



www.seiu36.com



Është koha e hapur e regjistrimi

2025

Udhëzuesi i përfitimeve

**Keni kohë vetëm deri më 2 dhjetor për
t'u regjistruar në BOLR Përfitimet
me kohë të plotë për 2025!**

Çfarë ka Brenda

Hapni Përmbledhjen e Regjistrimit	2
Faktet themelore	3
Përfitimet mjekësore	4
Kushtet e rëndësishme	5
Përmbledhja e përfitimeve.....	6
Shëndeti dhe mirëqenia (Stilet e Jetesës së ShëndetshmeSM)- Punoni për të mbështetur shëndetin tuaj çdo ditë!	8
Përfitimet shëndetësore të sjelljes	9
Përfitimet e barnave me recetë	10
Përfitimet dentare	11
Përfitimet e vizionit	13
Sigurimi i Jetës dhe Vdekja dhe Përbërja Aksidentale (AD&D)	14
Përfitimet e aftësisë së kufizuar	15
Shënime të rëndësishme	16

Keni nevojë për një formular?

Shikoni pjesën e përparme të

këtij udhëzuesi – dhe në faqen tonë

të internetit!

Formularët që duhet të plotësoni për t'u regjistruar janë në faqet e para të këtij udhëzuesi dhe në Kontaktet dhe Burimet

faqe (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) në faqen tonë të internetit.

Formularët në faqe mund të plotësohen në internet.

Thjesht do t'ju duhet t'i printoni për t'i nënshkruar dhe më pas t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.



Çdo formular do t'ju tregojë kushtet në të cilat duhet ta

plotësoni. Plotësoni vetëm formularët që vlejné për ju.

Grisni çdo formular të plotësuar në skajin e shpuar dhe dërgojeni në zyrën e Fondit duke

përdorur zarfin e kthimit të përfshirë në këtë udhëzues.

KUJTO: Zgjdh

me kujdes! Pasi të

përfundojë regjistrimi i

hapur, nuk do të mund t'i

ndryshoni zgjedhjet tuaja

deri në periudhën tjetër të

regjistrimit të hapur në

vjeshtën e vitit 2025, për

mbulim që do të hyjë në

fuqi më 1 janar 2026,

përveç nëse keni një ndryshim të kualifikuar të statusit.

Hapni Përmbledhjen e Regjistrimit

tetor 2024

Në këtë udhëzues dhe materialet shoqëruese, do të gjeni informacionin, formularët dhe udhëzimet që ju nevojiten për t'u regjistruar për mbulimin e përfitimeve me kohë të plotë BOLR në 2025.

Regjistrimi i hapur është mundësia juaj vjetore për të rishikuar mbulimin tuaj dhe për të bërë ndryshime në përfitimet që zgjidhni ose vartësit që mbulon. Jashtë regjistrimit të hapur, ju lejohet të bëni ndryshime vetëm nëse ato janë rezultat i një ndryshimi të kualifikuar të jetës (një "ngjarje kualifikuese") siç përshkruhet më poshtë. Ju lutemi rishikoni materialet e bashkangjitura dhe merrni parasysh nevojat tuaja dhe të familjes suaj përpara se të merrni vendime për regjistrim. Nëse dëshironi të bëni ndryshime në statusin tuaj të varur, kthejeni formularin e plotësuar të regjistrimit në Zyrën e Fondit jo më vonë se 2 dhjetor 2024.

Nëse dëshironi të mbani të njëjtat mundësi përfitimesh dhe mbulim që keni tani, nuk keni nevojë të bëni asgjë.

Pyetje?

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi mos hezitoni të kontaktoni Zyrën e Fondeve të Përfitimeve.

Mund të na kontaktoni në (215) 568-3262, Extension 1400 ose (800) 338-9025, Extension 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve). Mund të vini gjithashtu në Zyrën e Fondit të SEIU Local 32 BJ, District 36, e vendosur në 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 për të folur me një nga përfaqësuesit tanë. Sigurohuni që të na telefononi së pari përpara se të hyni.

E RËNDËSISHME: Kujtesa e ndryshimit të statusit

Mund të shtoni ose hiqni VETËM persona në varësi ose të bëni ndonjë ndryshim tjetër në mbulimin e përfitimeve tuaja jashtë Regjistrimit të Hapur nëse përjetoni një ngjarje kualifikuese. Një ngjarje kualifikuese do të thotë që ju ose vartësi juaj përjetoni një ndryshim jete që ndikon në administrimin e përfitimeve tuaja. Shembujt përfshijnë martesën, lindjen ose divorcin. Në këto raste, mund t'ju duhet të shtoni ose hiqni vartësit nga mbulimi i Fondit tuaj.

Për të gjitha ngjarjet kualifikuese, ju duhet të siguronit dokumentacionin e ndryshimit të statusit (siç është një certifikatë lindjeje ose martese). **Zyra e Fondit DUHET të marrë dokumentacionin brenda 31 ditëve nga eventit kualifikues (90 ditë për lindjen e fëmijës suaj).** Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose kontaktoni Zyrën e Fondit për më shumë informacion mbi kualifikimin ngjarjet.

Shënim: Nëse keni një ngjarje kualifikuese dhe duhet të plotësoni një formular të ri regjistrimi/përfituesi për të pasqyruar ndryshimin e statusit, ju lutemi kontaktoni Zyrën e Fondit.

Ky dokument dhe materialet në paketën tuaj të regjistrimit ofrojnë një përshkrim përmbledhës të përfitimeve të SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund dhe ndryshimet që do të hyjnë në fuqi më 1 janar 2025. Këto materiale plotësojnë përshkrimet e tjera të përfitimeve të planit tuaj. Ndryshimet e përshkruara në këto dokumente dhe materialet e bashkangjitura janë efektive që nga 1 janari 2025. Fondi shpreson të vazhdojë Planin dhe përfitimet e përmendura në këto dokumente dhe të përshkruara në broshurën tuaj të përfitimeve për një kohë të pacaktuar, por rezervon të drejtën për të ndryshuar, pezulluar ose të përfundojë Planin, tërësisht ose pjesërisht, në çdo kohë dhe për çfarëdo arsye. As marrja e kësaj pakete regjistrimi dhe as regjistrimi në ndonjë nga përfitimet e ofruara sipas planit nuk përbën një kontratë pune. Ju lutemi lexoni me kujdes këto dokumente dhe mbani këtë informacion të rëndësishëm me materialet e tjera të përfitimt për referencë në të ardhmen.

Faktet Themelore

Kush kualifikohet?

Ju keni të drejtë për planin BOLR me kohë të plotë nëse punoni në punësim të mbuluar dhe punëdhënësit tuaj i kërkojnë nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse keni të drejtë të merrni pjesë në planin BOLR me kohë të plotë, ju gjithashtu mund të regjistroni vartësit tuaj të kualifikuar për përfitime mjekësore, dentare dhe vizion. Vartësit tuaj të kualifikuar përfshijnë:

- Fëmijët nga lindja deri në moshën 26 vjeç
- Njerka deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të birësuar (nga data e vendosjes në shtëpinë tuaj) deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të vendosur për birësim
- Fëmijët mbi moshën 26 vjeç të paaftë për të mbajtur një punë për shkak të dëmtimit mendor ose të meta fizike

Çdo fëmijë për të cilin ju merrni pa pagesë mbështetje nuk do të konsiderohet i varur.

Regjistrimi i vartësve

Ju duhet të plotësoni dhe dorëzoni informacionin e mëposhtëm për të regjistruar personat në ngarkim në Plan:

- **Formulari i regjistrimit në varësi** (mos harroni të plotësoni të dyja palët)
- **Statusi i varur nga dokumenti** —shembuj të dokumentacionit përfshijnë:
 - Çertifikatë e vlefshme shtetërore e lindjes me emrat e të dy prindërve për fëmijë natyralë ose njerë nën moshën 26 vjeç
 - Dëshmi birësimi për një fëmijë të birësuar ligjërisht nën moshën 26 vjeç
 - Nëse kërkohe të shtoni fëmijët tuaj nën moshën 26 vjeç si rezultat i një urdhri të kualifikuar mjekësor për mbështetjen e fëmijëve, ju lutemi jepni një kopje të urdhrin
 - Dëshmia e numrit të Sigurimeve Shoqërore
 - Nëse keni një fëmijë që duhet të qëndrojë në mbulimin tuaj përtej moshës 26 vjeç për shkak të dëmtimit fizik ose mendor, si rezultat i të cilit ai nuk është në gjendje të mbajë veten, Zyra e Fondit kërkon dokumentimin e paafësisë së tij në baza periodike. Ky informacion duhet të jepet brenda 31 ditëve pas ditëlindjes së 26-të të fëmijës.

