enero de 2025

Nombre de la entidad/remitente: The Marcus Corporation

Contacto—Puesto de trabajo/Oficina: Nicole Vandermeuse - Gerente Ejecutiva de Total Rewards

Dirección de la oficina: 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200
Milwaukee, WI 53202
Estados Unidos

Número de teléfono: No. de teléfono: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129

AVISO GENERAL DE COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de continuación de la cobertura de COBRA (Para uso de los planes de salud grupales de un solo empleador)

**** Continuación de la cobertura en virtud de COBRA****

Introducción

Está recibiendo este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían tener un costo menor a la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición y la de otros miembros de su familia cuando llega el momento de terminar la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del plan o ponerse en contacto con el administrador del plan.

Es posible que tenga otras opciones a su disposición cuando pierde la cobertura de salud grupal. Por

ejemplo, podría ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, puede optar a una reducción de las primas mensuales y de los gastos de bolsillo. Además, puede tener derecho a un periodo 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 continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, esta finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como un “evento calificable”. Los eventos calificables específicos se indican más adelante en este aviso. Después de un evento calificable, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificable. De acuerdo con el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deberán pagar por la continuación de la cobertura de COBRA.

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

- 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 un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificables:

- Su cónyuge fallece;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea por una falta grave de su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

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

- El padre/empleado fallece;
- Las horas de trabajo del padre/empleado se reducen;
- El empleo del padre/empleado finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave;
- El padre/empleado pasa a tener derecho a los 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 del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificable. El empleador debe notificar al administrador del plan de los siguientes eventos calificables:

- El término del empleo o reducción de horas de trabajo;
- El fallecimiento del empleado; o
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificables (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda el derecho a la cobertura como hijo dependiente), deberá notificarlo al administrador del plan en un plazo de 60 días después de que se produzca el evento calificable. Debe entregar este aviso a: Nicole Vandermeuse.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el administrador del plan recibe el aviso de que ha ocurrido un evento calificable, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de 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 calificables, o un segundo evento calificable durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que se puede extender este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

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

Si el seguro social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado 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 continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber iniciado en algún momento antes del día número 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe continuar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura por un segundo evento calificable

Si su familia experimenta otro evento calificable durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, para un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan con respecto al segundo evento calificable. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificable hubiere causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan en caso de no haber ocurrido el primer evento calificable.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de 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 grupales de salud (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 continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información acerca de las diversas opciones visitando

www.healthcare.gov/.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez a causa de que aún tiene empleo, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, tiene un periodo de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza

- En el mes posterior a la finalización de su empleo o
- En el mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual, lo que ocurra primero.

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

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

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

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

¿Tiene alguna pregunta?

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), que incluye COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afecten los planes de salud grupales, póngase en contacto con la oficina del distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA) en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.healthcare.gov.

Mantenga informado al Plan de sus cambios de domicilio

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

Información de contacto del Plan

The Marcus Corporation

Nicole Vandermeuse - Gerente Ejecutiva de Total Rewards

111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200

Milwaukee, WI 53202

Estados Unidos

No. de teléfono: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129

AVISO DEL MERCADO

Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Aunque se le ofrezca cobertura de salud a través de su empleo, puede tener 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 de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que se adapte a sus necesidades y a su presupuesto. El Mercado ofrece un "lugar único donde comprar" para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

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

Usted puede calificar para ahorrar dinero, reducir su prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (discutidos más adelante). El ahorro para el que usted es elegible depende de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca los costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para el ahorro de primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal o el pago anticipado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado, y es posible que 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 reduzcan su prima mensual, o una reducción de 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%¹ de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica 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 miembros de la familia 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 supera el 9.12% de los ingresos del hogar del empleado.^{2 3}

Nota: Si adquiere un plan de salud por medio del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, al igual que la contribución del empleado a la cobertura basada en el empleo, suele excluirse 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 los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no podrá ser elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado.

² Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

³ Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte de los costos totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Para efectos de elegibilidad para el crédito fiscal de la prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios de hospitalización como de los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro de salud a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el periodo de inscripción abierta anual del Mercado. La inscripción abierta depende del estado, pero suele comenzar el 1 de noviembre y durar al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del periodo de inscripción abierta anual, puede contratar un seguro de salud si califica para un periodo de inscripción especial. En general, puede calificar para el periodo de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificables, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo del tipo de periodo de inscripción especial que le corresponda, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificable para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un periodo 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) a partir del 31 de marzo de 2023 y hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **está ofreciendo un periodo de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024 y demuestren una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo periodo de tiempo, son elegibles para un periodo 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, podrá 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 los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto está actualizada para asegurarse de que recibe cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para 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 ocurre con las alternativas a la cobertura médica del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un periodo de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud bajo ciertas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron dicha cobertura. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

También puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Mercado o solicitándolo directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos de The Marcus Corporation. No. de teléfono: 414.905-1000 | Fax: 414.905.2129 Dirección: 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200, Milwaukee, WI 53202.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura del seguro de salud e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

LEY DE MICHELLE

Los estudiantes dependientes que tomen una licencia médicamente necesaria certificada por un médico de una institución de educación postsecundaria (institución de educación superior, universidad o escuela de formación profesional) debido a una enfermedad o lesión grave, tendrán derecho a la cobertura continua del plan de salud grupal hasta que transcurra un (1) año a partir del primer día de dicha licencia o la fecha en la que la cobertura hubiera finalizado de otro modo, lo que ocurra primero.

INFORME ANUAL RESUMIDO DEL PLAN

PROTECTION PLUS DE THE MARCUS CORPORATION

Este es un informe anual resumido del plan Protection Plus de The Marcus Corporation, EIN 39-1139844, Plan No. 506, para el periodo comprendido entre el 01/01/2023 y el 31/12/2023. El informe anual ha sido presentado ante la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., tal y como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

La Marcus Corporation se ha comprometido a pagar determinados reclamos médicos y dentales autoasegurados incurridos en virtud de los términos del plan.

Información del seguro

El plan tiene contratos con Hartford Life and Accident, Vision Service Plan, Metropolitan Life Insurance Company y Reliance Standard Life Insurance Company para pagar los reclamos de seguro de visión, vida, discapacidad a largo plazo, muerte accidental y desmembramiento, enfermedad grave, hospital y accidentes incurridos bajo los términos del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que finaliza el 31/12/2023 ascendieron a \$776,782.

Sus derechos a la información adicional

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o de una parte del mismo. Los puntos enumerados a continuación se incluyen en dicho informe:

- información sobre seguros, incluidas las comisiones de venta pagadas por las compañías de seguros;

Para obtener una copia del informe anual completo, o cualquier parte del mismo, escriba o llame a la oficina de The Marcus Corporation en 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200 Milwaukee, WI 53202 o por teléfono al 414-905-1000.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan (The Marcus Corporation, 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200 Milwaukee, WI 53202) y en el Departamento de Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C., o de obtener una copia del Departamento de Trabajo de EE. UU. una vez pagados los costos de la copia. Las solicitudes dirigidas al Departamento deberán enviarse a: Public Disclosure Room, Room N1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Declaración de la ley de reducción de papeleo

Según la ley de reducción de papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento declara que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA y muestre un número de control de la OMB válido y vigente y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC). Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a multas por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC).

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de menos de un minuto por notificación (aproximadamente 3 horas y 11 minutos por plan). Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Oficina del Director de Información, a la atención de: Funcionario de Autorización Departamental, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0040.

Número de control de la OMB 1210-0040 (expira el 31/03/2026)

AVISO SOBRE EL BENEFICIO DE SALUD ESENCIAL DE IL

Nombre del empleador:	The Marcus Corporation
Estado donde se ubica el empleador:	Wisconsin
Nombre del emisor:	United Healthcare
Nombre de mercadeo del plan:	Plan de copago de Surest/ Plan HSA
Año del plan:	2025

Diez (10) categorías de beneficios de salud esenciales (EHB):

- Servicios ambulatorios para pacientes (atención ambulatoria que recibe sin ser ingresado en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD), incluido el tratamiento de salud conductual (esto incluye asesoría y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucodental y de visión (pero la cobertura dental y de visión para adultos no son beneficios de salud esenciales).
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del parto)
- Medicamentos recetados
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o enfermedades crónicas a adquirir o recuperar habilidades mentales y físicas)

Lista de beneficios de salud esenciales (EHB) de Illinois para 2020-2025 (P.A. 102-0630)

