



www.seiu36.com



¡Es tiempo de inscripción abierta!

2025
Guía de beneficios

¡Solo tienes hasta el 2 de diciembre para inscribirte en los Beneficios de Tiempo Completo de BOLR BMCA para 2025!

(Para participantes con primas pagadas por el empleador para cobertura de dependientes)

¿Qué hay dentro?

Descripción general de la inscripción abierta	2
Datos básicos	3
Beneficios médicos	4
Términos importantes.....	5
Salud y Bienestar (Estilos de Vida SaludablesSM)— ¡Trabajando para apoyar su salud todos los días!	6
Beneficios de salud conductual	7
Resumen de beneficios.....	8
Beneficios de medicamentos recetados	10
Beneficios dentales	11
Beneficios de la visión	13
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	14
Prestaciones por discapacidad	15
Avisos importantes	16

¿Necesita un formulario?
¡Consulta el frente
de esta guía y nuestro
sitio web!

Los formularios que debe completar para la inscripción se encuentran en las primeras páginas de esta guía y en Contactos y recursos.

página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) en nuestro sitio web. Los formularios del sitio se pueden completar en línea. Solo tendrá que imprimirlos, firmarlos y luego enviarlos por correo a la Oficina del Fondo.



Cada formulario le indicará las condiciones en las que debe completarlo. Complete únicamente los formularios que correspondan a su caso. Corte cada formulario completado por el borde perforado y envíelo por correo a la Oficina del Fondo utilizando el sobre de devolución incluido en esta guía.

RECUERDA: Elige

¡Tenga cuidado! Una vez que finalice el período de inscripción abierta, no podrá cambiar sus elecciones hasta el próximo período de inscripción abierta en el otoño de 2025, para la cobertura que entrará en vigencia el 1 de enero de 2026, a menos que tenga un cambio de estado calificado.

Descripción general de la inscripción abierta

Octubre de 2024

En esta Guía y los materiales que la acompañan, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios de tiempo completo de BOLR BMCA en 2025.

La inscripción abierta es su oportunidad anual de revisar su cobertura y realizar cambios en los beneficios que elija o en los dependientes que cubra. Fuera de la inscripción abierta, solo se le permite realizar cambios si son el resultado de un cambio de vida calificado (un "evento calificado") como se describe a continuación. Revise los materiales adjuntos y considere sus necesidades y las de su familia antes de tomar decisiones de inscripción. Si desea realizar cambios en su estado de dependiente, devuelva su formulario de inscripción de tiempo completo de BMCA completo a la Oficina del Fondo a más tardar el 2 de diciembre de 2024.

Si desea conservar las mismas opciones de beneficios y cobertura que tiene ahora, no necesita hacer nada.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina de Fondos de Beneficios. Puede comunicarse con nosotros al (215) 568-3262, extensión 1400 o al (800) 338-9025, extensión 1400 (fuera del área de llamadas locales). También puede acercarse a la oficina del fondo SEIU Local 32 BJ, Distrito 36, ubicada en 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 para hablar con uno de nuestros representantes. Asegúrese de llamarnos antes de venir.

IMPORTANTE: Recordatorio de cambio de estado

SOLO puede agregar o eliminar dependientes o hacer cualquier otro cambio en su cobertura de beneficios fuera del período de inscripción abierta si experimenta un evento calificador. Un evento calificador significa que usted o su dependiente experimenta un cambio de vida que afecta la administración de sus beneficios. Algunos ejemplos incluyen casarse, dar a luz o divorciarse. En estos casos, es posible que deba agregar o eliminar dependientes de su cobertura del Fondo.

Para todos los eventos que califican, debe proporcionar documentación del cambio de estado (como un certificado de nacimiento o matrimonio). La Oficina del Fondo DEBE recibir la documentación dentro de los 31 días posteriores al evento que califica (90 días para el nacimiento de su hijo). Revise la Descripción resumida del plan o comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener más información sobre los eventos que califican.

Nota: Si tiene un evento calificado y necesita completar un nuevo formulario de censo/beneficiario para reflejar el cambio de estado, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Este documento y los materiales incluidos en su paquete de inscripción brindan una descripción resumida de sus beneficios del Fondo de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32BJ, Distrito 36 y los cambios que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025. Estos materiales complementan otras descripciones de los beneficios de su Plan. Los cambios descritos en estos documentos y los materiales adjuntos entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2025. El Fondo espera continuar con el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios de manera indefinida, pero se reserva el derecho de modificar, suspender o terminar el Plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo. Ni la recepción de este paquete de inscripción ni la inscripción en cualquiera de los beneficios ofrecidos bajo el Plan constituyen un contrato de empleo. Lea estos documentos con atención y guarde esta información importante con sus otros materiales de beneficios para referencia futura.

Datos básicos

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para el Plan de Tiempo Completo BOLR BMCA si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado mediante un acuerdo de negociación colectiva a realizar contribuciones en su nombre al Fondo.

Si es elegible para participar en el Plan de tiempo completo de BOLR BMCA, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Niños desde el nacimiento hasta los 26 años
- Hijastros hasta los 26 años
- Hijos adoptados (desde la fecha de colocación en su hogar) hasta los 26 años
- Niños colocados en adopción
- Hijos mayores de 26 años incapaces de mantener un empleo debido a discapacidad mental o física.