Nëse zgjidhni të hiqni një të varur nga Plani, duhet të plotësoni formularin e Opt-Out dhe të dorëzoni në Zyrën e Fondit vërtetimin e mbulimit tjetër shëndetësor për atë vartës.

Çdo ndryshim që bëni në statusin tuaj të varur duhet të plotësohet dhe të kthehet në Zyrën e Fondit në zarfin e vulosur të vetë-adresuar brenda datës 2 dhjetor 2024. Nëse nuk shtoni ose hiqni një të varur gjatë regjistrimit të hapur, duhet të prisni ta bëni këtë derisa ju ose vartësi juaj të përjetoni një ngjarje kualifikuese.

Urdhri i kualifikuar për mbështetje mjekësore për fëmijë (QMCSO)

Nëse ju kërkohe të ofroni mbështetje për fëmijët dhe mbulim të kujdesit shëndetësor sipas një Urdhri të Kualifikuar Mjekësor për Mbështetjen e Fëmijëve (QMCSO), kontaktoni Zyrën e Fondit për një shpjegim të informacionit të kërkuar. Një QMCSO është çdo vendim, dekret ose urdhër i lëshuar nga gjykata që kërkon që ju të ofroni mbulim të kujdesit shëndetësor për një fëmijë. Për informacion shtesë në lidhje me procedurat e administrimit të QMCSO-ve, kontaktoni Zyrën e Fondit.

Përfitimet mjekësore

Kujtesa të rëndësishme:

Përfitimet e përshkruara në këtë udhëzues hyjnë në fuqi më 1 janar 2025.

Të zbritshmet, bashkëpagesat, bashkësigurimet dhe maksimalet kombinohen për përfitimet brenda dhe jashtë rrjetit, aty ku është e aplikueshme.

Kur përdorni një ofruar jashtë rrjetit, ju jeni përgjegjës për ndryshimin midis asaj që ofruesi ka faturuar dhe asaj që ka paguar sigurimi juaj. Ky grafik është një përmbledhje e përfitimeve tuaja dhe ka për qëllim të ofrojë një përshkrim të shkurtër të përfitimeve që janë në dispozicion për ju.

Kërkesat për paraçertifikim

Disa shërbime duhet të miratohen sipas nevojës mjekësore përpara se të merrni trajtim.

Ky quhet precertifikim. Disa shërbime që kërkojnë certifikim paraprak përfshijnë: • TË GJITHA

pranimet në spital jorgjent • Kirurgji me zgjedhje në

spital • Zgjidhni pajisje mjekësore

të qëndrueshme

• Kujdesi shëndetësor në shtëpi

• Kujdesi spitalor në bujtinë

• MRI/MRA

• Skanim CT/CTA

• PET scan

Shënim: Kjo nuk është një listë e plotë e shërbimeve. Blue Cross mund të ndryshojë herë pas here kërkesat e paraçertifikimit. Kontaktoni Shërbimet e Anëtarëve të Blue Cross për më shumë informacion.

Mos harroni për kujdesin parandalues

Është e rëndësishme që provimet rutinë, testet dhe ekzaminimet të jenë prioritet. Kujdesi parandalues mund të kapë sëmundje dhe infeksione kronike si kanceri, diabeti dhe sëmundjet e zemrës përpara se ato të kthehen në probleme serioze shëndetësore. Zbulimi i hershëm rrit shanset e shërimit tuaj.

Hapi i parë është të planifikoni provimin tuaj vjetor fizik me mjekun tuaj të kujdesit parësor (PCP). Pyetni për cilat teste dhe ekzaminime duhet të bëni. Për shembull, Shoqata Amerikane e Kancerit rekomandon që individët të fillojnë të marrin ekrane për kancerin kolorektal në moshën 45-vjeçare. Kontrollat e rregullta të testimit të kolesterolit për shenja të sëmundjes së arterieve koronare. Dhe vizitat vjetore të grave në pus mund të kapin kancerin e gjirit herët.

Kujdesi parandalues është i lehtë dhe i përballueshëm. Shumica e shërbimeve parandaluese mbulohen 100% për sa kohë që shihni një ofruar në rrjet. Nëse nuk keni një ofruar të kujdesit parësor (PCP), mund ta gjeni në internet në www.ibx.com ose mund të kontaktoni Shërbimet e Anëtarëve të Independence në (800) 275-2583.

Kushtet e rëndësishme

Maksimumi vjetor i bashkëpagesës-

është shuma më e madhe që do të paguani nga xhepi juaj në bashkëpagesat për shërbimet në rrjet që merrni gjatë vitit. Pasi të keni arritur maksimumin tuaj vjetor, plani paguan 100% të kostos për shërbimet në rrjet për pjesën tjetër të vitit.

Qendra e Dallimit Blu + -

Qendrat kirurgjikale ambulatorie të përcaktuara nga Blue Cross të specializuara në zëvendësimin e gjurit dhe ijeve. Blue Distinction Centers + plotësojnë standarde të larta të cilësisë, kostos, ekspertizës, efektivitetit dhe efikasitetit.

Bashkësigurim -

është përqindja e kostove të pranueshme që paguani për shërbimet, pasi të jetë paguar shuma e zbritshme.

Bashkëpagesë -

është shuma fikse e dollarit që paguani për disa shërbime mjekësore në kohën e marrjes së kujdesit.

e zbritshme -

është pjesa e shpenzimeve tuaja të mbuluara që paguani çdo vit përpara se plani juaj mjekësor të fillojë të paguajë përfitime për shërbimet e specifikuar.

Ofruesit brenda rrjetit-

janë një grup i përzgjedhur ofruesish dhe objektesh që kanë rënë dakord të paguajnë tarifa të negociuara për shërbimet e tyre. Kur përdorni këta ofrues, ju po merrni "kujdes brenda rrjetit".

Shpenzimet e nevojshme mjekësore -

mbulohen nga planet nëse janë shërbime ose furnizime që konsiderohen të nevojshme dhe të përshtatshme dhe të mbuluara nga plani. Disa shërbime dhe furnizime nuk mbulohen fare, ndërsa përfitimet për shërbime të tjera (siç është kujdesi kiropraktik) janë të kufizuara. Përveç kësaj, shpenzimet duhet të kryhen gjatë kohës që pacienti mbulohet sipas planit, përveç nëse parashikohet në mënyrë specifike ndryshe.

Ofruesit jashtë rrjetit-

janë mjekë, ofrues të kujdesit shëndetësor ose objekte që nuk janë pjesë e grupit të përzgjedhur të ofruesve.

Shtëpia Mjekësore e Përqendruar te Pacienti (PCMH)-

Blue Cross ka identifikuar mjekë të caktuar, përfshirë PCP-të, të cilët marrin pjesë në një Shtëpi Mjekësore të Përqendruar te Pacienti (PCMH). Një PCMH është një zyrë ose grup mjekësh që punojnë së bashku për të koordinuar dhe personalizuar më mirë kujdesin tuaj. Marrja e kujdesit në një PCMH dhe zgjedhja e një mjeku PCMH si PCP-ja juaj do t'ju kursejë para.

Mjeku i Kujdesit Parësor (PCP)-

nganjëherë quhet "mjek i familjes". Ky është mjeku që jep kontaktin e parë kur keni një shqetësim shëndetësor. PCP gjithashtu ofron kujdes të vazhdueshëm dhe referime tek specialistët sipas nevojës. Blue Cross ka caktuar mjekë të caktuar si "PCP"; ju duhet të konsultoheni me Drejtorinë e Mjekëve të Kryqit Blue për të zgjedhur një PCP të kualifikuar.

