



www.seiu36.com



È tempo di iscrizioni aperte!

2025
Guida ai vantaggi

**Hai tempo solo fino al 2 dicembre per
iscriverti ai benefici BOLR Full-
Time per il 2025!**

Cosa c'è dentro

Panoramica sulle iscrizioni aperte	2
Informazioni di base	3
Prestazioni mediche	4
Termini importanti.....	5
Riepilogo dei benefici.....	6
Salute e benessere (stili di vita saniSM)— Lavoriamo per sostenere la tua salute ogni giorno!	8
Benefici per la salute comportamentale	9
Benefici dei farmaci da prescrizione	10
Prestazioni odontoiatriche	11
Benefici per la vista	13
Assicurazione sulla vita e assicurazione contro morte e mutilazione accidentale (AD&D)	14
Prestazioni di invalidità	15
Avvisi importanti	16

Hai bisogno di un modulo?

Consulta la prima pagina di questa Guida e il nostro sito web!

I moduli che devi compilare per l'iscrizione si trovano nelle prime pagine di questa guida e nella sezione Contatti e risorse

pagina (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) sul nostro sito web. I moduli sul sito possono essere compilati online. Dovrai solo stamparli per firmarli e poi inviarli per posta al Fund Office.



Ogni modulo ti indicherà le condizioni in base alle quali dovresti compilarlo. Compila solo i moduli che si applicano a te. Strappa ogni modulo compilato sul bordo perforato e spedisilo al Fund Office utilizzando la busta di ritorno inclusa in questa guida.

RICORDA: Scegli con attenzione! Una volta terminato l'Open Enrollment, non potrai modificare le tue elezioni fino al successivo periodo di Open Enrollment nell'autunno del 2025, per una copertura effettiva dal 1° gennaio 2026, a meno che tu non abbia un cambio di stato qualificato.

Panoramica sulle iscrizioni aperte

Ottobre 2024

In questa Guida e nei materiali allegati troverai le informazioni, i moduli e le istruzioni necessarie per iscriverti alla copertura dei benefit BOLR Full-Time nel 2025.

L'iscrizione aperta è la tua opportunità annuale di rivedere la tua copertura e apportare modifiche ai benefit che scegli o ai familiari che copri. Al di fuori dell'iscrizione aperta, ti è consentito apportare modifiche solo se sono il risultato di un cambiamento di vita qualificato (un "evento qualificante") come descritto di seguito. Si prega di esaminare i materiali allegati e di considerare le proprie esigenze e quelle della propria famiglia prima di prendere decisioni in merito all'iscrizione. Se desideri apportare modifiche al tuo stato di familiare, restituisci il modulo di iscrizione compilato all'ufficio del Fondo entro e non oltre il 2 dicembre 2024.

Se desideri mantenere le stesse opzioni di benefit e la stessa copertura di cui hai bisogno ora, non devi fare nulla.

Domande?

Per qualsiasi domanda non esitate a contattare l'ufficio dei fondi pensione. Puoi contattarci al numero (215) 568-3262, interno 1400 o al numero (800) 338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale). Puoi anche recarti presso l'ufficio SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund Office situato in 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 per parlare con uno dei nostri rappresentanti. Assicurati di chiamarci prima di venire.

IMPORTANTE: Promemoria di modifica dello stato

Puoi aggiungere o rimuovere persone a carico o apportare altre modifiche alla copertura dei tuoi benefit SOLO al di fuori dell'Open Enrollment se hai un evento qualificante. Un evento qualificante significa che tu o la persona a carico subite un cambiamento di vita che influisce sull'amministrazione dei tuoi benefit. Esempi includono il matrimonio, il parto o il divorzio. In questi casi, potresti dover aggiungere o rimuovere persone a carico dalla copertura del tuo Fondo.

Per tutti gli eventi qualificanti, devi fornire la documentazione del cambio di stato (ad esempio un certificato di nascita o di matrimonio). **Il Fund Office DEVE ricevere la documentazione entro 31 giorni dall'evento qualificante (90 giorni per la nascita del tuo bambino).** Rivedi la tua Summary Plan Description o contatta il Fund Office per maggiori informazioni sulla qualificazione eventi.

Nota: se si verifica un evento qualificante e si ha la necessità di compilare un nuovo modulo di censimento/beneficiario per riflettere il cambiamento di stato, contattare l'ufficio del Fondo.

Questo documento e i materiali nel tuo pacchetto di iscrizione forniscono una descrizione riassuntiva dei tuoi benefit del SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund e delle modifiche che entreranno in vigore il 1° gennaio 2025. Questi materiali integrano altre descrizioni dei benefit del tuo Piano. Le modifiche descritte in questi documenti e nei materiali allegati entrano in vigore il 1° gennaio 2025. Il Fondo spera di continuare il Piano e i benefit menzionati in questi documenti e descritti nel tuo opuscolo sui benefit a tempo indeterminato, ma si riserva il diritto di modificare, sospendere o terminare il Piano, in tutto o in parte, in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Né la ricezione di questo pacchetto di iscrizione né l'iscrizione a uno qualsiasi dei benefit offerti dal Piano costituiscono un contratto di lavoro. Si prega di leggere attentamente questi documenti e di conservare queste importanti informazioni con gli altri materiali sui benefit per riferimento futuro.

Fatti di base

Chi è idoneo?

Hai diritto al BOLR Full-Time Plan se lavori in un'occupazione coperta e il tuo datore di lavoro è tenuto, tramite un contratto di contrattazione collettiva, a versare contributi per tuo conto al Fondo.

Se sei idoneo a partecipare al BOLR Full-Time Plan, puoi anche iscrivere i tuoi familiari idonei per i benefit medici, dentistici e oculistici. I tuoi familiari idonei includono:

- Bambini dalla nascita fino a 26 anni
- Figliastri fino a 26 anni
- Bambini adottati (dalla data di collocamento nella tua casa) fino a 26 anni
- Bambini dati in adozione
- Bambini di età superiore ai 26 anni incapaci di mantenere un impiego a causa di disabilità mentale o fisica

Nessun figlio per il quale ci si assume gratuitamente il mantenimento sarà considerato a carico.