Cualquier niño por quien usted asuma gratuitamente el sustento no será considerado dependiente.

Inscripción de dependientes

Debe completar y enviar la siguiente información para inscribir a sus dependientes en el Plan:

- Formulario de inscripción de dependientes (recuerde completar ambos lados)
- Estado de dependencia del documento : algunos ejemplos de documentación incluyen:
 - Certificado de nacimiento estatal válido que nombre a ambos padres en el caso de los hijos naturales o hijastros menores de 26 años
 - Comprobante de adopción de un niño adoptado legalmente menor de 26 años
 - Si es necesario agregar a sus hijos menores de 26 años como resultado de un Certificado Médico Calificado Orden de manutención de menores, proporcione una copia de la orden
 - Comprobante de número de Seguro Social
 - Si tiene un hijo que debe permanecer en su cobertura después de los 26 años
Debido a una discapacidad física o mental que les impide mantenerse por sí mismos, la Oficina del Fondo exige documentación periódica de su discapacidad. Esta información debe proporcionarse dentro de los 31 días posteriores al 26.º cumpleaños del niño.

Si decide eliminar a un dependiente del Plan, debe completar el formulario de exclusión voluntaria y enviar prueba de otra cobertura de salud para ese dependiente a la Oficina del Fondo.

Cualquier cambio que realice en su estado de dependiente debe completarse y devolverse a la Oficina del Fondo en el sobre con su dirección y estampilla adjunto antes del 2 de diciembre de 2024. Si no agrega ni elimina un dependiente durante la inscripción abierta, debe esperar para hacerlo hasta que usted o su dependiente experimenten un evento calificado.

Orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO)

Si se le exige que proporcione manutención infantil y cobertura de atención médica en virtud de una Orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación de la información requerida. Una QMCSO es cualquier sentencia, decreto u orden emitida por el tribunal que le exige que proporcione cobertura de atención médica para un niño. Para obtener información adicional sobre los procedimientos para la administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Beneficios médicos

Recordatorios importantes:

Los beneficios descritos en esta Guía entran en vigencia el 1 de enero de 2025.

Los deducibles, copagos, coaseguros y máximos se combinan para los beneficios dentro y fuera de la red, cuando corresponda.

Cuando utiliza un proveedor fuera de la red, usted es responsable de la diferencia entre lo que facturó el proveedor y lo que pagó su seguro.

Requisitos de precertificación

Ciertos servicios deben ser aprobados como médicamente necesarios antes de recibir tratamiento.

Esto se denomina precertificación. Algunos servicios que requieren precertificación incluyen: • TODAS las admisiones hospitalarias

que no sean de emergencia • Cirugía electiva para pacientes internados

• Equipo médico duradero seleccionado

• Atención médica domiciliaria

• Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados

• Resonancia magnética/ARM

• Tomografía computarizada (TC)/angiografía por cateterismo (ATC)

• Tomografía por emisión de positrones (PET)

Nota: Esta no es una lista completa de servicios. Blue Cross puede cambiar los requisitos de precertificación de vez en cuando. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross para obtener más información.

No te olvides de la atención preventiva

Es importante que los exámenes, pruebas y evaluaciones de rutina sean una prioridad. La atención preventiva puede detectar enfermedades crónicas e infecciones como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas antes de que se conviertan en problemas de salud graves. La detección temprana aumenta las probabilidades de recuperación.

El primer paso es programar su examen físico anual con su médico de atención primaria (PCP).

Pregunte qué pruebas y exámenes de detección debe realizarse. Por ejemplo, la Sociedad Estadounidense del Cáncer recomienda que las personas comiencen a hacerse exámenes de detección de cáncer colorrectal a los 45 años.

Los análisis periódicos de colesterol permiten detectar signos de enfermedad de las arterias coronarias y las visitas anuales de control de la salud de la mujer pueden detectar el cáncer de mama de forma temprana.

La atención preventiva es fácil y asequible. La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos al 100 % siempre que consulte a un proveedor de la red. Si no tiene un médico de cabecera, puede buscar uno en línea en www.ibx.com o puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Independence al (800) 275-2583.

Términos importantes

Copago máximo anual—

es el máximo que pagará de su bolsillo en copagos por los servicios dentro de la red que reciba durante el año. Una vez que alcance su máximo anual, el plan paga el 100 % del costo de los servicios dentro de la red por el resto del año.

Centro de Distinción Azul + —

Centros de cirugía ambulatoria con la distinción Blue Cross que se especializan en reemplazo de rodilla y cadera. Los centros con la distinción Blue Cross cumplen con altos estándares de calidad, costo, experiencia, eficacia y eficiencia.

Coaseguro—

es el porcentaje de los costos elegibles que usted paga por los servicios, después de haber pagado el deducible.

Copago—

Es la cantidad fija en dólares que usted paga por algunos servicios médicos en el momento en que recibe la atención.

Deducible-

es la parte de sus gastos cubiertos que usted paga cada año antes de que su plan médico comience a pagar beneficios por servicios específicos.

Proveedores dentro de la red:

Son un grupo selecto de proveedores e instalaciones que han acordado cobrar tarifas negociadas por sus servicios. Cuando utiliza estos proveedores, recibe "atención dentro de la red".