Përmbledhja e përfitimeve

PËRFITIMI	NE RRJETI/REFERUAR	JASHTË RRJETI/ VETËREFERUAR
E zbritshme (vjetore)		
Individuale	\$0	250 dollarë
Familja	\$0	500 dollarë
Maksimumi vjetor nga xhepi		
Individuale	6750 dollarë	6750 dollarë
Familja	13500 dollarë	13500 dollarë
Maksimumi i jetës	Asnjë	Asnjë
Pacienti Spitalor 1	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes Deri në 70 ditë në vit kalendarik
Shërbimet e mjekëve spitalorë	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Zëvendësimi i gjurit dhe ijeve 1,2		
Blu Distinction Center +	100%	Nuk mbulohet
Të gjitha objektet e tjera	70%	Nuk mbulohet
Dhoma e Urgjencës	Për vizitat 1 dhe 2: 100% pas pagesës prej 100 dollarësh Për vizita 3 ose më shumë: 100% pas pagesës prej 200 dollarësh Heq dorë nëse pranohet	Për vizitat 1 dhe 2: 100% pas pagesës prej 100 dollarësh Për vizita 3 ose më shumë: 100% pas pagesës prej 200 dollarësh Heq dorë nëse pranohet
Kujdesi Emergjent	100% pas pagesës prej 40 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Infermieri e kualifikuar 1 Deri në 60 ditë në vit	100%	Nuk mbulohet
Zyra e mjekut PCMH PCP	100% pas pagesës prej 10 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Zyra e mjekut PCP jo-PCMH dhe Specialistët	100% pas pagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdesi parandalues për të rriturit dhe Fëmijët 3	100%	70% e shumës së lejuar, pa zbritje
Ekzaminimi rutinë GYN/Pap testi (një në vit)	100%	70% e shumës së lejuar, pa zbritje
Mamografia	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Imunizimet pediatrike	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kirurgjia 1 (mund të kërkohet paraçertifikim për disa operacione ambulatorë)	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Pacient i jashtëm laboratorik/patologjik4	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes

PËRFITIMI	NE RRJETI/REFERUAR	JASHTË RRJETI/ VETËREFERUAR
Radiografia diagnostike ambulatorë/ Radiologjia^{1,4,5}	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdesi shëndetësor në shtëpi¹ Deri në 200 vizita në vit kalendarik	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Terapia fizike/profesionale^{4,5} Logopedi Deri në 30 vizita për modalitet, për vit kalendarik	100% pas pagesës prej 20 dollarësh	Nuk mbulohet
Rehabilitimi kardiak ose pulmonar Deri në 36 vizita për modalitet, për vit kalendarik	100% pas pagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Pajisje mjekësore të qëndrueshme 1 Artikujt e zgjedhur kërkojnë certifikim paraprak	100%	Nuk mbulohet
Ambulanca Transporti emergjent Transporti jo emergjent ¹	100% 100%	100% e shumës së lejuar, pa zbritje 70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Materniteti Vizita e parë në OB Spitali	100% 100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes 70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kiropraktika (Manipulimi kurrizor)⁵ Deri në 10 vizita në vit kalendarik	100% pas pagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Dializa/Rrezatimi¹ /Kimioterapia	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Këshillim për të ushqyerit 6 vizita në vit	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Formula ushqyese dhe Produkte Mjekësore Ushqimore të Ngurta¹ Mund të kërkohe paraçertifikim	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Infermieri Private Ambulatore¹ Deri në 360 orë në vit kalendarik	90%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdesi Hospice¹ Deri në 210 ditë në jetë	100%	Nuk mbulohet
Shërbimet e programit të shëndetit të sjelljes dhe përdorimit të substancave të ofruara nga MHC, Inc. Telefoni (800) 255-3081.		
Pacient i shtruar^{6,7}	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Vizita ambulatorë jashtë zyrës⁶	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Ambulator 6	100% pas pagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes

1 Kërkohe paraçertifikim për këto shërbime. Ju lutemi kontaktoni departamentin e shërbimeve të anëtarëve të Keystone HPE (Independence Blue Cross) për më shumë informacion mbi ato shërbime që kërkojnë certifikim paraprak.

2 Trajtimi i marrë në një Qendër Blu Distinction + institucion për zëvendësimin e gjurit dhe ijeve mbulohet 100%; trajtimi i marrë në një Qendër të Dallimit Blue ose në ndonjë strukturë tjetër pjesëmarrëse të Keystone ose objekt të caktuar të AmeriHealth mbulohet me 70%. Nuk ka asnjë mbulim për zëvendësimet e gjurit/ijeve të bëra jashtë rrjetit.

3 Duhet të shkoni te mjeku juaj i kujdesit parësor (PCP).

4 Duhet të shkojë në sitin e caktuar nga PCP që kujdesi të merret parasysht në rrjet.

5 Kërkohe referim nga mjeku i kujdesit parësor (PCP).

6 Shërbimet brenda rrjetit të administruara nga MHC, Inc. jo nga Keystone ose AmeriHealth. Kontaktoni MHC-në për një listë të ofruesve të rrjetit. Telefoni MHC në 800-255-3081 ose vizitoni HMC në internet në www.mhconsultants.com.

7 Për këto shërbime kërkohe paraçertifikim. Kontaktoni MHC-në për më shumë informacion rreth para-certifikimit të shërbimeve në lidhje me sjelljen Trajtimi shëndetësor/përdorimi i substancave.

Shëndeti dhe mirëqenia (Stilet e Jetesës së ShëndetshmeSM)- Punoni për të mbështetur shëndetin tuaj çdo ditë!

Shumica e njerëzve priren të mendojnë për përfitimet e tyre shëndetësore dhe të kujdesit shëndetësor vetëm kur janë të sëmurë - ose një herë në vit kur është koha për shëndetin e tyre vjetor. Në të vërtetë, ju duhet të mendoni për shëndetin tuaj dhe përfitimet tuaja të kujdesit shëndetësor çdo ditë.

Ja pse. Zgjedhjet që bëni çdo ditë – ushqimi që zgjidhni të hani, vendosja e rripit të sigurimit, marrja e ilaçeve sipas udhëzimeve të mjekut tuaj – mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në shëndetin tuaj, pozitivisht ose negativisht. Programet Independence Healthy Lifestyles Solutions mund t'ju ofrojnë mbështetje dhe udhëzime ndërsa ndërmerri hapa pozitivë për të përmirësuar shëndetin tuaj dhe shanset për të qëndruar mirë.

Nga rimbursimi për zgjedhjet e zgjuara të stilit të jetesës që bëni deri tek ofrimi i zgjedhjeve të personalizuara si individuale si ju, programi Healthy Lifestyles Solutions është krijuar për t'ju mbajtur të shëndetshëm. Më e mira nga të gjitha, programet janë falas për ju dhe vartësit tuaj të kualifikuar.

Ju duhet të jeni të regjistruar në planin mjekësor për t'u kualifikuar për të marrë pjesë në programin "Zgjedhjet e stilit të jetës së shëndetshme".

Për më shumë informacion, ose për t'u regjistruar në ndonjë nga programet nën programin "Zgjedhjet e stilit të jetesës së shëndetshme", telefononi 800-ASK-BLUE nga e hëna deri të premten, nga ora 08:00 deri në orën 18:00 ET dhe ndiqni udhëzimet për programin "Zgjedhjet e stilit të jetës së shëndetshme". Mund të gjeni gjithashtu informacione për programin në internet në www.ibxpress.com ose duke shkarkuar aplikacionin celular IBX.

Bëhuni gjithashtu të shëndetshëm dhe të shpërblyer!

Shpërblyeni për hapat e vegjël çdo ditë që mund të sjellin ndryshime të mëdha në shëndetin tuaj. Rimbursimet e Healthy Lifestyles Solutions ju ofrojnë:

• Deri në 150 dollarë mbrapa

tarifat e qendrës suaj të fitnesit

- Kthim 150 dollarë në një program të miratuar të menaxhimit të peshës
- Kthim 150 dollarë për programe për t'ju ndihmuar të lini duhanin

Ne e bëjmë të lehtë për ju që të fitoni para për një jetë të shëndetshme me programet tona të rimbursimit. Nuk kërkohet regjistrim. Ju i plotësoni kërkesat e përshtatshëmrisë kur kryeni 120 vizita në një strukturë të miratuar. Thjesht dorëzoni dokumentacionin tuaj për të kërkuar rimbursim shpejt dhe sigurt.

Shënim: Këto programe administrohen nga Independence Blue Cross. Duhet të keni mbulim me Independence në momentin e kërkesës suaj për rimbursim.

