

**SANTA MONICA**

# **UNITEHERE!**

## **HEALTH BENEFIT FUND**

Administrado por: Benefit Programs Administration  
Teléfono • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894  
[www.santamonicauniteherefunds.org](http://www.santamonicauniteherefunds.org)

**Noviembre 2024**

**Para: Participantes Calificados del  
Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Trust Fund**

**¡La inscripción abierta termina el 6 de diciembre!** Durante la inscripción abierta, puede cambiar su plan médico o dental o agregar dependientes si es elegible. Consulte el Resumen de Beneficios incluido en este paquete para ver las opciones de su plan.

**Si no desea realizar cambios, no es necesario realizar ninguna acción.** Su cobertura actual continuará mientras sea elegible.

### **Cómo inscribirse:**

- Por teléfono/correo: Llame al Fondo al (866) 345-5189 y le enviaremos los formularios por correo. Complete los formularios y envíe el paquete por correo o déjelo en nuestra oficina. Si lo envía por correo, llámenos una semana después para confirmar que lo recibimos. Por correo electrónico: Solicite y devuelva los formularios a **[santamonicaunitehere@bpabenefits.com](mailto:santamonicaunitehere@bpabenefits.com)**
- **Los formularios deben tener matasellos o enviarse por correo electrónico antes del 6 de diciembre de 2024.** No podrá realizar cambios después de esa fecha, a menos que usted o un dependiente tengan un derecho de inscripción especial.
- **Sus cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2025.**
- Si te inscribes en Kaiser y estás en el **Plan Hotel**, deberás llenar el formulario de deducción de nómina y enviar un cheque por \$40 para cubrir la cobertura de Enero y Febrero. Su empleador deducirá su cobertura de Marzo.
- Si se inscribe en Kaiser o Health Net y está en el **Plan de Centros de Evento**, debe completar el formulario de deducción de nómina y enviar un cheque por \$100 (Kaiser) o \$50 (Health Net) para cubrir la cobertura de Enero y Febrero. Su empleador deducirá su cobertura de Marzo.
- Usted y sus dependientes deben estar inscritos en el mismo plan médico y en el mismo plan dental.
- Puede inscribirse en el plan Kaiser Permanente HMO solo si su empleador actual contribuye a la tasa de contribución requerida y ha tenido cobertura bajo el Plan Health Net o el MLK Care Plan durante al menos 12 meses consecutivos a partir del 1 de Enero 2025.