Gastos médicamente necesarios—

están cubiertos por los planes si son servicios o suministros considerados necesarios y apropiados y cubiertos por el plan. Algunos servicios y suministros no están cubiertos en absoluto, mientras que los beneficios de otros servicios (como la atención quiropráctica) son limitados. Además, el gasto debe realizarse mientras el paciente esté cubierto por el plan, a menos que se especifique lo contrario.

Proveedores fuera de la red (solo plan de opción alta)

son médicos, proveedores de atención médica o instalaciones que no forman parte del grupo selecto de proveedores bajo el Plan de Opción Alta.

Centro médico centrado en el paciente (PCMH)

Blue Cross ha identificado a ciertos médicos, incluidos los PCP, que participan en un centro médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés). Un PCMH es un consultorio o grupo de médicos que trabajan juntos para coordinar y personalizar mejor su atención. Recibir atención en un PCMH y seleccionar a un médico de PCMH como su PCP le permitirá ahorrar dinero.

Médico de atención primaria (PCP)—

A veces se lo denomina "médico de familia". Es el médico que le proporciona el primer contacto cuando tiene un problema de salud. El PCP también proporciona atención continua y derivaciones a especialistas según sea necesario. Blue Cross ha designado a ciertos médicos como "PCP"; debe consultar su Directorio de médicos de Blue Cross para seleccionar un PCP elegible.

Salud y Bienestar (Estilos de Vida SaludablesSM)— ¡Trabajando para apoyar su salud todos los días!

La mayoría de las personas tienden a pensar en su salud y en sus beneficios de atención médica solo cuando están enfermas, o una vez al año, cuando llega el momento de su examen físico anual. En realidad, debería pensar en su salud y en sus beneficios de atención médica todos los días.

Esta es la razón. Las decisiones que toma todos los días (los alimentos que elige comer, usar el cinturón de seguridad, tomar sus medicamentos según las indicaciones de su médico) pueden tener un impacto significativo en su salud, ya sea de manera positiva o negativa. Los programas de Independence Healthy Lifestyles Solutions pueden ofrecerle apoyo y orientación mientras toma medidas positivas para mejorar su salud y sus posibilidades de mantenerse bien.

El programa Healthy Lifestyles Solutions está diseñado para que usted se mantenga saludable, ya sea por las decisiones de estilo de vida inteligentes que tome o por soluciones personalizadas que sean tan individuales como usted. Lo mejor de todo es que los programas son gratuitos para usted y sus dependientes elegibles. Debe estar inscrito en el plan médico para ser elegible para participar en el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables.

Para obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas del programa Healthy Lifestyles Solutions, llame al 800-ASK-BLUE de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este de EE. UU., y siga las instrucciones del programa Healthy Lifestyles Solutions. También puede encontrar información sobre el programa en línea en www.ibxpress.com o descargando la aplicación móvil de IBX.

¡Manténgase saludable y obtenga recompensas también!

Reciba recompensas por dar pequeños pasos todos los días que pueden generar grandes cambios en su salud. Los reembolsos de Healthy Lifestyles Solutions le ofrecen:

- Hasta \$150 de reembolso en sus tarifas del gimnasio

- \$150 de reembolso en un programa de control de peso aprobado
- \$150 de reembolso para programas que le ayudarán a dejar de fumar

Le facilitamos la recuperación de dinero por llevar una vida saludable con nuestros programas de reembolsos. No es necesario inscribirse. Usted cumple con los requisitos de elegibilidad cuando completa 120 visitas en un centro aprobado. Simplemente envíe su documentación para solicitar un reembolso de manera rápida y segura.

Nota: Estos programas son administrados por Independence Blue Cross. Debe tener cobertura con Independence al momento de solicitar el reembolso.

La enfermera de gestión de la salud puede responder a sus preguntas relacionadas con la salud

Entendemos que su tiempo es valioso, lo que puede dificultar aún más el control de su salud y el manejo de afecciones médicas crónicas, como diabetes, asma y enfermedades cardíacas. Es por eso que la Oficina del Fondo de Beneficios del Distrito 36 de SEIU Local 32BJ cuenta con una enfermera de gestión de la salud que puede brindarle orientación y ayudarlo a asumir un papel activo en el manejo de su afección.

La enfermera está aquí para:

- Responder a tus preguntas
- Revisar los signos y síntomas de enfermedades crónicas.
- Ayudarlo a preparar preguntas para su médico.
- Enviarle información útil

Debe inscribirse en el programa Healthy Lifestyles Solutions para ser elegible. Se aplican restricciones y pautas especiales. El programa Healthy Lifestyles Solutions es administrado por Independence Blue Cross y los detalles del programa pueden cambiar en cualquier momento. Llame, visite www.ibxpress.com o descargue la aplicación móvil de IBX para obtener la información más actualizada sobre el programa Healthy Lifestyles Solutions.

Debe haber elegido cobertura médica con Independence para calificar para los reembolsos.

La enfermera trabajará con usted de manera individual en los temas médicos que sean importantes para usted, con el objetivo de ayudarlo a estar lo más saludable posible. Todas las conversaciones son completamente confidenciales.

Comuníquese con la Oficina del Fondo de Beneficios y charle con la enfermera Judy. Una conversación de 10 minutos podría ponerlo en el camino hacia una mejor salud y una vida más sana en general.