Infermierja e Menaxhimit Shëndetësor mund t'ju përgjigjet pyetjeve tuaja në lidhje me shëndetin

Ne e kuptojmë se koha juaj është e vlefshme, gjë që mund ta bëjë edhe më të vështirë qëndrimin në krye të shëndetit tuaj dhe menaxhimin e kushteve kronike mjekësore, si diabeti, astma dhe sëmundjet e zemrës. Kjo është arsyeja pse Zyra e Fondit të Përfitimeve të Distriktit 36 të SEIU Local 32BJ ka një infermiere të menaxhimit shëndetësor, e cila mund të ofrojë udhëzime dhe t'ju ndihmojë të merrni një rol aktiv në menaxhimin e gjendjes tuaj.

Infermierja është këtu për të:

- Përgjigjuni pyetjeve tuaja
- Rishikoni shenjat dhe simptomat e gjendjeve kronike mjekësore
- Ju ndihmojë në përgatitjen e pyetjeve për mjekun tuaj
- T'ju dërgojë informacione të dobishme

Ju duhet të regjistrohni në programin "Zgjedhjet e stilit të jetës së shëndetshme" për t'u kualifikuar. Zbatohen kufizime dhe udhëzime të veçanta. Programi Healthy Lifestyles Solutions administrohet nga Independence Blue Cross dhe detajet e programit mund të ndryshojnë në çdo kohë. Telefononi, shkoni në internet në www.ibxpress.com ose shkarkoni aplikacionin celular IBX për të marrë informacionin më të përditësuar mbi programin "Zgjedhjet e stilit të jetesës së shëndetshme".

Ju duhet të keni zgjedhur mbulimin mjekësor me Independence në mënyrë që të kualifikoheni për rimbursimet.

Infermierja do të punojë me ju një për një për çështjet mjekësore që janë të rëndësishme për ju, me qëllim që t'ju ndihmojë të jeni sa më të shëndetshëm. Të gjitha bisedat janë plotësisht konfidenciale.

Kontaktimi zyrtar e fondit të përfitimeve dhe bisedoni me infermierin Judy. Një bisedë 10-minutëshe mund t'ju vendosë në rrugën drejt përmirësimit të shëndetit dhe një jetesë më të shëndetshme në përgjithësi.

Infermierja është në dispozicion nga 9 e mëngjesit deri në 4:30 pasdite, nga e hëna në të premte, me telefon në 215-568-2345 ose 800-338-9025, lok. 1401 (jashtë zonës së thirrjes).

Programi i Menaxhimit Shëndetësor për Diabetin

Nëse keni diabet, mund të keni të drejtë të merrni pjesë në Programin e Menaxhimit Shëndetësor për Diabetin. Programi fokusohet në t'ju ndihmojë të menaxhoni dhe trajtoni diabetin.

Programi është konfidencial dhe vullnetar. Pas regjistrimit, ju duhet të pranoni të përfundoni programin për të marrë përfitimin e plotë.

Sipas programit mund të merrni:

- Trajnime dhe kontrole të personalizuara telefonike nga infermierja jonë e përkushtuar
- Reduktohen pagesat për barnat gjenerike dhe të markave diabetike që përdoren për trajtimin e diabetit
- Informacion nga nutricionistët për të mësuar se si të menaxhoni diabetin

Përfitimet shëndetësore të sjelljes

Përfitimi juaj i shëndetit të sjelljes mbulohet përmes MHC dhe nuk është pjesë e përfitimeve tuaja mjekësore me Planin tuaj Mjekësor të Pavarësisë Blue Cross.

MHC është këtu për t'ju mbështetur ju dhe familjen tuaj që mund të luftojnë me përdorimin e substancave ose kanë probleme të shëndetit emocional ose mendor. Profesionistët me përvojë të MHC do t'ju japin kujdesin dhe vëmendjen më të mirë të mundshme. Për të mësuar më shumë rreth përfitimeve të shëndetit të sjelljes dhe shërbimeve të disponueshme për ju, në 800-255-3081 ose vizitoni faqen e tyre të internetit në www.mhconsultants.com.

Tregoni kartën tuaj MHC nëse keni nevojë për trajtim me një ofrues të Shëndetit të Sjelljes. Kontaktimi MHC direkt në 800-255-3081 për të folur me një menaxher të rastit të MHC.

MHC mund të ndihmojë me çështje të tilla

- si:
- Ankthi/Stresi
 - Përdorimi i substancave
 - Depresioni
 - Stresi post-traumatik
 - Hidhërim
 - Problemet familjare
 - Dhe shumë më tepër.

Përfitimet e barnave me recetë

Mbulimi i barnave me recetë, i siguruar përmes CVS Caremark, fillon automatikisht kur regjistroheni në mbulimin mjekësor sipas Planit. Mund të merrni deri në 30 ditë furnizim me ilaçe duke shkuar në çdo farmaci të rrjetit dhe duke treguar kartën tuaj të identitetit të barit me recetë CVS Caremark. Ju mund të merrni deri në një furnizim 90-ditor me medikamente mirëmbajtjeje duke shkuar drejtpërdrejt në çdo farmaci CVS ose duke përdorur farmacinë e porosive me postë CVS Caremark. **Ju nuk do të keni të drejtë për përfitimet e barnave me recetë nëse hiqni dorë nga plani mjekësor.**

Mbushjet me pakicë 90-ditore disponohen vetëm në farmacinë CVS.

Përdorimi i farmacisë së porosisë me postë CVS Caremark për medikamente mirëmbajtjeje do t'ju kursejë para.

Kopjet tuaja

Sa herë që plotësoni një recetë, do të paguani një pagesë në varësi të klasifikimit të barit. Ekzistojnë tre nivele të barnave me recetë:

- **Gjenerike** - Barnat me recetë që janë ekuivalentët me kosto më të ulët të barnave me emër. Ato janë të miratuara nga Administrata Amerikane e Ushqimit dhe Barnave dhe kanë të njëjtat përbërës aktivë si ekuivalentët e tyre të markës.
- **Formulari**—Një listë e barnave me emra të markave të zgjedhura nga një panel mjekësh dhe farmacistësh. Barnat në formular janë zgjedhur me kujdes për efektivitetin, sigurinë dhe koston e tyre.
- **Jo-formulare** - Barnat me emër të markës nuk janë në formular. Ju paguani 100% të koston së jona barna të formuluar.

Nëse receta juaj është për:	Shitje me pakicë	Shitje me pakicë	Shtëpi
	(furnizimi 30-ditor)	(furnizimi 90-ditor)*	Dorëzimi (furnizimi 90-ditor)
	Ju Paguani		
Barnat Gjenerike	7 dollarë	14 dollarë	14 dollarë
Droga Formulare me emrin e markës	22 dollarë	44 dollarë	44 dollarë
Barna jo-formulare	Ju paguani 100% të koston.		

*Për të plotësuar një recetë për një furnizim 90-ditor me ilaçe në një farmaci me pakicë, duhet të përdorni një farmaci CVS.

Maksimumi juaj vjetor nga xhepi

Ekziston një kufi maksimal vjetor nga xhepi për shpenzimet e barnave me recetë. Pasi të keni arritur Maksimumin Vjetor të Pavarur, Plani paguan 100% të kostove të barit tuaj me recetë.

Pagesat tuaja aplikohen për Maksimumin Vjetor të Pavarur. Shpenzimet e paguara për barnat që nuk mbulojnë nga Plani i Barnave me Recetë nuk zbatohen. Ekziston një maksimum vjetor i veçantë nga xhepi për përfitime mjekësore.

Maksimumi vjetor i barit me recetë nga xhepi është: • Beqar: 1,950 dollarë

- Familja: 3900 dollarë

Çfarë është Formulari?

Një formular është një listë e barnave gjenerike dhe të markës. Formulari u zhvillua nga një komitet mjekësh dhe farmacistësh në CVS Caremark. Komiteti shqyrton dhe përditëson rregullisht formularin bazuar në informacionin më të fundit të disponueshëm në lidhje me efektivitetin e çdo bari.

Ju mund ta gjeni formularin aktual duke u regjistruar në www.caremark.com. Formulari mund të ndryshojë gjatë vitit pasi shtohen barna të reja, barnat e markës kanë alternativa gjenerike ose statusi i tyre në formular ndryshon.

Përfitimet Dentare

Kujdesi i rregullt dhe profesional dentar nuk është vetëm thelbësor për një shëndet të mirë, por gjithashtu mund të parandalojë probleme serioze ose të kushtueshme. Kjo është arsyeja pse Planin ynë Dentar, i ofruar përmes Delta Dental, mbulon një gamë të plotë shërbimesh dentare, duke përfshirë kujdesin diagnostik dhe parandalues.

