



**Gallagher**

Insurance | Risk Management | Consulting



## **Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual**

---

**The Marcus Corporation**  
**Enero 01, 2025**

Arthur J. Gallagher & Co.  
[www.ajg.com](http://www.ajg.com)

## Tabla de Contenido

| Notificaciones y Divulgaciones legales   | Página |
|--|--------|
| DIVULGACIÓN DE MODELO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES   | 3      |
| LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES   | 4      |
| LEY DE PROTECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES   | 4      |
| ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP) | 5      |
| NOTIFICACIÓN DE HIPAA POR RECORDATORIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD                            | 10     |
| DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA  | 10     |
| NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE  | 12     |
| MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA             | 15     |
| COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU COBERTURA DE SALUD                    | 21     |
| LEY DE MICHELLE  | 24     |
| INFORME ANUAL RESUMIDO DEL PLAN PROTECTION PLUS DE THE MARCUS CORPORATION                    | 24     |
| IL ESSENTIAL HEALTH BENEFIT NOTICE   | 26     |

**Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o adquieren elegibilidad para Medicare dentro de los próximos 12 meses, una ley federal le otorga más alternativas acerca de su cobertura para medicamentos recetados. Consulte páginas 12-14 donde comienza la sección Notificación de Cobertura Acreditable para obtener más detalles.**

## DIVULGACIÓN DE MODELO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES

En general, el plan de The Marcus Corporation permite, en general, la designación de un proveedor de cuidados primarios. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidados primarios que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo(a) a usted o a sus familiares. Hasta que usted realice esta designación, UnitedHealthcare y Surest designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidados primarios, y para una lista de los proveedores de cuidado primarios participantes, comuníquese con el UnitedHealthcare al 800.672.6330 o [myuhc.com](https://myuhc.com) y Surest al 866.683.6440 o [surest.com](https://surest.com).

Para los menores, usted podrá designar un pediatra como el proveedor de cuidados primarios. Para planes y emisores que provean cobertura para atención obstétrica o ginecológica y exijan que el participante o el beneficiario designe un proveedor de cuidados primarios, añada: Usted no necesita autorización previa de UnitedHealthcare y Surest o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de cuidados primarios) a fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de salud puede ser requerido conformarse con ciertos procedimientos, inclusive obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos de hacer referidos. Para obtener una lista de profesionales de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con el UnitedHealthcare al 800.672.6330 o [myuhc.com](https://myuhc.com) y Surest al 866.683.6440 o [surest.com](https://surest.com).

## LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

Si ha tenido o se le realizará una mastectomía, usted tiene derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 (“WHCRA”, por sus siglas en inglés) Para individuos que gocen de beneficios asociados a la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se entregarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud del plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguro:

Plan 1: Plan HSA - Asociado: Coseguro del 20% y deducible de \$3.300; Familia: Coseguro del 20% y deducible de \$8.400

Plan 2: Surest Copay Plan - Asociado: Coseguro del 0% y deducible de \$0; Familia: Coseguro del 20% y deducible de \$0

Si desea obtener más información respecto a los beneficios por WHCRA, llame a su Administrador del Plan al Phone: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o [nicolevandermeuse@marcuscorp.com](mailto:nicolevandermeuse@marcuscorp.com).

## LEY DE PROTECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud por lo general no podrían, en virtud de la Ley Federal, restringir beneficios por cualquier duración de estadía hospitalaria que se relacione con el parto para la madre o hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los aseguradores no pueden, en virtud de la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o asegurador para indicar una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

## ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [espanol.insurekidsnow.gov](http://espanol.insurekidsnow.gov) para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –**