La enfermera está disponible de 9 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes, por teléfono al 215-568-2345 o al 800-338-9025, ext. 1401 (fuera del área de llamadas).

Programa de Gestión de la Salud para la Diabetes

Si tiene diabetes, puede ser elegible para participar en el Programa de Gestión de la Salud para la Diabetes. El programa se centra en ayudarlo a controlar y tratar la diabetes.

El programa es confidencial y voluntario. Al inscribirse, debe aceptar completar el programa para recibir todos los beneficios.

Bajo el programa podrás recibir:

- Asesoramiento telefónico personalizado y controles por parte de nuestra enfermera especializada.
- Copagos reducidos para medicamentos genéricos y de marca para la diabetes que se utilizan para tratarla.
- Información de nutricionistas para aprender a controlar la diabetes.

Beneficios de salud conductual

Su beneficio de salud conductual está cubierto a través de MHC y no es parte de sus beneficios médicos con su plan médico Independence Blue Cross.

MHC está aquí para brindarle apoyo a usted y a su familia que puedan tener problemas con el consumo de sustancias o problemas emocionales o de salud mental. Los profesionales experimentados de MHC le brindarán la mejor atención y cuidado posibles. Para obtener más información sobre los beneficios y servicios de salud conductual disponibles para usted, llame al 800-255-3081 o visite su sitio web en www.mhconsultants.com.

Muestre su tarjeta de MHC si necesita tratamiento con un proveedor de salud conductual. Comuníquese directamente con MHC al 800-255-3081 para hablar con un administrador de casos de MHC.

MHC puede ayudar con problemas como:

- Ansiedad/estrés
- Consumo de sustancias
- Depresión
- Estrés postraumático
- Dolor
- Problemas familiares
- Y mucho más.

Resumen de beneficios

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/ AUTO-REFERIDO
Deducible (Anual)		
Individual	\$0	\$250
Familia	\$0	\$500
Máximo de desembolso anual		
Individual	\$6,750	\$6,750
Familia	\$13,500	\$13,500
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
Paciente hospitalizado ¹	100%	70% del monto permitido, después del deducible Hasta 70 días por año calendario
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Reemplazo de rodilla y cadera ^{1,2} Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Sala de emergencia	Para las visitas 1 y 2: 100 % después de un copago de \$100 Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Exento si es admitido	Para las visitas 1 y 2: 100 % después de un copago de \$100 Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Exento si es admitido
Atención de emergencia	100% después de un copago de \$40	70% del monto permitido, después del deducible
Centro de enfermería especializada ¹ Hasta 60 días al año	100%	No cubierto
Consultorio médico PCMH PCP	100% después de un copago de \$10	70% del monto permitido, después del deducible
Consultorio médico Médico de cabecera y especialistas que no pertenecen a PCMH	100% después de un copago de \$20	70% del monto permitido, después del deducible
Atención preventiva para adultos y Niños ³	100%	70% del monto permitido, sin deducible
Examen ginecológico de rutina/prueba de Papanicolaou (uno por año)	100%	70% del monto permitido, sin deducible
Mamografía	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Vacunas pediátricas	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Cirugía ¹ (puede requerirse certificación previa para algunas cirugías ambulatorias)	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Laboratorio/Patología para pacientes ambulatorios ⁴	100%	70% del monto permitido, después del deducible

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/ AUTO-REFERIDO
Radiografía diagnóstica ambulatoria/ Radiología ^{1,4,5}	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Atención médica domiciliaria ¹ Hasta 200 visitas por año calendario	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Fisioterapia/Terapia Ocupacional ^{4,5} Terapia del habla Hasta 30 visitas por modalidad, por año calendario	100% después de un copago de \$20	No cubierto
Rehabilitación cardíaca o pulmonar Hasta 36 visitas por modalidad, por año calendario	100% después de un copago de \$20	70% del monto permitido, después del deducible
Equipo médico duradero ¹ Algunos artículos requieren precertificación	100%	No cubierto
Ambulancia Transporte de emergencia Transporte no urgente ¹	100% 100%	100% del monto permitido, sin deducible 70% del monto permitido, después del deducible
Maternidad Primera visita al obstetra Hospital	100% 100%	70% del monto permitido, después del deducible 70% del monto permitido, después del deducible
Quiropráctica (manipulación espinal) ⁵ Hasta 10 visitas por año calendario	100% después de un copago de \$20	70% del monto permitido, después del deducible
Diálisis/Radiación ¹ /Quimioterapia	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Asesoramiento nutricional 6 visitas al año	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Fórmulas nutricionales y Productos alimenticios sólidos médicos ¹ Puede ser necesaria una precertificación	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Enfermería privada para pacientes ambulatorios ¹ Hasta 360 horas por año calendario	90%	70% del monto permitido, después del deducible
Cuidados paliativos ¹ Hasta 210 días de vida útil	100%	No cubierto
Servicios del programa de salud conductual y uso de sustancias proporcionados por MHC, Inc. Llame al (800) 255-3081.		
Paciente hospitalizado ^{6,7}	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Visitas ambulatorias fuera del consultorio ⁶	100%	70% del monto permitido, después del deducible
Paciente ambulatorio ⁶	100% después de un copago de \$20	70% del monto permitido, después del deducible

¹ Se requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con el departamento de servicios para miembros de Keystone HPE (Independence Blue Cross) para obtener más información sobre los servicios que requieren precertificación.