Regjistrimi në Planin Dentar është fakultativ - regjistrohuni në plan nëse ju (ose vartësit tuaj) keni nevojë për mbulim. Ju mund të regjistroheni në Planin Dentar edhe nëse hiqni dorë nga mbulimi mjekësor dhe mund të regjistroheni për një nivel tjetër mbulimi. Për shembull, mund të regjistroheni për mbulim mjekësor vetëm për punonjësit, por të regjistroheni për mbulim dentar familjar.

Grafiku i Përfitimeve Dentare

E zbritshme	Asnjë
Përfitimi maksimal vjetor	3000 dollarë për person në vit
Kujdesi parandalues dhe diagnostikues <ul style="list-style-type: none"> • Ekzaminimi oral, pastrimi, rëntgeni kafshues (dy herë në vit); radiografi të plotë të gojës çdo 36 muaj • Trajtimet me fluor deri në moshën 19 vjeç (zbatohen kufizime) • Mbytësit ose mirëmbajtësit e hapësirës u (zbatohen kufizimet e moshës) 	100%
Restaurues bazë <ul style="list-style-type: none"> • Mbushjet 	100%
Restaurues i madh <ul style="list-style-type: none"> • Riparimet e kurorave ekzistuese • Inlays, onlays, kurora, restaurime gipsi • Urat dhe protezat 	50%
Endodoncia <ul style="list-style-type: none"> • Kanali i rrënjës 	80%
Periodontikë <ul style="list-style-type: none"> • Trajtimi i mishrave të dhëmbëve 	80%
Ortodoncia	50% Maksimumi 1000 dollarë gjatë gjithë jetës

Si përdorimi i një dentisti pjesëmarrës mund t'ju kursejë para

Ky është një shembull se si përdorimi i një dentisti të rrjetit Delta Dental mund t'ju kursejë para.

Procedura: Kurorë	Nëse përdorni një dentisti pjesëmarrës	Nëse përdorni një dentist që nuk merr pjesë
Tarifa e dentistit	900 dollarë	900 dollarë
Norma e kontraktuar e Delta Dental (shpenzime të pranueshme)	700 dollarë	700 dollarë
Plani paguan (50% e tarifës së kontraktuar)	350 dollarë	350 dollarë
Ju paguani	350 dollarë	550 dollarë (ndryshimi midis tarifës së kontraktuar të Delta dhe tarifës prej 900 dollarësh të dentistit)

Shënim: Ky grafik është vetëm për qëllime ilustrimi. Kostot aktuale do të ndryshojnë.

Paracaktimi i përfitimit për trajtim mbi 300 dollarë

Nëse trajtimi juaj pritet të kushtojë 300 dollarë ose më shumë, kërkonte nga dentisti juaj të "përcaktojë përfitimet" me Delta Dental përpara se të fillojë trajtimi (kjo do të thotë të vlerësoni nëse trajtimi i sugjeruar është i përshtatshëm dhe të përcaktoni se sa do të paguajë Plani për kujdesin). Me paracaktim, ju e dini saktësisht se sa do të paguajë Plani—dhe sa do të paguani. Në këtë mënyrë, ju mund të bëni marrëveshje financiare përpara se të fillojë trajtimi.

Për të përcaktuar paraprakisht përfitimet, dentisti juaj duhet të dërgojë një formular pretendimi në Delta Dental duke përshkruar trajtimin e propozuar dhe tarifën e vlerësuar. Delta Dental do t'ju dërgojë një deklaratë që tregon shërbimet që do të mbulohen dhe sa do të paguajë Plani. Ju mund të rishikoni planin e trajtimit me dentistin tuaj dhe të bini dakord për shërbimet që do të kryhen. Pas përfundimit të trajtimit, kthejeni deklaratën origjinale, me datat e shërbimeve dhe nënshkrimet e nevojshme, në Delta Dental për pagesë.

Ju lutemi rishikoni përshkrimin e planit tuaj përmbledhës për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve dentare.

Përfitimet e Vizionit

Si funksionon plani

Ju keni mundësinë të merrni kujdesin për sytë nga një ofruer pjesëmarrës i Administratorit Kombëtar të Vizionit (NVA) ose ndonjë specialist tjetër i kujdesit për sytë. Megjithatë, ju merrni përfitimet maksimale kur përdorni një mjek okulist ose optometrist pjesëmarrës.

- **Kur përdorni një ofruer pjesëmarrës**, ju merrni përfitime maksimale sepse Planit paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë.
- **Kur përdorni një ofruer jo-pjesëmarrës**, Planit do t'ju rimbursojë për provimet, kornizat e syzeve dhe lentet ose lentet e kontaktit. Ju paguani koston e plotë kur merrni shërbime. Më pas, duhet të paraqisni një kërkesë për t'u rimbursuar për pjesën e planit të koston.

Çfarë paguan plani

Kur merrni shërbime nga një ofruer pjesëmarrës në NVA, Planit paguan koston e një ekzaminimi të syrit një herë në 24 muaj.

Planit paguan gjithashtu për një palë lente dhe korniza të reja ose lente kontakti, deri në 120 dollarë çdo 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

Kur merrni shërbime nga një ofruer vizioni jo-pjesëmarrës, Planit do të paguajë deri në 30 dollarë për një ekzaminim të syve një herë në 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

Planit paguan gjithashtu deri në 60 dollarë për lentet dhe deri në 60 dollarë për kornizat, ose deri në 120 dollarë për lentet e kontaktit, një herë në 24 muaj për fëmijët dhe të rriturit.

Shpenzimet nuk mbulohen (Ju lutemi, vini re se ky është vetëm një listë e pjesshme.)

Planit i Vizionit nuk mbulon:

- Fotografi e fundusit;
- Trajtimi mjekësor ose kirurgjik i syve;
- Shërbimet ose materialet e ofruara si rezultat i Ligjit për Kompensimin e Punëtorëve ose të marra nga çdo agjenci apo program qeveritar; ose,
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

Sipas Planit të Vizionit, përdorni kartën tuaj të identitetit për të marrë shërbime të kujdesit për sytë ose syze. Megjithatë, ju nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me ndonjë ofertë të veçantë, si kuponë ose promovime speciale

Sigurimi i Jetes dhe Vdekja Aksidentale & Sigurimi për copëtim (AD&D).

Sot, sigurimi i jetës është më shumë se një "përfitim i paqes shpirtërore"—është një nga domosdoshmëritë e jetës.

Sigurimi i jetës është krijuar për të ofruar mbrojtje për familjen tuaj, ose këdo që mbështetet në të ardhurat tuaja, nëse vdes. Sigurimi i vdekjes dhe copëtimit aksidental (AD&D) ju paguan një përfitim nëse pësoni një humbje aksidentale të një gjymtyre ose shikimi, dhe paguan një përfitim për përfituesit tuaj nëse vdisni si rezultat i një aksidenti të mbuluar.

Personat në ngarkim nuk kanë të drejtë për mbulimin e sigurimit të jetës dhe AD&D.

Ky përfitim i sigurimit të jetës përgjithësisht paguhet vetëm nëse vdes gjatë punësimit aktiv të mbuluar.

Çdo përfitim AD&D i paguëshëm si rezultat i vdekjes tuaj aksidentale është i barabartë me shumën e sigurimit tuaj të jetës dhe paguhet përveç përfitimit të sigurimit tuaj të jetës.

Shuma e përfitimit AD&D

varet nga lloji i humbjes aksidentale.

Shikoni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose telefononi zyrën e fondit për detaje.

Mund të zbatohen

përrjashtime dhe kufizime të caktuara.

Shikoni përshkrimin e planit tuaj përmbledhës për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.

Përfitim vetëm për punonjësit

Vdekja, natyrale	25,000 dollarë
Vdekje, Aksident	25,000 dollarë (përveç sa më sipër)
Përfitimet e copëtimit	Shuma specifike e përcaktuar nga humbja

Mos harroni - Përfituesi juaj

Për t'u siguruar që çdo përfitim t'i paguhet personit që dëshironi, duhet të emëroni përfituesin tuaj dhe të mbani të përditësuar emërtimet e përfituesve ndërsa jeta juaj ndryshon. Nëse kualifikoheni rishtazi, ose keni ndryshime në statusin tuaj të varur, plotësoni një formular të regjistrimit demografik/Informacionit të përfituesit. Kontaktoni Zyrën e Fondit nëse keni nevojë për një formular të ri. Kthejeni formularin në Zyrën e Fondit.