| ALABAMA – Medicaid  | ALASKA – Medicaid  |
|---|--|
| Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a><br>Teléfono: 1-855-692-5447                  | El Programa de Pago de AK primas del seguro médico<br>Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a><br>Teléfono: 1-866-251-4861<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a><br>Elegibilidad de Medicaid:<br><a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a> |
| ARKANSAS – Medicaid   | CALIFORNIA – Medicaid  |
| Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a><br>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447) | Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program<br>Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a><br>Teléfono: 916-445-8322<br>Fax: 916-440-5676<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>   |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b></p>  | <p><b>FLORIDA – Medicaid</b></p>  |
| <p>Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a><br/>                 Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711<br/>                 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a><br/>                 Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711<br/>                 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a><br/>                 Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>     | <p>Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html</a><br/>                 Teléfono: 1-877-357-3268</p>   |
| <p><b>GEORGIA – Medicaid</b></p>  | <p><b>INDIANA – Medicaid</b></p>  |
| <p>Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a><br/>                 Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1<br/>                 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a><br/>                 Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>   | <p>Programa de pago de primas de seguro de salud<br/>                 Todos los demás son Medicaid<br/>                 Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a><br/> <a href="https://www.in.gov/fssa/df">https://www.in.gov/fssa/df</a><br/>                 Administración de familias y servicios sociales<br/>                 Teléfono: 1-800-403-0864<br/>                 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p> |
| <p><b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p>  | <p><b>KANSAS – Medicaid</b></p>   |
| <p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</a><br/>                 Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366<br/>                 Sitio web de Hawki: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</a><br/>                 Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563<br/>                 Sitio web de HIPP: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp</a><br/>                 Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>      | <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a><br/>                 Teléfono: 1-800-792-4884<br/>                 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>   |
| <p><b>KENTUCKY - Medicaid</b></p>   | <p><b>LOUISIANA – Medicaid</b></p>  |
| <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <a href="https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a><br/>                 Teléfono: 1-855-459-6328<br/>                 Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a><br/>                 Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a><br/>                 Teléfono: 1-877-524-4718<br/>                 Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p> | <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a><br/>                 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 por inscripción:<br/> <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a><br/>                     Teléfono: 1-800-442-6003<br/>                     TTY: Maine relay 711<br/>                     Página web por primos de seguro de salud privado:<br/> <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a><br/>                     Teléfono: 1-800-977-6740<br/>                     TTY: Maine relay 711</p> | <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a><br/>                     Teléfono: 1-800-862-4840<br/>                     TTY: 711<br/>                     Por correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>   |
| MINNESOTA – Medicaid   | MISSOURI – Medicaid   |
| <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a><br/>                     Teléfono: 1-800-657-3672</p>  | <p>Sitio web:<br/> <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a><br/>                     Teléfono: 573-751-2005</p>  |
| MONTANA – Medicaid   | NEBRASKA – Medicaid   |
| <p>Sitio web:<br/> <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a><br/>                     Teléfono: 1-800-694-3084<br/>                     Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPPProgram@mt.gov">HSHIPPPProgram@mt.gov</a></p>   | <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a><br/>                     Teléfono: 1-855-632-7633<br/>                     Lincoln: 402-473-7000<br/>                     Omaha: 402-595-1178</p>   |
| NEVADA – Medicaid  | NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid  |
| <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcftp.nv.gov">http://dhcftp.nv.gov</a><br/>                     Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>  | <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a><br/>                     Teléfono: 603-271-5218<br/>                     Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218<br/>                     Por correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p> |
| NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP   | NUEVA YORK – Medicaid   |
| <p>Sitio web de Medicaid:<br/> <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a><br/>                     Teléfono: 1-800-356-1561<br/>                     Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392<br/>                     Sitio web de CHIP:<br/> <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a><br/>                     Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>   | <p>Sitio web: <a href="https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a><br/>                     Teléfono: 1-800-541-2831</p>   |
| CAROLINA DEL NORTE – Medicaid  | DAKOTA DEL NORTE – Medicaid   |
| <p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a><br/>                     Teléfono: 919-855-4100</p>  | <p>Sitio web: <a href="http://www.hhs.nd.gov/healthcare">http://www.hhs.nd.gov/healthcare</a><br/>                     Teléfono: 1-844-854-4825</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>   | <b>OREGON – Medicaid y CHIP</b>   |
| Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a><br>Teléfono – 1-888-365-3742   | Sitio web: <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a><br>Teléfono: 1-800-699-9075  |
| <b>PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</b>  | <b>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</b>   |
| Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a><br>Teléfono: 1-800-692-7462<br>Sitio web de CHIP: <a href="https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html">https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html</a><br>Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) | Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a><br>Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)  |
| <b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>  | <b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</b>  |
| Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a><br>Teléfono: 1-888-549-0820  | Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a><br>Teléfono: 1-888-828-0059  |
| <b>TEXAS – Medicaid</b>   | <b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>   |
| Sitio web: <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a><br>Teléfono: 1-800-440-0493  | Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP)<br>Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a><br>Por correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a><br>Teléfono: 1-888-222-2542<br>Sitio web de expansión para adultos: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a><br>Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a><br>Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/espanol/">https://chip.utah.gov/espanol/</a> |
| <b>VERMONT – Medicaid</b>   | <b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>   |
| Sitio web: <a href="https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program</a><br>Teléfono: 1-800-250-8427  | Sitio web: <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a><br><a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a><br>Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924  |
| <b>WASHINGTON – Medicaid</b>  | <b>WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>  |
| Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a><br>Teléfono: 1-800-562-3022  | Sitio web: <a href="https://dhr.wv.gov/bms/">https://dhr.wv.gov/bms/</a><br><a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a><br>Teléfono de Medicaid: 304-558-1700<br>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)   |
| <b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>  | <b>WYOMING – Medicaid</b>   |
| Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a><br>Teléfono: 1-800-362-3002  | Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a><br>Teléfono: 1-800-251-1269  |