Iscrizione dei familiari a carico

Per iscrivere i tuoi familiari a carico al Piano, devi compilare e inviare le seguenti informazioni:

- **Modulo di iscrizione per i familiari a carico** (ricordarsi di compilare entrambi i lati)
- **Stato dipendente dal documento** : esempi di documentazione includono:
 - Certificato di nascita valido dello stato che indica entrambi i genitori per i figli naturali o figliastri sotto i 26 anni
 - Prova di adozione per un bambino adottato legalmente di età inferiore ai 26 anni
 - Se è necessario aggiungere i figli di età inferiore ai 26 anni a seguito di un ordine di mantenimento medico qualificato, fornire una copia dell'ordine
 - Prova del numero di previdenza sociale
 - Se hai un figlio che deve rimanere nella tua copertura oltre i 26 anni a causa di una menomazione fisica o mentale a causa della quale non è in grado di sostenersi, il Fund Office richiede la documentazione della sua disabilità su base periodica. Questa informazione deve essere fornita entro 31 giorni dal 26° compleanno del figlio.

Se si sceglie di rimuovere un familiare a carico dal piano, è necessario compilare il modulo di esclusione e inviare all'ufficio del fondo la prova di un'altra copertura sanitaria per tale familiare a carico.

Ogni modifica apportata al tuo stato di persona a carico deve essere completata e restituita all'ufficio del Fondo nella busta affrancata e indirizzata al mittente entro il 2 dicembre 2024. Se non aggiungi o elimini una persona a carico durante l'iscrizione aperta, devi attendere di farlo finché tu o la persona a carico non sperimentate un evento qualificante.

Ordine di mantenimento medico qualificato per i figli (QMCSO)

Se sei tenuto a fornire il mantenimento dei figli e la copertura sanitaria ai sensi di un Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), contatta il Fund Office per una spiegazione delle informazioni richieste. Un QMCSO è qualsiasi sentenza, decreto o ordine emesso dal tribunale che richiede di fornire la copertura sanitaria per un figlio. Per ulteriori informazioni sulle procedure di amministrazione dei QMCSO, contatta il Fund Office.

Prestazioni mediche

Promemoria importanti:

I vantaggi descritti nella presente Guida saranno effettivi a partire dal 1° gennaio 2025.

Franchigie, copagamenti, coassicurazioni e massimali vengono combinati sia per i benefici all'interno che all'esterno della rete, ove applicabili.

Quando utilizzi un provider fuori dalla rete, sei responsabile della differenza tra quanto fatturato dal provider e quanto pagato dalla tua assicurazione. Questa tabella è un riepilogo dei tuoi vantaggi e intende fornire una breve descrizione dei vantaggi a tua disposizione.

Requisiti di precertificazione

Prima di poter ricevere il trattamento, alcuni servizi devono essere approvati come necessari dal punto di vista medico.

Questo si chiama precertificazione. Alcuni servizi che richiedono la precertificazione includono: • TUTTI i

ricoveri ospedalieri non urgenti • Chirurgia elettiva per

pazienti ricoverati • Selezionare

apparecchiature mediche durevoli

• Assistenza sanitaria domiciliare

• Cure palliative per pazienti ricoverati

• RM/MRA

• Scansione TC/CTA

• scansione PET

Nota: questo non è un elenco completo dei servizi. Blue Cross potrebbe modificare i requisiti di precertificazione di volta in volta. Contattare Blue Cross Member Services per maggiori informazioni.

Non dimenticare la prevenzione

È importante dare priorità agli esami, ai test e agli screening di routine. La prevenzione può individuare malattie croniche e infezioni come cancro, diabete e malattie cardiache prima che si trasformino in gravi problemi di salute. La diagnosi precoce aumenta le possibilità di guarigione.

Il primo passo è programmare la visita medica annuale con il medico di base (PCP). Chiedi quali test e screening devi fare. Ad esempio, l'American Cancer Society raccomanda che le persone inizino a sottoporsi a screening per il cancro colorettale a 45 anni. I test regolari del colesterolo verificano i segni di malattia coronarica. E le visite annuali per la salute delle donne possono individuare precocemente il cancro al seno.

La cura preventiva è facile e conveniente. La maggior parte dei servizi preventivi sono coperti al 100%, a patto che si veda un fornitore in-network. Se non si ha un fornitore di cure primarie (PCP), è possibile trovarne uno online su www.ibx.com oppure contattare Independence Member Services al numero (800) 275-2583.

Termini importanti

Copagamento annuo massimo—

è il massimo che pagherai di tasca tua in copagamenti per i servizi in-network che ricevi durante l'anno. Una volta raggiunto il tuo massimo annuale, il piano paga il 100% del costo per i servizi in-network per il resto dell'anno.

Centro Distinzione Blu + —

Centri chirurgici ambulatoriali designati Blue Cross specializzati in sostituzione di ginocchio e anca. I Blue Distinction Centers + soddisfano elevati standard di qualità, costo, competenza, efficacia ed efficienza.

Coassicurazione—

è la percentuale dei costi ammissibili che paghi per i servizi, dopo aver pagato la franchigia.

Copagamento—

è l'importo fisso in dollari che paghi per alcuni servizi medici al momento in cui ricevi le cure.

Deducibile—

è la quota delle spese coperte che paghi ogni anno prima che il tuo piano sanitario inizi a erogare i benefici per i servizi specificati.

Fornitori in-network—

sono un gruppo selezionato di provider e strutture che hanno accettato di addebitare tariffe negoziate per i loro servizi. Quando utilizzi questi provider, stai ricevendo "assistenza in-network".

Spese mediche necessarie—

sono coperti dai piani se sono servizi o forniture considerati necessari e appropriati e coperti dal piano. Alcuni servizi e forniture non sono affatto coperti, mentre i benefici per altri servizi (come la cura chiropratica) sono limitati. Inoltre, la spesa deve essere sostenuta mentre il paziente è coperto dal piano, a meno che non sia specificamente previsto diversamente.

Fornitori fuori dalla rete—

sono medici, operatori sanitari o strutture che non fanno parte del gruppo selezionato di operatori.

Casa medica incentrata sul paziente (PCMH)—

Blue Cross ha identificato alcuni dottori, tra cui i PCP, che partecipano a un Patient-Centered Medical Home (PCMH). Un PCMH è uno studio o un gruppo di dottori che lavorano insieme per coordinare e personalizzare al meglio le tue cure. Ricevere cure presso un PCMH e selezionare un dottore del PCMH come PCP ti farà risparmiare denaro.