² El tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center + centro para reemplazo de rodilla y cadera está cubierto al 100 %; el tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center o en cualquier otro centro participante de Keystone o centro designado por AmeriHealth está cubierto al 70 %. No hay cobertura para reemplazos de rodilla o cadera realizados fuera de la red.

³ Debe acudir a su médico de atención primaria (PCP) elegido.

⁴ Debe acudir al sitio designado por el PCP para que la atención se considere dentro de la red.

⁵ Se requiere derivación del médico de atención primaria (PCP).

⁶ Los servicios dentro de la red son administrados por MHC, Inc., no por Keystone ni AmeriHealth. Comuníquese con MHC para obtener una lista de proveedores de la red. Llame a MHC al 800-255-3081 o visite HMC en línea en www.mhconsultants.com.

⁷ Se requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la precertificación de servicios relacionados con la atención conductual. Tratamiento de salud y consumo de sustancias.

Beneficios de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada a través de CVS Caremark, comienza automáticamente cuando se inscribe en la cobertura médica del Plan. Puede obtener un suministro de medicamentos de hasta 30 días yendo a cualquier farmacia de la red y mostrando su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de CVS Caremark. Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento de hasta 90 días yendo directamente a cualquier farmacia CVS o utilizando la farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark. No será elegible para los beneficios de medicamentos recetados si opta por no participar en el plan médico.

Surtidos minoristas de 90 días disponibles solo en farmacias CVS.

El uso de la farmacia de pedidos por correo CVS Caremark para medicamentos de mantenimiento le permitirá ahorrar dinero.

Sus copagos

Cada vez que surta una receta, pagará un copago dependiendo de la clasificación del medicamento.

Hay tres niveles de medicamentos recetados:

- **Genéricos:** medicamentos de venta con receta que son equivalentes de menor costo a los medicamentos de marca. Están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. y tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca.
- **Formulario:** una lista de medicamentos de marca elegidos por un panel de médicos y farmacéuticos. Los medicamentos del formulario se seleccionan cuidadosamente por su eficacia, seguridad y costo.
- **Medicamentos fuera del formulario:** medicamentos de marca que no están en el formulario. Usted paga el 100 % del costo de los medicamentos fuera del formulario.

Si su receta es para:	Minorista (suministro para 30 días)	Minorista (suministro para 90 días)*	Hogar Entrega (suministro para 90 días)
	Tú pagas		
Medicamentos genéricos	\$7	\$14	\$14
Formulario de medicamentos de marca	\$22	\$44	\$44
Medicamentos no incluidos en el formulario	Usted paga el 100% del costo.		

*Para llenar una receta para un suministro de medicamentos de 90 días en una farmacia minorista, debe utilizar una farmacia CVS.

Su máximo de desembolso anual

Existe un límite máximo anual de desembolso personal para los gastos de medicamentos recetados. Una vez que alcanza el máximo anual de desembolso personal, el plan paga el 100 % de los costos de sus medicamentos recetados.

Sus copagos se aplican al máximo anual de desembolso personal. Los gastos pagados por medicamentos no cubiertos por el plan de medicamentos recetados no se aplican. Existe un máximo anual de desembolso personal independiente para los beneficios médicos.

Los máximos de desembolso anual de medicamentos recetados son: • Individual:

\$1,950

• Familia: \$3,900

¿Qué es un Formulario?

Un formulario es una lista de medicamentos genéricos y de marca. El formulario fue desarrollado por un comité de médicos y farmacéuticos de CVS Caremark. El comité revisa y actualiza periódicamente el formulario en función de la información más reciente disponible sobre la eficacia de cada medicamento.

Puede encontrar el formulario actual registrándose en www.caremark.com. El formulario está sujeto a cambios durante el año a medida que se agregan nuevos medicamentos, los medicamentos de marca tienen alternativas genéricas o cambia su estado en el formulario.

Beneficios dentales

El cuidado dental profesional y regular no solo es esencial para una buena salud, sino que también puede prevenir problemas graves o costosos. Por eso, nuestro plan dental, proporcionado a través de Delta Dental, cubre una gama completa de servicios dentales, que incluyen atención preventiva y de diagnóstico.

La inscripción en el Plan Dental es opcional. Inscribese en el plan si usted (o sus dependientes) necesitan cobertura. Puede inscribirse en el Plan Dental incluso si renuncia a la cobertura médica, y puede inscribirse para un nivel de cobertura diferente. Por ejemplo, podría inscribirse para una cobertura médica solo para empleados, pero inscribirse para una cobertura dental familiar.

Cuadro de Beneficios Dentales

Deducible	Ninguno
Beneficio máximo anual	\$3,000 por persona por año
Atención preventiva y diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal, limpieza, radiografías de mordida (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites) Selladores o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad) 	100%
Restaurativo básico <ul style="list-style-type: none"> Rellenos 	100%
Restauración mayor <ul style="list-style-type: none"> Reparaciones de coronas existentes Incrustaciones, onlays, coronas, restauraciones fundidas Puentes y dentaduras postizas 	50%
Endodoncia <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de conductos radiculares 	80%
Periodoncia <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de encías 	80%
Ortodoncia	50% Máximo de por vida de \$1000

Cómo utilizar un dentista participante puede ayudarle a ahorrar dinero

Este es un ejemplo de cómo utilizar un dentista de la red Delta Dental puede ahorrarle dinero.