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol](http://www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de 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 anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

## NOTIFICACIÓN DE HIPAA POR RECORDATORIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### **Proteger sus derechos de privacidad respecto a su información de salud**

El The Marcus Corporation se compromete a mantener la privacidad de la información de salud. Los administradores del plan de The Marcus Corporation (el “Plan”) utilizan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud del uso y divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que resguardan sus derechos de privacidad y sus derechos en virtud de la ley se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Plan. Podría recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad contactando a Nicole Vandermeuse - Sr. Total Rewards Manager al Phone: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o [nicolevandermeuse@marcuscorp.com](mailto:nicolevandermeuse@marcuscorp.com).

## DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

### **Plan de Salud de The Marcus Corporation Notificación de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA**

Nuestros registros indican 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 bajo la denominación HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan: su derecho de inscripción en el plan en virtud de su “disposición de inscripción especial” si usted adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible al tener en efecto otra cobertura y pierda más adelante dicha otra cobertura por determinadas razones habilitantes.

**Pérdida de Otra Cobertura (Excluyendo Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal).** Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de otro seguro o plan de salud grupal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura (o si el empleador cesa las contribuciones para la otra cobertura que tenga usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de Cobertura para Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal.** Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa de seguro de salud infantil.

**Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción.** Si usted tiene un dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Elegibilidad para Asistencia de Prima en virtud de Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños:** Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) adquieren elegibilidad para una subvención de asistencia de prima estatal de parte de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal para niños con respecto a la cobertura según este plan, usted podría ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información acerca de las disposiciones de inscripción especial del plan, contacte a Nicole Vandermeuse - Sr. Total Rewards Manager al Phone: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129 o [nicolevandermeuse@marcuscorp.com](mailto:nicolevandermeuse@marcuscorp.com).

### **Advertencia Importante**

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le pide indicar que la cobertura en virtud de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluido Medicaid o un programa de seguro de salud infantil) es el motivo por el cual rechaza la inscripción y a usted se le pide identificar dicha cobertura. Si usted no completa el formulario, usted y sus dependientes no accederán a la titularidad de derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura antes descrita, pero conservará sus derechos de inscripción especial al tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan, según lo descrito anteriormente. Si usted no adquiere derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura, no puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el plan en cualquier momento, a menos que tales derechos de inscripción especial se apliquen a causa de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan.

## NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

### Aviso Importante de The Marcus Corporation

#### Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con The Marcus Corporation y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. 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 usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. The Marcus Corporation ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el médico, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

#### ¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

## **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de The Marcus Corporation, su cobertura actual no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y abandona su cobertura actual de The Marcus Corporation, debe saber que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

## **¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con The Marcus Corporation y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

## **Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...**

Llame a nuestra oficina para más información <<o llame <<Inserte Contacto Alterno>> al <<(XXX) XXX-XXXX>>. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con The Marcus Corporation cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...**

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite [www.medicare.gov/](http://www.medicare.gov/) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

**Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).**

Fecha: Enero 01, 2025

Nombre de la Entidad/Remitente: The Marcus Corporation

Contacto--Puesto/Oficina: Nicole Vandermeuse - Sr. Total Rewards Manager

Dirección: 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200  
Milwaukee, WI 53202  
United States

Número de Teléfono: Phone: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129

# MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

## Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

**\*\*Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA\*\***

### Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

**Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

## ¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deberán pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir 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 la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

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

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado; o
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

**Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: Nicole Vandermeuse.**

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

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

### **Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA**

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

## **Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA**

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

### **¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?**

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

### **¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?**

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses<sup>1</sup> para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