Medico di base (PCP)—

è talvolta definito "medico di famiglia". È il medico che fornisce il primo contatto quando hai un problema di salute. Il PCP fornisce anche assistenza continua e indirizza a specialisti, se necessario. Blue Cross ha designato alcuni dottori come "PCP"; devi consultare il tuo Blue Cross Physician Directory per selezionare un PCP idoneo.

Riepilogo dei vantaggi

BENEFICIO	IN-NETWORK/RIFERITO	FUORI RETE/ AUTO-RIFERITO
Deducibile (annuale)		
Individuale	\$0	\$250
Famiglia	\$0	500 dollari
Massimo annuale di spesa diretta		
Individuale	\$ 6.750	\$ 6.750
Famiglia	\$ 13.500	\$ 13.500
Durata massima	Nessuno	Nessuno
Ospedale ricoverato¹	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia Fino a 70 giorni per anno solare
Servizi medici per pazienti ricoverati	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Sostituzione del ginocchio e dell'anca^{1,2}		
Centro Distinzione Blu +	100%	Non coperto
Tutte le altre strutture	70%	Non coperto
Pronto soccorso	Per le visite 1 e 2: 100% dopo un copagamento di \$ 100 Per visite 3 o più: 100% dopo un copagamento di \$ 200 Rinunciato se ammesso	Per le visite 1 e 2: 100% dopo un copagamento di \$ 100 Per visite 3 o più: 100% dopo un copagamento di \$ 200 Rinunciato se ammesso
Cure di emergenza	100% dopo un copagamento di \$ 40	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Struttura infermieristica specializzata¹ Fino a 60 giorni all'anno	100%	Non coperto
Studio medico PCMH PCP	100% dopo un copagamento di \$ 10	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Studio medico Non-PCMH PCP e specialisti	100% dopo un copagamento di \$ 20	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Assistenza preventiva per adulti e Bambini³	100%	70% dell'importo consentito, nessuna franchigia
Esame ginecologico di routine/Pap test (uno all'anno)	100%	70% dell'importo consentito, nessuna franchigia
Mammografia	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Vaccinazioni pediatriche	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Chirurgia¹ (potrebbe essere richiesta la pre-certificazione per alcuni interventi ambulatoriali)	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Ambulatorio di laboratorio/patologia⁴	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia

BENEFICIO	IN-NETWORK/RIFERITO	FUORI RETE/ AUTO-RIFERITO
Radiologia diagnostica ambulatoriale/ Radiologia^{1,4,5}	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Assistenza sanitaria domiciliare¹ Fino a 200 visite per anno solare	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Terapia fisica/occupazionale^{4,5} Logopedia Fino a 30 visite per modalità, per anno solare	100% dopo un copagamento di \$ 20	Non coperto
Riabilitazione cardiaca o polmonare Fino a 36 visite per modalità, per anno solare	100% dopo un copagamento di \$ 20	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Attrezzature mediche durevoli¹ Alcuni articoli richiedono la precertificazione	100%	Non coperto
Ambulanza Trasporto di emergenza Trasporto non di emergenza ¹	100% 100%	100% dell'importo consentito, nessuna franchigia 70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Maternità Prima visita ostetrica Ospedale	100% 100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia 70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Chiropratica (manipolazione spinale)⁵ Fino a 10 visite per anno solare	100% dopo un copagamento di \$ 20	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Dialisi/Radiazione¹ /Chemioterapia	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Consulenza nutrizionale 6 visite all'anno	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Formule nutrizionali e Prodotti alimentari solidi medici¹ Potrebbe essere richiesta la pre-certificazione	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Assistenza infermieristica privata ambulatoriale¹ Fino a 360 ore per anno solare	90%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Cure palliative¹ Fino a 210 giorni per tutta la vita	100%	Non coperto
Servizi del programma per la salute comportamentale e l'abuso di sostanze forniti da MHC, Inc. Chiama il numero (800) 255-3081.		
Ricoverato^{6,7}	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Visite ambulatoriali fuori studio⁶	100%	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia
Ambulatoriale⁶	100% dopo un copagamento di \$ 20	70% dell'importo consentito, dopo la franchigia

¹ Per questi servizi è richiesta la pre-certificazione. Contattare il dipartimento dei servizi per i soci di Keystone HPE (Independence Blue Cross) per maggiori informazioni sui servizi che richiedono la pre-certificazione.

² Il trattamento ricevuto presso un Blue Distinction Center + una struttura per la sostituzione del ginocchio e dell'anca è coperto al 100%; il trattamento ricevuto presso un Blue Distinction Center o qualsiasi altra struttura Keystone partecipante o struttura designata da AmeriHealth è coperto al 70%. Non vi è alcuna copertura per le sostituzioni di ginocchio/anca effettuate fuori dalla rete.

³ È necessario rivolgersi al medico di base prescelto.

⁴ È necessario recarsi presso il centro designato dal medico di base affinché le cure siano considerate all'interno della rete.

⁵ È richiesta la segnalazione del medico di medicina generale.

⁶ Servizi in-network amministrati da MHC, Inc. non Keystone o AmeriHealth. Contattare MHC per un elenco dei provider di rete. Chiamare MHC all'800-255-3081 o visitare HMC online all'indirizzo www.mhconsultants.com.

⁷ Precertificazione richiesta per questi servizi. Contattare MHC per maggiori informazioni sulla precertificazione dei servizi correlati a Behavioral Treatment per la salute/abuso di sostanze.

Salute e benessere (stili di vita saniSM)— Lavoriamo ogni giorno per sostenere la tua salute!

La maggior parte delle persone tende a pensare alla propria salute e ai benefit sanitari solo quando è malata, o una volta all'anno quando è il momento della visita medica annuale. In verità, dovresti pensare alla tua salute e ai benefit sanitari ogni giorno.

Ecco perché. Le scelte che fai ogni giorno, il cibo che scegli di mangiare, indossare la cintura di sicurezza, assumere i farmaci come indicato dal tuo medico, possono avere un impatto significativo sulla tua salute, in modo positivo o negativo. I programmi Independence Healthy Lifestyles Solutions possono offrirti supporto e guida mentre adotti misure positive per migliorare la tua salute e le tue possibilità di stare bene.

Dal rimborso per le scelte di vita intelligenti che fai al fornire soluzioni personalizzate, individuali come te, il programma Healthy Lifestyles Solutions è progettato per mantenerti in salute. Meglio di tutto, i programmi sono gratuiti per te e per i tuoi familiari aventi diritto.