Përfitimet e aftësisë së kufizuar

Nëse jeni punonjës me kohë të plotë, keni të drejtë për përfitime të aftësisë së kufizuar. Përfitimet e aftësisë së kufizuar ju ofrojnë juve dhe familjes suaj një pagesë shtesë javore nëse bëheni të paaftë dhe nuk mund të punoni për shkak të një sëmundjeje ose dëmtimi që nuk lidhet me punën.

Koha specifike për aftësinë e kufizuar përcaktohet nga diagnoza dhe udhëzimet e përcaktuara për aftësinë e kufizuar. Megjithatë, asnjë paaftësi nuk mund të kalojë përfitimin maksimal prej 26 javësh.

Që përfitimet e aftësisë së kufizuar të merren parasysh, duhet të plotësoni një formular të kërkesës për aftësinë e kufizuar dhe duhet të siguronit dokumentacion nga një mjek i kualifikuar ligjërish që vërteton se jeni me aftësi të kufizuara dhe nuk jeni në gjendje të kryeni detyrat tuaja normale të punës. Ju lutemi vini re: Ofruesit e MHC gjithashtu mund të vërtetojnë paaftësinë.

Nëse kualifikoheni, do të merrni një përfitim javor të barabartë me një përqindje të pagës suaj të rregullt, deri në një maksimum javor, ndërsa jeni me aftësi të kufizuara dhe qëndroni nën kujdesin e drejtpërdrejtë e të rregullt të një mjeku të kualifikuar ligjërish ose kur kujdesi juaj është duke u menaxhohet nga një ofrues i shëndetit mendor/përdorimit të substancave MHC.

Kërkesa juaj për aftësinë e kufizuar fillon në ditën e katërt të punës pasi keni vizituar mjekun tuaj si rezultat i paaftësisë suaj. Përfitimet e aftësisë së kufizuar nuk do të paguhen për asnjë periudhë në të cilën keni humbur punën përpara se të vizitoni mjekun tuaj.

Formularët e aftësisë së kufizuar duhet të dorëzohen në kohë. Nëse jeni pa punë për një paaftësi të vazhdueshme që kalon një muaj, duhet të dorëzoni formularët e vazhdimit ("formularët blu") rregullisht - zakonisht një herë në muaj. Shikoni formularin për më shumë informacion rreth kohës dhe afateve.

Kontakttoni Zyrën e Fondit për të marrë një formular.

Për më shumë informacion rreth përfitimeve të aftësisë së kufizuar, shihni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose telefononi Zyrën e Fondit në (215) 568-3262 ose (800) 338-9025 jashtë zonës lokale të thirrjeve.

Mjeku që vërteton paaftësinë tuaj DUHET të jetë një mjek rrjeti.

"Mjeku i kualifikuar ligjërish" përfshin Mjekët e Mjekësisë (MD), Mjekët e Osteopatisë (DO), Mjekët e Kirurgjisë Dentare (DDS), Doktorët e Mjekësisë Dentare (DMD), ose Doktorët e Mjekësisë Podiatrike (DPM).

Çdo kërkesë për paaftësi duhet të depozitohet në Zyrën e Fondit brenda 60 ditëve nga data fillestare e paaftësisë suaj. Sigurohuni që të gjitha seksionet të jenë plotësuar dhe nënshkruar nga ju, punëdhënësi juaj dhe mjeku juaj mjek përpara se t'i dorëzoni në Zyrën e Fondit.

Njoftime të rëndësishme

SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ("Fondi") kërkohet t'ju japë njoftimet e mëposhtme të rëndësishme. Ju lutemi rishikoni ato me kujdes në mënyrë që të kuptoni të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja.

Të drejtat e veçanta të regjistrimit të HIPAA

Nëse jeni duke refuzuar regjistrimin në planin e sigurimit shëndetësor për veten ose për personat në ngarkim (përfshirë bashkëshortin tuaj) për shkak të mbulimeve të tjera të sigurimit shëndetësor, në të ardhmen mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose vartësit tuaj në këtë plan, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 31 ditë pasi mbaron mbulimi juaj tjetër dhe siguroni dokumentacionin mbështetës. Përveç kësaj, nëse keni një vartës të ri si rezultat i martesës, birësimit ose vendosjes për birësim, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në ngarkim në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 31 ditëve pas martesës. adoptim, ose vendosje për birësim. Nëse keni një vartës të ri si rezultat i lindjes, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe të varurit tuaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 90 ditëve pas lindjes.

Fondi do të lejojë gjithashtu një mundësi të veçantë regjistrimi nëse ju ose vartësit tuaj të kualifikuar:

- Humbni mbulimin e Programit të Sigurimit Shëndetësor të Medicaid ose të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të përshtatshëm, ose
- Bëhuni të kualifikuar për programin e ndihmës premium të një shteti nën Medicaid ose CHIP.

Për këto mundësi regjistrimi, do të keni 60 ditë nga data e Medicaid/
Ndryshimi i përshtatshmërisë së CHIP-it për të kërkuar regjistrimin në mbulimin e Fondit. Vini re se kjo zgjatje 60-ditore zbatohet **vetëm** për mundësitë e regjistrimit për shkak të ndryshimeve të përshtatshmërisë së Medicaid/CHIP.

Materialet e regjistrimit duhet të plotësohen dhe të gjitha dëshmitë e statusit të varur t'i jepen Planit brenda 31, 60 ose 90 ditëve nga kërkesa për Regjistrim Special. Nëse nuk jeni në gjendje të plotësoni materialet e regjistrimit dhe të siguroni prova të statusit të varur brenda kornizës kohore (për shembull, nëse nevojitet kohë shtesë për të marrë një certifikatë lindjeje për një të porsalindur), afati mund të zgjatet.

KOBRA

Sipas Aktit të Konsoliduar të Pajtitimit të Buxhetit Omnibus të vitit 1986 (COBRA), ju dhe vartësit tuaj të kualifikuar mund të vazhdoni mbulimin mjekësor deri në 18 muaj nëse mbulimi përfundon sepse:

- Ju e përfundoni marrëdhënien e punës për çfarëdo arsye (përveç sjelljes së keqe të rëndë), ose
- Keni një ulje të orarit të punës.

COBRA gjithashtu lejon që vartësit tuaj të kualifikuar të vazhdojnë mbulimin e tyre mjekësor deri në 36 muaj nëse mbulimi do të përfundonte ndryshe sepse:

- Ti vdes,
- Ju dhe bashkëshorti juaj divorcoheni ose ndaheni ligjërisht,
- Ju kualifikoheni për Medicare, ose
- Personat në ngarkim tuaj nuk kanë më të drejtë për mbulim sipas planit mjekësor.

Ju dhe vartësit tuaj në përgjithësi mund të zgjidhni të vazhdoni mbulimin në çdo kohë brenda 60 ditëve të para pas përfundimit të mbulimit ose 60 ditëve nga data e marrjes së njoftimit, cilado qoftë më vonë. Mbulimi i vazhdueshëm hyn në fuqi në ditën e parë të muajit pas datës së ngjarjes që shkaktoi përfundimin e mbulimit, për sa kohë që ju paguani primin e nevojshëm. Ju mund të vazhdoni mbulimin që ishte në fuqi vetëm një ditë para ngjarjes. Megjithatë, ju mund të bëni ndryshime në zgjedhjet tuaja çdo vit gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur.

Nëse plani mjekësor ndryshon, këto ndryshime do të zbatohen edhe për mbulimin nën COBRA.

Për të marrë mbulim sipas COBRA, ju dhe/ose vartësit tuaj të kualifikuar duhet të bëni një zgjedhje në kohë dhe të bëni pagesa mujore të primit.