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

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite [www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a 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, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### **Informe a su plan si cambia de dirección**

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

## **Información de contacto del Plan**

The Marcus Corporation

Nicole Vandermeuse - Sr. Total Rewards Manager

111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200

Milwaukee, WI 53202

United States

Phone: 414.905.1280 | Fax: 414.905.2129

# COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU COBERTURA DE SALUD

## PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (“Mercado”). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta 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 satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

### ¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en 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 ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado 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, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %<sup>1</sup> de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.<sup>1 2</sup>

<sup>1</sup> Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la “norma de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

**Nota:** si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera 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 habituales 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. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que envían una nueva solicitud o actualizan 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 dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de 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 asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

## ¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico 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 Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su 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 que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con The Marcus Corporation, Corporate Human Resources Department Telephone: (414) 905-1000 Fax: (414) 905-2129 Address: 111 E. Kilbourn Avenue, Suite 1200, Milwaukee, WI 53202

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para 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 cobertura de seguro médico e información de contacto de 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 (colegio, 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 resumen del informe anual del plan THE MARCUS CORPORATION PROTECTION PLUS, EIN 39-1139844, Plan N° 506, para el período 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). THE MARCUS CORPORATION se ha comprometido a pagar ciertos reclamos dentales autoasegurados contraídos en virtud de los términos del plan.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

El plan tiene contratos con UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY, HARTFORD LIFE AND ACCIDENT, CURALINC, LLC, SUN LIFE ASSURANCE COMPANY OF CANADA, VISION SERVICE PLAN, METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY y RELIANCE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY para pagar los siniestros médicos, de Stop Loss, de visión, de seguro de vida, de discapacidad a largo plazo, de muerte accidental y desmembramiento, del programa de asistencia al empleado, de enfermedad crítica, de hospital y de accidente en los que se incurra según los términos del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que finaliza el 31/12/2023 ascendieron a \$2.775.314.

### ESTADO FINANCIERO BÁSICO

El valor de los activos del plan, una vez restados los pasivos del mismo, era de \$0 al 31/12/2023, frente a \$870.838 al 01/01/2023. Durante el año del plan, este experimentó una disminución de sus activos netos de \$870.838. Esta disminución incluye la apreciación y la depreciación no realizadas en el valor de los activos del plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del plan al final del año y el valor de los activos al principio del año o el costo de los activos adquiridos durante el año. Durante el año del plan, este tuvo unos ingresos totales de \$13.152.348, incluyendo aportaciones del empleador de \$7.717.288, aportaciones de empleados por \$5.434.007 y otros ingresos por un valor de \$0.

Los gastos del plan ascendieron a \$14.023.186. Estos gastos incluyeron \$775.364 en gastos administrativos y \$13.247.822 en prestaciones pagadas a los afiliados y beneficiarios.

## **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:

- un informe contable;
- información financiera e información sobre pagos a proveedores de servicios; transacciones superiores al 5% de los activos del plan;
- 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 AT 111 E. KILBOURN AVENUE, SUITE 1200, MILWAUKEE, WI 53202 OR BY TELEPHONE AT PHONE: 414.905.1280 | FAX: 414.905.2129.

También tiene derecho a recibir del administrador del plan, previa solicitud y sin costo alguno, un estado de los activos y pasivos del plan y las notas que lo acompañan, o un estado de los ingresos y gastos del plan y las notas que lo acompañan, o ambos. Si solicita una copia del informe anual completo al administrador del plan, estas dos declaraciones y las notas que las acompañan se incluirán como parte de dicho informe. El cargo para cubrir los costos de las copias indicado anteriormente no incluye un cargo por la copia de estas partes del informe porque estas partes se facilitan sin cargo alguno.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan (THE MARCUS CORPORATION AT 111 E. KILBOURN AVENUE, SUITE 1200, MILWAUKEE, WI 53202 OR BY TELEPHONE AT PHONE: 414.905.1280 | FAX: 414.905.2129.) 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. previo pago de los gastos de 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.