Per poter partecipare al programma Healthy Lifestyles Solutions è **necessario essere iscritti al piano sanitario**.

Per maggiori informazioni o per iscriversi a uno dei programmi del programma Healthy Lifestyles Solutions, chiamare l'800-ASK-BLUE dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 18:00 ET, e seguire le istruzioni per il programma Healthy Lifestyles Solutions. È inoltre possibile trovare informazioni sul programma online su www.ibxpress.com o scaricando l'app mobile IBX.

Diventa sano E sarai anche ricompensato!

Ottieni una ricompensa per aver fatto piccoli passi ogni giorno che possono portare a grandi cambiamenti nella tua salute. I rimborsi di Healthy Lifestyles Solutions ti

offrono:

- Fino a \$ 150 di rimborso sulle tue spese per il centro fitness

- \$ 150 di rimborso su un programma di gestione del peso approvato

- \$ 150 di rimborso per programmi che ti aiutano a smettere di fumare

Ti rendiamo facile guadagnare denaro indietro per una vita sana con i nostri programmi di rimborso. Non è richiesta alcuna iscrizione. Soddisfi i requisiti di idoneità quando completi 120 visite presso una struttura approvata. Invia semplicemente la tua documentazione per richiedere il rimborso in modo rapido e sicuro.

Nota: questi programmi sono amministrati da Independence Blue Cross. Devi avere una copertura con Independence al momento della richiesta di rimborso.

L'infermiere di gestione sanitaria può rispondere alle tue domande relative alla salute

Sappiamo che il tuo tempo è prezioso, il che può rendere ancora più difficile tenere sotto controllo la tua salute e gestire condizioni mediche croniche, come diabete, asma e malattie cardiache. Ecco perché l'ufficio del fondo di assistenza SEIU locale 32BJ distretto 36 ha un'infermiera di gestione sanitaria che può fornire indicazioni e aiutarti a svolgere un ruolo attivo nella gestione della tua condizione.

L'infermiera è qui per:

- Rispondi alle tue domande
- Rivedere i segni e i sintomi delle condizioni mediche croniche
- Ti aiuta a preparare le domande per il tuo medico
- Inviarti informazioni utili

Devi iscriverti al programma Healthy Lifestyles Solutions per essere idoneo. Si applicano restrizioni e linee guida speciali. Il programma Healthy Lifestyles Solutions è amministrato da Independence Blue Cross e i dettagli del programma possono cambiare in qualsiasi momento. Chiama, vai online su www.ibxpress.com o scarica l'app mobile IBX per ottenere le informazioni più aggiornate sul programma Healthy Lifestyles Solutions.

Per avere diritto ai rimborsi è necessario aver sottoscritto una copertura medica con Independence.

L'infermiera lavorerà con voi uno a uno sui problemi medici che sono importanti per voi, con l'obiettivo di aiutarvi a essere il più sani possibile. Tutte le conversazioni sono completamente riservate.

Contatta il Benefit Fund Office e chiacchiera con l'infermiera Judy. Una conversazione di 10 minuti potrebbe metterti sulla strada per una salute migliore e una vita più sana in generale.

L'infermiera è disponibile dalle 9:00 alle 16:30, dal lunedì al venerdì, telefonicamente al numero 215-568-2345 o 800-338-9025, interno 1401 (fuori dall'area di chiamata).

Il programma di gestione della salute per il diabete

Se soffri di diabete, potresti avere diritto a partecipare al Programma di gestione della salute per il diabete. Il programma si concentra sull'aiutarti a gestire e curare il diabete.

Il programma è riservato e volontario. Al momento dell'iscrizione, devi accettare di completare il programma per ricevere il beneficio completo.

Nell'ambito del programma potrai ricevere:

- Coaching telefonico personalizzato e controlli da parte della nostra infermiera dedicata
- Riduzione dei copagamenti per i farmaci generici e di marca per il diabete utilizzati per curare il diabete
- Informazioni dai nutrizionisti per imparare a gestire il diabete

Benefici per la salute comportamentale

Il tuo Behavioral Health Benefit è coperto da MHC e non fa parte dei tuoi benefici medici con il tuo Independence Blue Cross Medical Plan.

MHC è qui per supportare te e la tua famiglia che potrebbe avere problemi di abuso di sostanze o problemi di salute emotiva o mentale. I professionisti esperti di MHC ti offriranno la migliore assistenza e attenzione possibili. Per saperne di più sui benefici e i servizi per la salute comportamentale a tua disposizione, chiama l'800-255-3081 o visita il loro sito Web all'indirizzo www.mhconsultants.com.

Mostra la tua tessera MHC se hai bisogno di cure con un fornitore di Salute comportamentale. Contatta direttamente MHC al numero 800-255-3081 per parlare con un Case Manager MHC.

MHC può aiutare con problemi come: •

Ansia/stress

- Uso di sostanze
- Depressione
- Stress post-traumatico
- Dolore
- Problemi familiari
- E molto altro ancora.

Benefici dei farmaci da prescrizione

La copertura per i farmaci da prescrizione, fornita tramite CVS Caremark, inizia automaticamente quando ti iscrivi alla copertura medica del Piano. Puoi ottenere una scorta di farmaci per un massimo di 30 giorni recandoti in qualsiasi farmacia della rete e mostrando la tua tessera identificativa per i farmaci da prescrizione CVS Caremark. Puoi ottenere una scorta di farmaci di mantenimento per un massimo di 90 giorni recandoti direttamente in qualsiasi farmacia CVS o utilizzando la farmacia CVS Caremark Mail Order. **Non avrai diritto ai benefici per i farmaci da prescrizione se decidi di non aderire al piano medico.**

Le ricariche al dettaglio per 90 giorni sono disponibili solo presso le farmacie CVS.

I tuoi copagamenti

Ogni volta che si ritira una prescrizione, si pagherà un ticket che varia a seconda della classificazione del farmaco. Esistono tre livelli di farmaci da prescrizione:

- **Generico:** farmaci da prescrizione che sono gli equivalenti più economici dei farmaci di marca. Sono approvati dalla Food and Drug Administration statunitense e hanno gli stessi ingredienti attivi dei loro equivalenti di marca.
- **Formulario:** elenco di farmaci di marca scelti da un gruppo di medici e farmacisti. I farmaci presenti nel prontuario sono attentamente selezionati in base alla loro efficacia, sicurezza e costo.
- **Non-formulary—Farmaci di marca** non presenti nel formulario. Paghi il 100% del costo dei farmaci non-formulary. farmaci da ricetta.

