



## SOUTH FLORIDA HOTEL AND CULINARY EMPLOYEES WELFARE FUND

c/o NATIONAL EMPLOYEE BENEFIT ADMINISTRATORS  
2010 NW 150th Avenue, Suite 200, Pembroke Pines, FL 33028  
Toll Free 1-833-304-0380 Fax (954) 266-2079



**Para:** Todos los Participantes Elegibles  
**De:** Junta Directiva  
**Re:** Periodo de Inscripción Abierta - South Florida Hotel y Culinario Fondo de Bienestar y Salud

---

Durante los meses de **abril 15 de 2026 a 5 de junio de 2026**, South Florida Hotel y Culinario Fondo de Bienestar y Salud conducirá la inscripción abierta para los planes de bienestar y salud ofrecidos a través de el Fondo. Todos los participantes elegibles podrán inscribirse para recibir beneficios o hacer cambios tales como: añadir o retirar dependientes, o renunciar a las ventajas del Fondo durante este período.

**SI USTED ESTA ACTUALMENTE INSCRITO EN EL PLAN Y NO HARA NINGUN CAMBIO O MODIFICACION, NO NECESITA REALIZAR NINGUNA ACCION EN ESTE MOMENTO.**

Si desea inscribirse o hacer modificaciones al estatus de su inscripción actual, **debe hacerlo durante abril 15 de 2026 a 5 de junio de 2026**, durante el periodo de inscripción abierta. Puede inscribirse o designar un Médico de atención primaria (PCP) visitando el siguiente sitio web:

<https://www.nebainc.com/unitehere/>

Si lo prefiere, también puede llamar al 1-833-304-0380 o enviar un correo electrónico a [uhenrollment@nebainc.com](mailto:uhenrollment@nebainc.com) y solicitar una solicitud en papel. **Por favor tenga en cuenta que se requerirá prueba de la condición de dependiente para todos los dependientes inscritos.**

Se le pedirá que proporcione copias de los siguientes documentos si desea inscribir a nuevos dependientes:

**ESPOSO/A:**

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de Matrimonio

**PAREJA DE HECHO:**

- Tarjeta de Seguro Social
- formulario de pareja de hecho notariado

**HIJOS:**

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de Nacimiento
- Papeles legales de adopción (si corresponde)
- Documentos del Tribunal que declara la dependencia (si corresponde)

**Si está inscribiendo nuevos dependientes, esta documentación debe presentarse a la Oficina de Fondo Gerente Administrativo, NEBA, o sus nuevos dependientes no serán agregados al plan.** Esta información puede ser proporcionada a través de una carga segura de archivos <https://www.nebainc.com/unitehereupload/>, enviada por

correo a: NEBA, Inc., 2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028, o por fax a: (954) 266-2079 antes del 5 de junio de 2026.

### **EVENTOS PARA OBTENER UNA INSCRIPCIÓN ESPECIAL**

Los miembros que son elegibles para inscribirse en el plan de Bienestar y Salud pero no quieren, o no deseen inscribir algunas de las personas a su cargo Durante este periodo de inscripción abierta, tendrán que esperar hasta que se abra el siguiente período de inscripción abierta. A menos, que este cambio se realice bajo alguna de las siguientes circunstancias:

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) llegaran a ser elegibles para recibir un subsidio de asistencia estatal para el pago de primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, Usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de elegibilidad para dicha asistencia, ya sea suya o de sus dependientes.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a causa de otro seguro médico o cobertura grupal de salud, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si pierde la condición de elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a esa cobertura para usted o sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al fin de la cobertura para usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a esa otra cobertura).

Si rechaza la inscripción para usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge), por tener cobertura de Medicaid o cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil vigente; podrán inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan, si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes al fin de la cobertura otorgada por Medicaid o por el programa estatal de seguro médico infantil.

Para más información, comuníquese con la Oficina del Fondo al 1-833-304-0380.

**¡Visite el código QR a continuación para comenzar!**