# IL ESSENTIAL HEALTH BENEFIT NOTICE

## ESTO ES SOLO PARA EMPLEADOS DE ILLINOIS.

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del empleador:           | The Marcus Corporation         |
| Estado del sitio del empleador: | Wisconsin                      |
| Nombre del emisor:              | United Healthcare              |
| Nombre de mercadeo del plan:    | Surest Copay Plan; Plan de HSA |
| Año del plan:                   | 2024                           |

- 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 la vista (pero la cobertura dental y de la vista 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 2020-2023 (P.A. 102-0630) |   |                          |                                      | Plan del empleador   |
|--|---|--------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Ítem   | Beneficio del EHB   | Categoría del EHB        | Página comparativa N.º de Referencia | ¿Beneficio 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  | Tasa por instalaciones para pacientes ambulatorios (p.ej., S ambulatoria)       | Ambulatorio              | Pág. 21                              | Sí                   |
| 8  | Cirugía ambulatoria Servicios médico-quirúrgicos (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 urgencias (Incluye 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, & 35                  | Sí                   |
| 18   | Servicios hospitalarios para internados (p.ej. Hospital)                        | Hospitalización          | Pág. 15                              | Sí                   |
| 19   | Centro de enfermería especializada  | Hospitalización          | Pág. 21                              | Sí                   |
| 20   | Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (Incluye transporte y alojamiento) | Hospitalización          | Págs. 18 y 31                        | Sí                   |
| 21   | Servicios de diagnóstico  | Servicios de laboratorio | Págs. 6 y 12                         | Sí                   |

**ESTO ES SOLO PARA EMPLEADOS DE ILLINOIS.**

| Lista de beneficios de salud esenciales (EHB) de Illinois para 2020-2022 (P.A. 102-0630) |  |   |   | Plan del empleador   |
|--|--|---|---|----------------------|
| Ítem   | Beneficio del EHB  | Categoría del EHB   | Página comparativa N.º de Referencia          | ¿Beneficio cubierto? |
| 22   | Agente reversor de opiáceos intranasal asociado a opiáceos                           | MH/SUD  | Pág. 32                                       | Sí                   |
| 23   | Tratamiento de salud mental (conductual) (incluye pacientes hospitalizados)          | 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 (incluye pacientes hospitalizados)              | MH/SUD  | Págs. 9 y 21                                  | Sí                   |
| 26   | Telepsiquiatría  | MH/SUD  | Pág. 11                                       | Sí                   |
| 27   | Antiinflamatorio tópico agudo y crónico:   | MH/SUD  | Pág. 32                                       | Sí                   |
| 28   | Cuidados dentales pediátricos  | Cuidados bucal y de la vista                              | Ver el documento dental pediátrico de AllKids | Sí                   |
| 29   | Cobertura oftalmológica pediátrica   | Cuidados bucal y de la vista                              | 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   | Entrenamiento y educación para el autocontrol de la diabetes                         | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 11 4 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/ 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   | Quiropráctica 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: De acuerdo a la Pub. de la Ley 102-0104, con entrada en vigor el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente que sea clínicamente apropiado y médicamente necesario prestar a través de servicios de telesalud debe estar cubierto de la misma manera que cuando dichos EHB se prestan en persona.*

## Descargo de Responsabilidad

El monto que paga el plan por los servicios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red se basa en un monto máximo permitido por el servicio específico prestado. Aunque su plan estipule un desembolso máximo para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que la cantidad máxima permitida para un procedimiento elegible puede no ser igual a la cantidad cobrada por su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia entre el monto cobrado y el monto máximo permitido. Esto se denomina facturación de saldo y la cantidad que se le factura puede ser sustancial. El máximo de desembolso personal descrito en su póliza no incluirá montos que excedan el cargo permitido y otros gastos no cubiertos según lo definido por su plan. La cantidad máxima reembolsable para proveedores fuera de la red puede basarse en una serie de programas, como un porcentaje de lo razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza maestra de la aseguradora es el documento de control, y este beneficio destacado no incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del plan real. Contacte a su ordenante de reclamos o asegurador para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por el (los) transportista(s), basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del contrato real. Las políticas y contratos por sí mismos deben leerse para comprender tales detalles. Los formularios de póliza para su referencia estarán disponibles a pedido.

La intención de este documento es brindarle información general sobre el estado y/o posibles inquietudes relacionadas con su entorno actual de beneficios para empleados. No necesariamente trata por completo todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como, ni tiene la intención de proporcionar, asesoramiento legal. Las preguntas sobre cuestiones específicas deben ser abordadas por su abogado general o un abogado que se especialice en esta área de práctica.