Se la tua prescrizione è per:	Vedere al dettaglio	Vedere al dettaglio	Casa
	(fornitura per 30 giorni)	(fornitura per 90 giorni)*	Consegna (fornitura per 90 giorni)
	Tu paghi		
Farmaci generici	7\$	14 \$	14 \$
Farmaci di marca nel formulario	\$22	44 \$	44 \$
Farmaci non presenti nel formulario	Paghi il 100% del costo.		

*Per ritirare una prescrizione per una fornitura di farmaci per 90 giorni presso una farmacia al dettaglio, è necessario rivolgersi a una farmacia CVS.

Il tuo massimo annuale di spesa diretta

Esiste un limite massimo annuale di spesa out-of-pocket per le spese per i farmaci da prescrizione. Una volta raggiunto il limite massimo annuale di spesa out-of-pocket, il piano paga il 100% dei costi dei farmaci da prescrizione. I tuoi copagamenti si applicano al Massimale annuale di spesa diretta. Le spese pagate per farmaci non coperti dal Prescription Drug Plan non si applicano. Esiste un Massimale annuale di spesa diretta separato per i benefit medici.

I massimali annuali per le spese personali per i farmaci da prescrizione sono: •

Singolo: \$ 1.950

• Famiglia: \$ 3.900

Cos'è un formulario?

Un formulario è un elenco di farmaci generici e di marca. Il formulario è stato sviluppato da un comitato di medici e farmacisti presso CVS Caremark. Il comitato rivede e aggiorna regolarmente il formulario in base alle ultime informazioni disponibili sull'efficacia di ciascun farmaco.

È possibile trovare il formulario attuale registrandosi su www.caremark.com. Il prontuario è soggetto a modifiche nel corso dell'anno in quanto vengono aggiunti nuovi farmaci, i farmaci di marca hanno alternative generiche o il loro stato nel prontuario cambia.

Rivolgendoti alla CVS Caremark Mail Order Pharmacy per la terapia di mantenimento risparmierai denaro.

Prestazioni odontoiatriche

Una cura dentistica regolare e professionale non è solo essenziale per una buona salute, ma può anche prevenire problemi seri o costosi. Ecco perché il nostro Dental Plan, fornito tramite Delta Dental, copre una gamma completa di servizi dentistici, tra cui cure diagnostiche e preventive.

L'iscrizione al Dental Plan è facoltativa: iscriviti al piano se tu (o i tuoi familiari) avete bisogno di copertura. Puoi iscriverti al Dental Plan anche se rinunci alla copertura medica e puoi iscriverti a un livello di copertura diverso. Ad esempio, potresti iscriverti alla copertura medica solo per i dipendenti ma iscriverti alla copertura dentale per la famiglia.

Tabella dei benefici dentali

Deducibile	Nessuno
Beneficio massimo annuo	\$ 3.000 a persona all'anno
Assistenza preventiva e diagnostica <ul style="list-style-type: none"> • Esame orale, pulizia, radiografie bitewing (due volte l'anno); radiografie complete della bocca ogni 36 mesi • Trattamenti al fluoro fino a 19 anni (si applicano dei limiti) • Sigillanti o mantenitori di spazio (si applicano limiti di età) 	100%
Restaurativo di base <ul style="list-style-type: none"> • Ripieni 	100%
Maggiore Restaurativo <ul style="list-style-type: none"> • Riparazioni di corone esistenti • Intarsi, onlay, corone, restauri in fusione • Ponti e protesi dentarie 	50%
Endodonzia <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento canalare 	80%
Parodontologia <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento gengivale 	80%
Ortodonzia	50% Massimo di \$ 1.000 a vita

Come utilizzare un dentista partecipante può farti risparmiare denaro

Ecco un esempio di come avvalersi di un dentista della rete Delta Dental può far risparmiare denaro.

Procedura: Corona	Se utilizzi un dentista partecipante	Se si utilizza un dentista non partecipante
Tariffa del dentista	900 dollari	900 dollari
Tariffa contrattuale Delta Dental (spesa ammissibile)	700 dollari	700 dollari
Il piano paga (50% della tariffa contrattuale)	\$350	\$350
Tu paghi	\$350	\$ 550 (differenza tra la tariffa contrattuale di Delta e la tariffa del dentista di \$ 900)

Nota: questo grafico è solo a scopo illustrativo. I costi effettivi varieranno.

Predeterminare i benefici per il trattamento oltre i \$ 300

Se si prevede che il trattamento costerà \$ 300 o più, chiedi al tuo dentista di "predeterminare i benefici" con Delta Dental prima dell'inizio del trattamento (ciò significa valutare se il trattamento suggerito è appropriato e determinare quanto il Piano pagherà per le cure). Con la predeterminazione, sai esattamente quanto pagherà il Piano e quanto pagherai tu. In questo modo, puoi prendere accordi finanziari prima dell'inizio del trattamento.

Per predeterminare i benefici, il tuo dentista deve inviare un modulo di richiesta a Delta Dental descrivendo il trattamento proposto e le spese stimate. Delta Dental ti invierà un estratto conto che mostra i servizi che saranno coperti e quanto pagherà il Piano. Puoi rivedere il piano di trattamento con il tuo dentista e concordare i servizi da eseguire. Dopo il completamento del trattamento, restituisci l'estratto conto originale, con le date dei servizi e le firme necessarie, a Delta Dental per il pagamento.

Per un elenco completo delle limitazioni ed esclusioni odontoiatriche, consulta la Descrizione riassuntiva del piano.

Vantaggi della vista

Come funziona il piano

Hai la possibilità di ricevere cure oculistiche da un fornitore partecipante al National Vision Administrator (NVA) o da qualsiasi altro specialista della cura degli occhi. Tuttavia, ricevi i massimi benefici quando utilizzi un oculista o un optometrista partecipante.

- **Quando utilizzi un fornitore partecipante**, ricevi i massimi vantaggi perché il Piano paga l'intero costo o una gran parte del costo per la maggior parte dei servizi di routine.
- **Quando utilizzi un fornitore non partecipante**, il Piano ti rimborserà gli esami, le montature degli occhiali e le lenti o le lenti a contatto. Paghi il costo totale quando ricevi i servizi. Quindi, devi presentare un reclamo per essere rimborsato per la quota di costo del Piano.