Procedimiento: Corona	Si utiliza un dentista participante	Si utiliza un dentista no participante
Honorarios del dentista	\$900	\$900
Tarifa contratada de Delta Dental (gasto elegible)	\$700	\$700
El plan paga (50% de la tarifa contratada)	\$350	\$350
Tú pagas	\$350	\$550 (diferencia entre la tarifa contratada de Delta y la tarifa del dentista de \$900)

Nota: Este cuadro es solo para fines ilustrativos. Los costos reales pueden variar.

Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

Si se espera que su tratamiento cueste \$300 o más, pídale a su dentista que “predetermine los beneficios” con Delta Dental antes de que comience el tratamiento (esto significa evaluar si el tratamiento sugerido es adecuado y determinar cuánto pagará el Plan por la atención). Con la predeterminación, usted sabe exactamente cuánto pagará el Plan y cuánto pagará usted. De esa manera, puede hacer arreglos financieros antes de que comience el tratamiento.

Para determinar los beneficios, su dentista debe enviar un formulario de reclamo a Delta Dental que describa el tratamiento propuesto y los cargos estimados. Delta Dental le enviará un estado de cuenta que muestra los servicios que estarán cubiertos y cuánto pagará el Plan. Puede revisar el plan de tratamiento con su dentista y acordar los servicios que se realizarán. Una vez finalizado el tratamiento, devuelva el estado de cuenta original, con las fechas de los servicios y las firmas necesarias, a Delta Dental para el pago.

Revise la descripción resumida de su plan para obtener una lista completa de limitaciones y exclusiones dentales.

Beneficios de la visión

Cómo funciona el plan

Tiene la opción de recibir atención oftalmológica de un proveedor participante de National Vision Administrator (NVA) o de cualquier otro especialista en atención oftalmológica. Sin embargo, recibe los máximos beneficios cuando utiliza un médico oftalmólogo o un optometrista participante.

- Cuando utiliza un proveedor participante, recibe los máximos beneficios porque el Plan paga el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina.
- Cuando utilice un proveedor no participante, el Plan le reembolsará los exámenes, los marcos de anteojos y los lentes o lentes de contacto. Usted paga el costo total cuando recibe los servicios. Luego, debe presentar un reclamo para que se le reembolse la parte del costo que le corresponde al Plan.

Lo que paga el plan

Cuando recibe servicios de un proveedor participante de NVA, el Plan paga el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses.

El Plan también paga un nuevo par de lentes y marcos o lentes de contacto, hasta \$120 cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

Cuando recibe servicios de un proveedor de la vista no participante, el Plan pagará hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

El Plan también paga hasta \$60 por lentes y hasta \$60 por marcos, o hasta \$120 por lentes de contacto, una vez cada 24 meses para niños y adultos.

Gastos no cubiertos (Tenga en cuenta que esta es solo una lista parcial).

El Plan Visión no cubre:

- Fotografía del fondo del ojo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- Servicios o materiales proporcionados como resultado de la Ley de Compensación al Trabajador u obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o,
- Gafas de sol sencillas o graduadas.

Con el Plan de la vista, puede usar su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta junto con ofertas especiales, como cupones o promociones especiales.

Seguro de vida y muerte accidental y Seguro por desmembramiento (AD&D)

Hoy en día, el seguro de vida es más que un "beneficio que da tranquilidad": es una de las necesidades de la vida.

El seguro de vida está diseñado para ofrecer protección a su familia, o a cualquier persona que dependa de sus ingresos, si usted muere. El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le paga un beneficio si sufre la pérdida accidental de una extremidad o de la vista, y le paga un beneficio a su(s) beneficiario(s) si usted muere como resultado de un accidente cubierto.

Los dependientes no son elegibles para la cobertura de seguro de vida y AD&D.

Este beneficio del seguro de vida generalmente solo se paga si usted muere mientras se encuentra en un empleo cubierto activo.

Cualquier beneficio de AD&D pagadero como resultado de su muerte accidental es igual al monto de su seguro de vida y se paga además de su beneficio de seguro de vida.

El monto del beneficio por AD&D depende del tipo de pérdida accidental.

Consulte la Descripción Resumida de su Plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones.

Consulte la Descripción resumida de su plan para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

Beneficio exclusivo para empleados

Muerte, natural	\$25,000
Muerte, accidente	\$25,000 (además de lo anterior)
Beneficios del desmembramiento	Monto específico determinado por pérdida

No olvide a su beneficiario

Para asegurarse de que los beneficios se paguen a la persona que usted desea, debe nombrar a su beneficiario y mantener sus designaciones de beneficiarios actualizadas a medida que su vida cambia. Si es elegible recientemente o si hay cambios en su estado de dependiente, complete un formulario de información del censo demográfico/beneficiario. Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita un nuevo formulario. Devuelva el formulario a la Oficina del Fondo.