Ligji për mbrojtjen e shëndetit të të porsalindurve dhe nënave

Planet e grupit shëndetësor dhe lëshuesit e sigurimeve shëndetësore në përgjithësi, sipas ligjit federal, nuk mund të kufizojnë përfitimet për çdo kohëzgjatje qëndrimi në spital në lidhje me lindjen e nënës ose fëmijës së porsalindur në më pak se 48 orë pas lindjes vaginale, ose më pak se 96 orë pas lindjes prerje cezariane. Megjithatë, ligji federal në përgjithësi nuk e ndalon ofruerin e nënës ose të porsalindurit që merr pjesë, pas konsultimit me nënën, të shkarkojë nënën ose të porsalindurin e saj më herët se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Në çdo rast, planet dhe emetuesit nuk mund të kërkojnë, sipas ligjit federal, që një ofruer të marrë autorizim nga plani ose lëshuesi për të përshkruar një kohëzgjatje qëndrimi jo më të madhe se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Ligji për Shëndetin e Grave dhe të Drejtat e Kancerit

Akti për Shëndetin e Grave dhe të Drejtat e Kancerit kërkon që planet shëndetësore të grupeve dhe kompanitë e tyre të sigurimit dhe HMO-të të ofrojnë përfitime të caktuara për pacientët me mastektomi që zgjedhin rindërtimin e gjirit. Në rastin e një pjesëmarrësi të planit që merr përfitime në lidhje me një mastektomi, mbulimi do të sigurohet në një mënyrë të përcaktuar në konsultim me mjekun që merr pjesë për:

- Të gjitha fazat e rindërtimit të gjirit në të cilin është kryer mastektomia;
- Operacioni dhe rindërtimi i gjoksit tjetër për të prodhuar një pamje simetrike; dhe
- Proteza dhe trajtimi i komplikimeve fizike të mastektomisë, duke përfshirë limfedema

Përfitimet e rindërtimit të gjirit janë subjekt i zbritjeve dhe kufizimeve të bashkësigurimit që janë në përputhje me ato të vendosura për përfitime të tjera sipas skemës.

Kujtesa e Njoftimit të Privatësisë HIPAA

Rregullat e privatësisë sipas Aktit të Transportueshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore (HIPAA) kërkojnë që Planit i Mirëqenies së SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR ("Plani") të dërgojë periodikisht një kujtesë për pjesëmarrësit në lidhje me disponueshmërinë e Njoftimit të Privatësisë së Planit dhe se si të merrni atë njoftim. Njoftimi i privatësisë shpjegon të drejtat e pjesëmarrësve dhe detyrat ligjore të Planit në lidhje me informacionin e mbrojtur shëndetësor (PHI) dhe mënyrën se si Planit mund të përdorë dhe të zbulojë PHI. Ju gjithashtu mund të merrni një kopje të Njoftimit të Privatësisë duke kontaktuar Zyrën e Fondit në 215-568-3262, Extension 1400 ose 800-338-9025, Extension 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve).

Mbulimi tuaj i Barnave me Recetë dhe Medicare

Ju lutemi lexoni me kujdes këtë njoftim dhe mbajeni aty ku mund ta gjeni. Ky njoftim ka informacion në lidhje me mbulimin tuaj aktual të barnave me recetë me SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund dhe rreth opsioneve tuaja sipas mbulimit të barnave me recetë të Medicare. Ky informacion mund t'ju ndihmojë të vendosni nëse dëshironi ose jo të bashkoheni me një plan ilaçesh me recetë të Medicare. Nëse po mendoni të bashkoheni, duhet të krahasoni mbulimin tuaj aktual, duke përfshirë cilat barna mbuloohen me çfarë kostoje, me mbulimin dhe kostot e planeve që ofrojnë mbulim të barnave me recetë të Medicare në zonën tuaj. Informacioni rreth vendit ku mund të merrni ndihmë për të marrë vendime në lidhje me mbulimin e barnave me recetë është në fund të këtij njoftimi.

Ka dy gjëra të rëndësishme që duhet të dini për mbulimin tuaj aktual dhe Mbulimi i barnave me recetë të Medicare:

1. **Mbulimi i barnave me recetë të Medicare u bë i disponueshëm në vitin 2006 për të gjithë ata me Medicare. Ju mund ta merrni këtë mbulim nëse i bashkoheni një plani të barnave me recetë të Medicare ose i bashkoheni një plani të avantazhit të Medicare (si një HMO ose PPO) që ofron mbulim të barnave me recetë. Të gjitha planet e barnave me recetë të Medicare ofrojnë të paktën një nivel standard mbulimi të vendosur nga Medicare. Disa plane mund të ofrojnë gjithashtu më shumë mbulim për një premium mujor më të lartë.**

2. Fondi i Mirëqenies SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 BOLR ka përcaktuar se

Mbulimi i barnave me recetë i ofruar nga SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan pritet mesatarisht për të gjithë pjesëmarrësit e planit të paguajë aq sa paguan mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare dhe për këtë arsye konsiderohet Mbulim i kreditueshëm. Për shkak se mbulimi juaj ekzistues është të paktën po aq i mirë sa mbulimi standard i barnave me recetë të Medicare, ju mund ta mbani këtë mbulim dhe të mos paguani një prim më të lartë (një dënim) nëse më vonë vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh Medicare.

Kur mund të bashkoheni në një plan të drogës Medicare?

Ju mund t'i bashkoheni një plani të barnave të Medicare kur të bëheni të kualifikuar për Medicare dhe çdo vit nga 15 tetori deri më 7 dhjetor. Megjithatë, nëse humbni mbulimin tuaj aktual të barnave me recetë, pa fajin tuaj, do të keni të drejtë gjithashtu për një Periudha Speciale e Regjistrimit (SEP) dy (2) mujore për t'u bashkuar me një plan të drogës Medicare.

Çfarë ndodh me mbulimin tuaj aktual nëse vendosni të bashkoheni me një plan të barnave me recetë të Medicare?

Pavarësisht nëse regjistroheni apo jo në një plan të barnave me recetë të Medicare, mbulimi aktual i barnave me recetë do të vazhdojë për sa kohë që vazhdoni të përmbushni kërkesat e përshtatshmërisë së Planit të Mirëqenies së SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR. Mbulimi juaj aktual paguan për shpenzime të tjera shëndetësore përveç barnave me recetë dhe, me kusht që të vazhdoni të përmbushni rregullat e përshtatshmërisë së Fondit, do të keni të drejtë të merrni të gjitha përfitimet tuaja shëndetësore dhe të barnave me recetë, edhe nëse vendosni të regjistroheni në një Medicare plani i barnave me recetë.

Nëse regjistroheni në një plan ilaçesh me recetë të Medicare dhe jeni pjesëmarrës aktiv, mbulimi juaj me këtë Plan do të jetë parësor dhe Medicare do të paguajë në baza dytësore pasi ky Plan të ketë paguar përfitimet e tij.

Nëse vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh Medicare dhe të hiqni dorë nga mbulimi aktual i SEIU 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund, do të mund ta rifitonit atë vetëm nëse përmbushni rregullat e përshtatshmërisë dhe regjistrimit të Fondit, duke përfshirë rregullat speciale të regjistrimit.

Kur do të paguani një prim (gjobë) më të lartë për t'u bashkuar me një plan të drogës Medicare?

Duhet të dini gjithashtu se nëse e humbni mbulimin aktual me SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund dhe nuk i bashkoheni një plani të barnave të Medicare brenda 63 ditëve të vazhdueshme pas përfundimit të mbulimit aktual, mund të paguani një premi më të lartë (një dënim) për t'u bashkuar me një plan të drogës Medicare më vonë.

Nëse kaloni 63 ditë të vazhdueshme ose më gjatë pa mbulim të besueshëm të barnave me recetë, primi juaj mujor mund të rritet me të paktën 1% të primit bazë të përfituesit të Medicare në muaj për çdo muaj që nuk e keni pasur atë mbulim. Për shembull, nëse kaloni nëntëmbëdhjetë muaj pa mbulim të kreditueshëm, primi juaj mund të jetë vazhdimisht të paktën 19% më i lartë se primi bazë i përfituesit të Medicare. Ju mund t'ju duhet të paguani këtë prim më të lartë (një dënim) për sa kohë që keni mbulim të barnave me recetë të Medicare. Për më tepër, mund t'ju duhet të prisni deri në tetorin e ardhshëm për t'u bashkuar.

Për më shumë informacion rreth këtij njoftimi ose mbulimit aktual të barnave me recetë

Kontaktoni personin e listuar më poshtë për informacione të mëtejshme.