Cosa paga il piano

Quando si usufruisce di servizi da un fornitore partecipante al NVA, il piano copre il costo di un esame della vista una volta ogni 24 mesi.

Il piano copre anche l'acquisto di un nuovo paio di lenti e montature o lenti a contatto, fino a 120 \$ ogni 24 mesi (o ogni 12 mesi per i bambini sotto i 19 anni).

Se si usufruisce di servizi da un oculista non partecipante, il Piano pagherà fino a 30 \$ per un esame della vista una volta ogni 24 mesi (o ogni 12 mesi per i bambini di età inferiore ai 19 anni).

Il piano copre anche fino a 60 \$ per le lenti e fino a 60 \$ per le montature, oppure fino a 120 \$ per le lenti a contatto, una volta ogni 24 mesi per bambini e adulti.

Spese non coperte (si prega di notare che questo è solo un elenco parziale.)

Il Vision Plan non copre:

- Fotografia del fondo oculare;
- Trattamento medico o chirurgico degli occhi;
- Servizi o materiali forniti a seguito della legge sulla compensazione dei lavoratori o ottenuti da qualsiasi agenzia o programma governativo; o,
- Occhiali da sole semplici o graduati.

Con il Vision Plan, usa la tua carta d'identità per ottenere servizi di cura della vista o occhiali. Tuttavia, non puoi usare la tua carta insieme a offerte speciali, come coupon o promozioni speciali.

Assicurazione sulla vita e morte accidentale e Assicurazione contro lo smembramento (AD&D)

Oggi giorno, l'assicurazione sulla vita è più di un semplice "vantaggio per la tranquillità": è una necessità della vita.

L'assicurazione sulla vita è progettata per offrire protezione alla tua famiglia, o a chiunque conti sul tuo reddito, in caso di decesso. L'assicurazione per morte e mutilazione accidentale (AD&D) ti paga un beneficio se subisci una perdita accidentale di un arto o della vista, e paga un beneficio al/ai tuo/i beneficiario/i se muori a seguito di un incidente coperto.

I familiari a carico non hanno diritto alla copertura assicurativa sulla vita e sulla morte.

Questa prestazione assicurativa sulla vita è generalmente erogabile solo in caso di decesso durante lo svolgimento di un impiego attivo e coperto.

Qualsiasi indennità AD&D pagabile a seguito di decesso accidentale è pari all'importo dell'assicurazione sulla vita e viene versata in aggiunta alla prestazione dell'assicurazione sulla vita.

L'importo dell'indennità

AD&D dipende dal tipo di perdita accidentale.

Per maggiori dettagli, consulta la Descrizione sintetica del tuo piano oppure chiama l'ufficio del Fondo.

Potrebbero applicarsi esclusioni e limitazioni.

Per un elenco completo delle esclusioni e delle limitazioni, consulta la Descrizione riassuntiva del piano.

Beneficio solo per i dipendenti

Morte, Naturale	\$25.000
Morte, incidente	\$ 25.000 (in aggiunta a quanto sopra)
Benefici per lo smembramento	Importo specifico determinato dalla perdita

Non dimenticare: il tuo beneficiario

Per assicurarti che i benefici vengano erogati alla persona che desideri, devi nominare il beneficiario e mantenere aggiornate le designazioni dei beneficiari man mano che la tua vita cambia. Se sei di recente idoneo o hai cambiamenti nel tuo stato di dipendente, compila un modulo Demographic Census/Beneficiary Information. Contatta l'ufficio del Fondo se hai bisogno di un nuovo modulo. Restituire il modulo all'ufficio del Fondo.

Prestazioni di invalidità

Se sei un dipendente a tempo pieno, hai diritto ai sussidi di invalidità. I sussidi di invalidità forniscono a te e alla tua famiglia un pagamento settimanale supplementare se diventi disabile e non puoi lavorare a causa di una malattia o di un infortunio non correlati al lavoro.

Il periodo di tempo specifico per l'invalidità è determinato dalla diagnosi e dalle linee guida stabilite per l'invalidità. Tuttavia, nessuna invalidità può superare il beneficio massimo di 26 settimane.

Per prendere in considerazione i benefici di invalidità, devi compilare un modulo di richiesta di invalidità e devi fornire la documentazione di un medico legalmente qualificato che certifichi che sei disabile e incapace di svolgere le tue normali mansioni lavorative. Nota: anche i fornitori di MHC possono certificare l'invalidità.

Se sei idoneo, riceverai un sussidio settimanale pari a una percentuale della tua retribuzione regolare, fino a un massimo settimanale, mentre sei disabile e rimani sotto la cura diretta e regolare di un medico legalmente qualificato o le tue cure sono gestite da un fornitore di servizi di salute mentale/abuso di sostanze dell'MHC.

La tua richiesta di invalidità inizia il quarto giorno lavorativo dopo la visita dal tuo medico a causa della tua invalidità. I sussidi di invalidità non saranno pagati per nessun periodo in cui hai perso il lavoro prima di visitare il tuo medico.

I moduli di invalidità devono essere presentati in tempo. Se sei disoccupato per un'invalidità continuativa che supera un mese, devi presentare i moduli di continuazione ("moduli blu") regolarmente, solitamente una volta al mese. Consulta il modulo per maggiori informazioni su tempi e scadenze.

Contattare l'ufficio del Fondo per ottenere un modulo.

Per maggiori informazioni sui benefici per disabilità, consulta la Descrizione riassuntiva del tuo piano o chiama l'ufficio del Fondo al numero (215) 568-3262 o (800) 338-9025 al di fuori dell'area di chiamata locale.

Il medico che certifica la tua disabilità DEVE essere un medico della rete.

"Medico legalmente qualificato" include medici (MD), dottori in osteopatia (DO), dottori in chirurgia odontoiatrica (DDS), dottori in medicina odontoiatrica (DMD) o dottori in medicina podologica (DPM).

Ogni richiesta di invalidità deve essere presentata all'ufficio del Fondo entro 60 giorni dalla data iniziale dell'invalidità. Prima di inviarlo all'ufficio del Fondo, assicurati che tutte le sezioni siano compilate e firmate da te, dal tuo datore di lavoro e dal tuo medico curante.