Prestaciones por discapacidad

Si usted es un empleado de tiempo completo y su empleador hace una contribución adicional al Fondo para beneficios por discapacidad, usted es elegible para recibir beneficios por discapacidad. Los beneficios por discapacidad le brindan a usted y a su familia un pago semanal complementario si queda discapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

El tiempo específico de prestación por incapacidad se determina según el diagnóstico y las pautas de discapacidad establecidas. Sin embargo, ninguna incapacidad puede exceder el beneficio máximo de 26 semanas.

Para que se consideren los beneficios por discapacidad, debe completar un formulario de reclamo por discapacidad y debe proporcionar documentación de un médico legalmente calificado que certifique que está discapacitado y no puede realizar sus tareas laborales normales. Tenga en cuenta que los proveedores de MHC también pueden certificar la discapacidad.

Si es elegible, recibirá un beneficio semanal equivalente a un porcentaje de su salario regular, hasta un máximo semanal, mientras esté discapacitado y permanezca bajo el cuidado regular directo de un médico legalmente calificado o su atención esté siendo administrada por un proveedor de Salud Mental/Uso de Sustancias de MHC.

Su solicitud de incapacidad comienza el cuarto día hábil después de que visite a su médico como resultado de su incapacidad. No se pagarán beneficios por incapacidad por ningún período en el que haya faltado al trabajo antes de visitar a su médico.

Los formularios de discapacidad deben presentarse a tiempo. Si está sin trabajo debido a una discapacidad continua que supera un mes, debe presentar formularios de continuación ("formularios azules") de manera regular, generalmente una vez al mes. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos y los plazos.

Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario.

Para obtener más información sobre los beneficios por discapacidad, consulte la Descripción resumida del plan o llame a la Oficina del Fondo al 215-568-3262 o al 800-338-9025 fuera del área de llamadas local.

* Si su empleador está obligado a realizar una contribución adicional para los beneficios por discapacidad.

Tenga en cuenta: Algunos empleadores pueden seguir estando sujetos a la asignación de beneficio de tarifa fija, según los requisitos de su contrato. Si es elegible para el beneficio semanal de tarifa fija para empleados de tiempo completo que trabajan 40 horas o más por semana, la tarifa será de \$210 por semana. Para los empleados de tiempo completo que trabajan entre 30 y 39 horas por semana, la tarifa será de \$175 por semana.

El médico que certifique su discapacidad DEBE ser un médico de la red.

"Médico legalmente calificado" incluye médico (MD), doctor en osteopatía (DO), doctor en cirugía dental (DDS), doctor en medicina dental (DMD) o doctor en medicina podiátrica (DPM).

Cualquier reclamo por discapacidad debe presentarse en la Oficina del Fondo dentro de los 60 días a partir de la fecha inicial de su discapacidad. Asegúrese de que todas las secciones estén completadas y firmadas por usted, su empleador y su médico tratante antes de enviarlas a la Oficina del Fondo.

Avisos importantes

El Fondo de Bienestar Social BOLR del Distrito 36 del SEIU Local 32 BJ ("el Fondo") debe proporcionarle los siguientes avisos importantes. Revíselos detenidamente para comprender sus derechos y responsabilidades.

Derechos de inscripción especiales de HIPAA

Si rechaza la inscripción en el plan de seguro médico para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y proporcione la documentación de respaldo. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y inscribir a sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado del nacimiento, es posible que pueda inscribirse usted mismo y inscribir a sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento.

El Fondo también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Perder la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no es elegible, o
- Ser elegible para un programa de asistencia de primas de un estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha de la solicitud de Medicaid/ Cambio de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debido a cambios de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Los materiales de inscripción deben completarse y todas las pruebas de la condición de dependiente deben proporcionarse al Plan dentro de los 31, 60 o 90 días posteriores a la solicitud de Inscripción Especial. Si no puede completar los materiales de inscripción y proporcionar pruebas de la condición de dependiente dentro del plazo (por ejemplo, si necesita tiempo adicional para obtener un certificado de nacimiento para un recién nacido), la fecha límite puede extenderse.

COBRA

Según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 (COBRA), usted y sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica por hasta 18 meses si la cobertura finaliza porque:

- Usted termina su empleo por cualquier motivo (que no sea una mala conducta grave), o
- Tienes una reducción en tu jornada laboral.

COBRA también permite que sus dependientes elegibles continúen su cobertura médica por hasta 36 meses si la cobertura finalizaría de otra manera porque:

- Te mueres,
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente,
- Usted se vuelve elegible para Medicare, o
- Sus dependientes ya no son elegibles para la cobertura del plan médico.

Por lo general, usted y sus dependientes pueden optar por continuar con la cobertura en cualquier momento dentro de los primeros 60 días posteriores a la finalización de la cobertura o 60 días a partir de la fecha en que se recibe la notificación, lo que ocurra más tarde. La continuación de la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que provocó la finalización de la cobertura, siempre que pague la prima necesaria. Solo puede continuar con la cobertura que estaba vigente un día antes del evento. Sin embargo, puede realizar cambios en sus elecciones cada año durante el período anual de inscripción abierta. Si el plan médico cambia, esos cambios también se aplicarán a la cobertura bajo COBRA.

Para recibir cobertura bajo COBRA, usted y/o sus dependientes elegibles deben realizar una elección oportuna y realizar pagos de primas mensuales.