Ítem	Beneficio de EHB	Categoría de EHB	# de referencia de la página comparativa	Plan del empleador ¿El beneficio está cubierto?
1	Lesión accidental - Dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	Sí
2	Inyecciones y pruebas de alergia	Ambulatorio	Pág. 11	Sí
3	Dispositivos auditivos osteointegrados	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	Sí
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
5	Cuidados paliativos	Ambulatorio	Pág. 28	Sí
6	Tratamiento de infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23 - 24	No
7	Tarifa de centro ambulatorio (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Sí
8	Cirugía ambulatoria/Servicios médico-quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15 - 16	Sí
9	Servicios privados de enfermería	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	No
10	Prótesis/Ortótica	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
11	Esterilización (vasectomía en hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	Sí
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	Sí
13	Servicios en la sala de emergencias (Incluye servicios de MH/SUD de emergencia)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Sí
14	Transporte de emergencia / ambulancia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	Sí
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	Sí
16	Reconstrucción mamaria tras mastectomía	Hospitalización	Págs. 24 - 25	Sí
17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25 - 26 y 35	Sí
18	Servicios de hospitalización (por ejemplo, estancia hospitalaria)	Hospitalización	Pág. 15	Sí
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Sí
20	Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	Sí
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	Sí

22	Agente de reversión intranasal de opiáceos asociado a las prescripciones de opiáceos	MH/SUD	Pág. 32	Sí
23	Tratamiento de salud mental (conductual) (incluido el tratamiento hospitalario)	MH/SUD	Págs. 8 - 9, 21	Sí
24	Tratamiento médicamente asistido con opiáceos (MAT)	MH/SUD	Pág. 21	Sí
25	Trastornos por consumo de sustancias (incluido el tratamiento hospitalario)	MH/SUD	Págs. 9 y 21	Sí
26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	Sí
27	Antiinflamatorios tópicos para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	Sí
28	Atención pediátrica dental	Atención pediátrica bucodental y de visión	Ver el documento de pediatría dental de AllKids	Sí
29	Cobertura de visión pediátrica	Atención pediátrica bucodental y de visión	Págs. 26 - 27	Sí
30	Servicios de maternidad	Embarazo, maternidad y atención al recién nacido	Págs. 8 y 22	Sí
31	Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Medicamentos recetados	Págs. 29 - 34	Sí
32	Examen y detección del cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
33	Servicios anticonceptivos/de control de natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	Sí
34	Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	Sí
35	Suministros para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31 - 32	Sí
36	Mamografía - examen	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 y 24	Sí
37	Osteoporosis - Medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
38	Pruebas de Papanicolaou/ Pruebas de antígeno prostático específico/ Prueba de control del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Sí
39	Servicios de atención preventiva	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Sí
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	Sí
41	Quiropraxia y manipulación osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12 - 13	Sí
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35	Sí

Nota especial: En virtud de la Ley Pública 102-0104 de fecha 22 de julio de 2021, los EHB mencionados anteriormente que sean clínicamente apropiados y médicamente necesarios para su prestación a través de servicios de tele salud deben estar cubiertos de la misma manera que cuando dichos EHB se prestan in persona.

Exención de responsabilidad

El monto que paga el plan por los servicios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red está basado en un monto máximo permitido para el servicio específico proporcionado. Aunque su plan estipula un máximo de gastos de bolsillo para servicios fuera de la red, tome en cuenta que el monto máximo permitido para un procedimiento elegible puede no ser igual al monto cobrado por su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia entre la cantidad cobrada y la cantidad máxima permitida. Esto se llama facturación de saldo y el monto que se le factura puede ser considerable. El máximo de gastos de bolsillo descrito en su póliza no incluirá los montos en exceso del cargo permitido y otros gastos no cubiertos como están definidos en su plan. El monto máximo reembolsable para proveedores fuera de la red puede basarse en cierta cantidad de programas, como un porcentaje de lo razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan, o la política maestra de la aseguradora, es el documento controlado, y su resumen de beneficios no incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitantes y condiciones del texto del plan real. Póngase en contacto con el encargado de pagar sus reclamos o con la aseguradora para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) compañía(s) aseguradora(s), con base en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitantes y condiciones del texto del contrato real. Deberá leer las políticas y contratos respectivos para obtener esos detalles. A petición de los interesados, se pondrán a su disposición los formularios de la póliza para su consulta.

El objetivo de este documento es proporcionarle información general sobre el estado y/o los posibles problemas relacionados con su actual sistema de beneficios para empleados. No aborda necesariamente todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como asesoría legal, ni tiene la intención de serlo. Las preguntas relacionadas con inquietudes específicas deberán ser dirigidas a su asesor jurídico o a un abogado que se especialice en esta área.



Seguros | Gestión de riesgos | Asesoría