Avvisi importanti

Il SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ("il Fondo") è tenuto a fornirti le seguenti importanti notifiche. Ti preghiamo di esaminarle attentamente per comprendere i tuoi diritti e responsabilità.

Diritti speciali di iscrizione HIPAA

Se stai rifiutando l'iscrizione al piano di assicurazione sanitaria per te o per i tuoi familiari a carico (incluso il tuo coniuge) a causa di un'altra copertura assicurativa sanitaria, potresti in futuro essere in grado di iscrivere te stesso o i tuoi familiari a carico a questo piano, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 31 giorni dalla fine dell'altra copertura e fornisca la documentazione di supporto. Inoltre, se hai un nuovo familiare a carico a seguito di matrimonio, adozione o affidamento per adozione, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 31 giorni dal matrimonio, dall'adozione o dall'affidamento per adozione. Se hai un nuovo familiare a carico a seguito di nascita, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 90 giorni dalla nascita.

Il Fondo consentirà inoltre un'opportunità di iscrizione speciale se tu o i tuoi familiari aventi diritto:

- Perdere la copertura Medicaid o del programma di assicurazione sanitaria per bambini (CHIP) perché non si è più idonei, oppure
- Avere diritto al programma di assistenza per i premi assicurativi di uno stato nell'ambito di Medicaid o CHIP.

Per queste opportunità di iscrizione, avrai 60 giorni dalla data del Medicaid/
Cambiamento di idoneità CHIP per richiedere l'iscrizione alla copertura del Fondo. Si noti che questa estensione di 60 giorni si applica **solo** alle opportunità di iscrizione dovute a cambiamenti di idoneità Medicaid/CHIP.

I materiali di iscrizione devono essere completati e tutte le prove di stato di dipendenza devono essere fornite al Piano entro 31, 60 o 90 giorni dalla richiesta di iscrizione speciale. Se non si è in grado di completare i materiali di iscrizione e fornire la prova di stato di dipendenza entro il lasso di tempo (ad esempio, se è necessario ulteriore tempo per ottenere un certificato di nascita per un neonato), la scadenza potrebbe essere prorogata.

COBRA

Ai sensi del Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act del 1986 (COBRA), tu e i tuoi familiari aventi diritto potete continuare la copertura medica fino a 18 mesi se la copertura termina perché:

- Rescindi il rapporto di lavoro per qualsiasi motivo (diverso da grave condotta scorretta), oppure
- Hai una riduzione delle ore di lavoro.

COBRA consente inoltre ai tuoi familiari aventi diritto di continuare la loro copertura medica fino a 36 mesi, nel caso in cui la copertura dovesse altrimenti terminare perché:

- Tu muori,
- Tu e il tuo coniuge divorziate o vi separate legalmente,
- Diventi idoneo per Medicare, o
- I tuoi familiari non hanno più diritto alla copertura del piano medico.

In genere, tu e i tuoi familiari a carico potete scegliere di continuare la copertura in qualsiasi momento entro i primi 60 giorni dalla fine della copertura o 60 giorni dalla data di ricezione della notifica, a seconda di quale sia successiva. La copertura continuata entra in vigore il primo giorno del mese successivo alla data dell'evento che ha causato la fine della copertura, a condizione che tu paghi il premio necessario. Puoi continuare la copertura che era in vigore solo un giorno prima dell'evento. Tuttavia, puoi apportare modifiche alle tue scelte ogni anno durante il periodo di iscrizione annuale aperta.

Se il piano sanitario cambia, tali modifiche si applicheranno anche alla copertura COBRA.

Per ricevere la copertura COBRA, tu e/o i tuoi familiari aventi diritto dovete effettuare una scelta tempestiva e versare i premi mensili.

Legge sulla protezione della salute dei neonati e delle madri

I piani sanitari di gruppo e gli emittenti di assicurazioni sanitarie in genere non possono, ai sensi della legge federale, limitare i benefici per qualsiasi durata di degenza ospedaliera in relazione al parto per la madre o il neonato a meno di 48 ore dopo un parto vaginale o a meno di 96 ore dopo un taglio cesareo. Tuttavia, la legge federale in genere non proibisce al medico curante della madre o del neonato, dopo essersi consultato con la madre, di dimettere la madre o il suo neonato prima di 48 ore (o 96 ore, a seconda dei casi).

In ogni caso, i piani e gli emittenti non possono, ai sensi della legge federale, richiedere che un fornitore ottenga l'autorizzazione dal piano o dall'emittente per prescrivere una durata del soggiorno non superiore a 48 ore (o 96 ore, a seconda dei casi).

Legge sulla salute delle donne e sui diritti contro il cancro

Il Women's Health and Cancer Rights Act richiede ai piani sanitari di gruppo e alle loro compagnie assicurative e HMO di fornire determinati benefit per le pazienti sottoposte a mastectomia che scelgono la ricostruzione del seno. Nel caso di un partecipante al piano che riceve benefit in relazione a una mastectomia, la copertura sarà fornita in un modo determinato in consultazione con il medico curante per:

- Tutte le fasi della ricostruzione del seno su cui è stata eseguita la mastectomia;
- Intervento chirurgico e ricostruzione dell'altro seno per produrre un aspetto simmetrico;
E
- Protesi e trattamento delle complicazioni fisiche della mastectomia, tra cui linfedema

Le prestazioni per la ricostruzione del seno sono soggette a franchigie e limitazioni di coassicurazione coerenti con quelle stabilite per le altre prestazioni previste dal piano.

Promemoria sull'informativa sulla privacy HIPAA

Le norme sulla privacy ai sensi dell'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) richiedono al SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (il "Piano") di inviare periodicamente un promemoria ai partecipanti sulla disponibilità dell'Informativa sulla privacy del Piano e su come ottenere tale avviso.

L'Informativa sulla privacy spiega i diritti dei partecipanti e gli obblighi legali del Piano in merito alle informazioni sanitarie protette (PHI) e come il Piano può utilizzare e divulgare le PHI. È inoltre possibile ottenere una copia dell'Informativa sulla privacy contattando l'ufficio del Fondo al numero 215-568-3262, interno 1400 o 800-338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale).