SHËNIM: Do ta merrni këtë njoftim çdo vit. Ju gjithashtu do ta merrni atë përpara periudhës së ardhshme, ju mund t'i bashkoheni një plani ilaçesh Medicare dhe nëse ky mbulim përmes SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ndryshon. Ju gjithashtu mund të kërkonti një kopje të këtij njoftimi në çdo kohë.

Për më shumë informacion rreth opsioneve tuaja sipas mbulimit të barnave me recetë të Medicare

Informacion më të detajuar rreth planeve të Medicare që ofrojnë mbulim të barnave me recetë gjenden në manualin "Medicare & You". Do të merrni një kopje të manualit me postë çdo vit nga Medicare. Ju gjithashtu mund të kontaktoheni drejtpërdrejt nga planet e drogës Medicare.

Për më shumë informacion rreth mbulimit të barnave me recetë të Medicare:

- Vizitoni www.medicare.gov
- Telefononi Programin tuaj të Ndhmës Shtetërore të Sigurimeve Shëndetësore (shihni pjesën e brendshme të kapakut të pasëm të manualit "Medicare & You" për numrin e tyre të telefonit) për ndihmë të personalizuar
- Telefononi 800-MEDICARE (800-633-4227). Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 877-486-2048.

Nëse keni të ardhura dhe burime të kufizuara, ofrohet ndihmë shtesë për të paguar mbulimin e barnave me recetë të Medicare. Për informacion rreth kësaj ndihme shtesë, vizitoni Sigurimet Shoqërore në ueb në www.socialsecurity.gov ose telefononi në 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Mbani mend: Mbani këtë njoftim të mbulimit të kreditueshëm. Nëse vendosni të bashkoheni me një nga planet e ilaçeve të Medicare, mund t'ju kërkohet të jepni një kopje të këtij njoftimi kur të bashkoheni për të treguar nëse keni ruajtur ose jo mbulim të besueshëm dhe, për rrjedhojë, nëse ju kërkohet ose jo të paguani një më të lartë premium (një dënim).

Informacion i rëndësishëm

Grafiku i mëposhtëm ofron informacion të rëndësishëm në lidhje me këtë Njoftim të Pjesës D të Medicare.

Data	Ofrohet me qira dhe çdo vit më pas
Emri i dërguesit të subjektit	SEIU 32 BJ, Rrethi 36 Fondi i Mirëqenies BOLR
Kontakt – Pozicioni/Zyra	John J. Rongione, Administrator
Adresa	Rruga e Tregut 1515 Suite 1020 Filadelfia, PA 19102
Numri i telefonit	215-568-3262, Zgjerimi 1400

Medicaid dhe Programi i Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Asistenca Premium nën Medicaid dhe Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Nëse ju ose fëmijët tuaj kualifikoheni për Medicaid ose CHIP dhe keni të drejtë për mbulim shëndetësor nga punëdhënësi juaj, shteti juaj mund të ketë një program asistence premium që mund të ndihmojë në pagesën e mbulimit, duke përdorur fondet nga programet e tyre Medicaid ose CHIP. Nëse ju ose fëmijët tuaj nuk kualifikoheni për Medicaid ose CHIP, nuk do të keni të drejtë për këto programe të asistencës premium, por mund të jeni në gjendje të blini mbulim individual të sigurimit nëpërmjet Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Për më shumë informacion, vizitoni www.healthcare.gov.

Nëse ju ose vartësit tuaj tashmë jeni regjistruar në Medicaid ose CHIP dhe jetoni në një shtet të listuar më poshtë, kontaktoni me zyrën tuaj shtetërore të Medicaid ose CHIP për të zbuluar nëse ofrohet ndihma premium.

Nëse ju ose personat tuaj në ngarkim NUK jeni regjistruar aktualisht në Medicaid ose CHIP dhe mendoni se ju ose ndonjë prej vartësve tuaj mund të kualifikoheni për njërin nga këto programe, kontaktoni me zyrën tuaj shtetërore të Medicaid ose CHIP ose telefononi **877-KIDS NOW** ose www.insurekidsnow.gov për të mësuar se si të aplikoni. Nëse kualifikoheni, pyesni shtetin tuaj nëse ka një program që mund t'ju ndihmojë të paguani primet për një plan të sponsorizuar nga punëdhënësi.

Nëse ju ose personat tuaj në ngarkim keni të drejtë për ndihmë premium sipas Medicaid ose CHIP, si dhe të kualifikuar sipas planit tuaj të punëdhënësit, punëdhënësi juaj duhet t'ju lejojë të regjistroheni në planin tuaj të punëdhënësit nëse nuk jeni regjistruar tashmë. Kjo quhet një mundësi "regjistrimi special" dhe **ju duhet të kërkoni mbulim brenda 60 ditëve nga përcaktimi i të drejtës për asistencë premium**. Nëse keni pyetje rreth regjistrimit në planin tuaj të punëdhënësit, kontaktoni Departamentin e Punës në www.askebsa.dol.gov ose telefononi **866-444-EBSA (3272)**.

Lista e mëposhtme e shteteve është aktuale që nga 31 korriku 2024. Kontaktoni shtetin tuaj për më shumë informacion mbi përshtatshmërinë.

PENSILVANIA	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefon Medicaid	800-692-7462
Faqja e internetit e CHIP-it	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefoni CHIP	800-986-FËMIJË (5437)
NEW JERSEY	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefon Medicaid	800-356-1561
Telefoni i asistencës premium CHIP	609-631-2392
Faqja e internetit e CHIP-it	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefoni CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NJU YORK	Medicaid
Faqja e internetit e Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefon Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefon Medicaid	302-571-4900 ose 866-843-7212
Faqja e internetit e CHIP-it	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefoni CHIP	302-571-4900 ose 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefon Medicaid	855-642-8572
Faqja e internetit e CHIP-it	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefoni CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

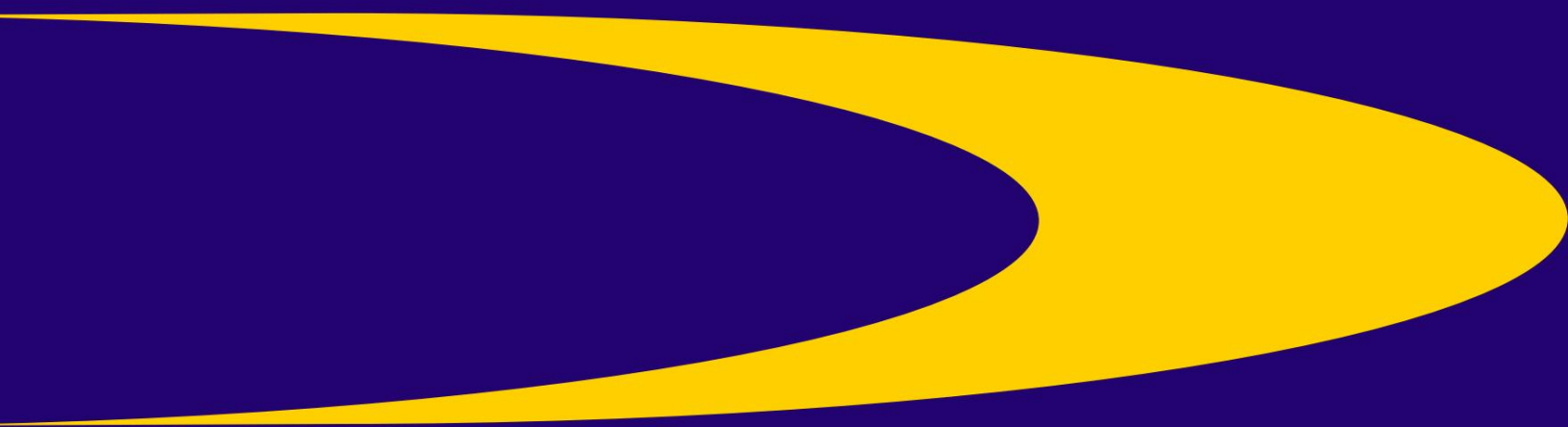
Për të parë nëse shteti juaj ka një program asistence premium ose për më shumë informacion mbi të drejtat e veçanta të regjistrimit, kontaktoni:

Departamenti Amerikan i Punës Departamenti Amerikan i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore
Qendrat e Administrimit të Sigurisë së Përfitimeve të Punonjësve për Shërbimet Medicare & Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opsioni i menysë 4, Sht. 61565

www.seiu36.com



tetor 2024

Bashkimi Bug