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y de las madres

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de internación en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Ley de derechos de la mujer en materia de salud y cáncer

La Ley de Derechos de la Mujer en materia de Salud y Cáncer exige que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y las HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que opten por la reconstrucción mamaria. En el caso de una participante del plan que reciba beneficios en relación con una mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico tratante para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coseguro que son consistentes con los establecidos para otros beneficios bajo el plan.

Recordatorio del aviso de privacidad de HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) exigen que el Plan de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 (el "Plan") envíe periódicamente un recordatorio a los participantes sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad del Plan y cómo obtenerlo. El Aviso de Privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del Plan con respecto a la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo el Plan puede usar y divulgar la PHI. También puede obtener una copia del Aviso de Privacidad comunicándose con la Oficina del Fondo al 215-568-3262, extensión 1400 o al 800-338-9025, extensión 1400 (fuera del área de llamadas locales).

Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Fondo de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y Cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tenían Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. El Fondo de Bienestar BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 ha determinado que

Se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Bienestar BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36, pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

Independientemente de si se inscribe o no en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de medicamentos recetados continuará siempre que continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del Plan de Bienestar BOLR del SEIU Local 32BJ, Distrito 36. Su cobertura actual paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados y, siempre que continúe cumpliendo con las reglas de elegibilidad del Fondo, seguirá siendo elegible para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados incluso si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un participante activo, su cobertura con este Plan será primaria y Medicare pagará de manera secundaria después de que este Plan haya pagado sus beneficios.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual del Fondo de Bienestar Social SEIU 32BJ, Distrito 36 BOLR, solo podrá recuperarla si cumple con las reglas de elegibilidad e inscripción del Fondo, incluidas las reglas de inscripción especial.

¿Cuándo pagaré una prima más alta (multa) para unirme a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR Welfare Fund y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados válida, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima básica de beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tenga esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura válida, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que aparece a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través del Fondo de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

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

Recuerde: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Información importante

El siguiente cuadro proporciona información importante sobre este Aviso de la Parte D de Medicare.

Fecha	Se proporciona al momento del alquiler y anualmente a partir de entonces.
Nombre de la entidad remitente	Fondo de Bienestar Social BOLR del Distrito 36 del SEIU 32 BJ
Contacto – Cargo/Oficina	John J. Rongione, Administrador
DIRECCIÓN	Calle del mercado 1515 Suite 1020 Filadelfia, PA 19102
Número de teléfono	215-568-3262, extensión 1400

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Asistencia para el pago de primas en virtud 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 de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-EBSA (3272).

La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

PENSILVANIA	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-paid-program-hipp.html
Teléfono de Medicaid	800-692-7462
Sitio web de CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Teléfono CHIP	800-986-KIDS (5437)
NUEVA JERSEY	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-356-1561
Teléfono de asistencia CHIP Premium	609-631-2392
Sitio web de CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK	Seguro de enfermedad
Sitio web de Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Teléfono de Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sitio web de CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Teléfono CHIP	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Teléfono de Medicaid	855-642-8572
Sitio web de CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Teléfono CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

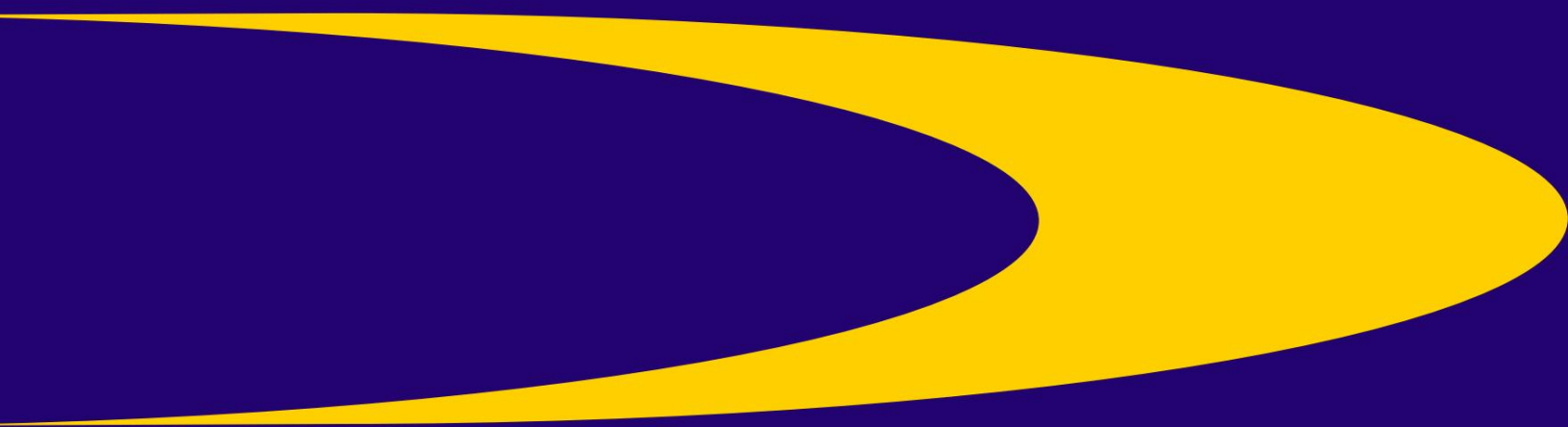
Para ver si su estado tiene un programa de asistencia para primas, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

www.seiu36.com



Octubre de 2024