La tua copertura per i farmaci da prescrizione e Medicare

Si prega di leggere attentamente questo avviso e di conservarlo dove è possibile trovarlo. Questo avviso contiene informazioni sulla tua attuale copertura per i farmaci da prescrizione con il SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund e sulle tue opzioni nell'ambito della copertura per i farmaci da prescrizione di Medicare. Queste informazioni possono aiutarti a decidere se vuoi o meno aderire a un piano per i farmaci da prescrizione Medicare. Se stai pensando di aderire, dovresti confrontare la tua attuale copertura, inclusi i farmaci coperti e il costo, con la copertura e i costi dei piani che offrono la copertura per i farmaci da prescrizione Medicare nella tua zona. Le informazioni su dove puoi ottenere assistenza per prendere decisioni sulla tua copertura per i farmaci da prescrizione sono alla fine di questo avviso.

Ci sono due cose importanti che devi sapere sulla tua attuale copertura e Copertura dei farmaci da prescrizione di Medicare:

1. **La copertura dei farmaci da prescrizione Medicare è diventata disponibile nel 2006 a tutti coloro che Medicare. Puoi ottenere questa copertura se ti iscrivi a un Medicare Prescription Drug Plan o a un Medicare Advantage Plan (come un HMO o un PPO) che offre copertura per farmaci da prescrizione. Tutti i piani Medicare per farmaci da prescrizione forniscono almeno un livello standard di copertura stabilito da Medicare. Alcuni piani possono anche offrire una copertura maggiore per un premio mensile più alto.**

2. Il Fondo di assistenza sociale BOLR del distretto 36 del SEIU locale 32 BJ ha stabilito che

La copertura per i farmaci da prescrizione offerta dal SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan è, in media per tutti i partecipanti al piano, prevista per pagare quanto la copertura standard per i farmaci da prescrizione Medicare e pertanto è considerata una copertura accreditabile. Poiché la tua copertura attuale è almeno buona quanto la copertura standard per i farmaci da prescrizione Medicare, puoi mantenere questa copertura e non pagare un premio più alto (una penale) se in seguito decidi di aderire a un piano farmaceutico Medicare.

Quando è possibile aderire a un piano farmaceutico Medicare?

Puoi aderire a un piano farmaceutico Medicare quando diventi idoneo per Medicare e ogni anno dal 15 ottobre al 7 dicembre. Tuttavia, se perdi la tua attuale copertura farmaceutica accreditabile, senza alcuna colpa da parte tua, avrai anche diritto a un periodo di iscrizione speciale (SEP) di due (2) mesi per aderire a un piano farmaceutico Medicare.

Cosa succede alla tua attuale copertura se decidi di aderire a un piano Medicare per i farmaci da prescrizione?

Indipendentemente dal fatto che tu ti iscriva o meno a un piano Medicare per i farmaci da prescrizione, la tua attuale copertura per i farmaci da prescrizione continuerà finché continuerai a soddisfare i requisiti di ammissibilità del SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Plan. La tua attuale copertura copre altre spese sanitarie oltre ai farmaci da prescrizione e, a condizione che tu continui a soddisfare le regole di ammissibilità del Fondo, sarai comunque idoneo a ricevere tutti i tuoi benefici sanitari e per i farmaci da prescrizione anche se scegli di iscriverti a un piano Medicare per i farmaci da prescrizione.

Se ti iscrivi a un piano Medicare per i farmaci soggetti a prescrizione medica e sei un partecipante attivo, la tua copertura con questo piano sarà primaria e Medicare pagherà in via secondaria dopo che questo piano avrà erogato i suoi benefici.

Se decidi di aderire a un piano farmaceutico Medicare e di abbandonare la tua attuale copertura SEIU 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund, potrai recuperarla solo se soddisfi i requisiti di ammissibilità e iscrizione al Fondo, comprese le regole di iscrizione speciali.

Quando si pagherà un premio più alto (penale) per aderire a un piano farmaceutico Medicare?

Dovresti anche sapere che se annulli o perdi la tua attuale copertura con il SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund e non ti iscrivi a un piano farmaceutico Medicare entro 63 giorni consecutivi dalla fine della tua attuale copertura, potresti pagare un premio più alto (una penale) per iscriverti in seguito a un piano farmaceutico Medicare.

Se trascorri 63 giorni consecutivi o più senza una copertura farmaceutica accreditabile, il tuo premio mensile potrebbe aumentare di almeno l'1% del premio base del beneficiario Medicare al mese per ogni mese in cui non hai avuto quella copertura. Ad esempio, se trascorri diciannove mesi senza una copertura accreditabile, il tuo premio potrebbe essere costantemente almeno del 19% più alto del premio base del beneficiario Medicare. Potresti dover pagare questo premio più alto (una penale) finché hai la copertura farmaceutica Medicare. Inoltre, potresti dover aspettare fino all'ottobre successivo per aderire.

Per maggiori informazioni su questo avviso o sulla tua attuale copertura per i farmaci da prescrizione

Per ulteriori informazioni, contattare la persona indicata di seguito.

NOTA: Riceverai questa notifica ogni anno. La riceverai anche prima del periodo successivo in cui puoi aderire a un piano farmaceutico Medicare e se questa copertura tramite SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund cambia. Puoi anche richiedere una copia di questa notifica in qualsiasi momento.

Per maggiori informazioni sulle tue opzioni in base alla copertura Medicare per i farmaci da prescrizione

Informazioni più dettagliate sui piani Medicare che offrono copertura per farmaci da prescrizione sono disponibili nel manuale "Medicare & You". Riceverai una copia del manuale per posta ogni anno da Medicare. Potresti anche essere contattato direttamente dai piani farmaceutici Medicare.

Per maggiori informazioni sulla copertura dei farmaci da prescrizione Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Chiama il tuo programma di assistenza sanitaria statale (vedi la copertina interna posteriore della tua copia del manuale "Medicare & You" per il loro numero di telefono) per un aiuto personalizzato
- Chiamare 800-MEDICARE (800-633-4227). Gli utenti TTY devono chiamare 877-486-2048.

Se hai un reddito e delle risorse limitate, è disponibile un aiuto extra per pagare la copertura dei farmaci da prescrizione Medicare. Per informazioni su questo aiuto extra, visita Social Security sul web all'indirizzo www.socialsecurity.gov, oppure chiamali all'800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Ricorda: conserva questo avviso di copertura credibile. Se decidi di aderire a uno dei piani farmaceutici Medicare, potresti essere tenuto a fornire una copia di questo avviso al momento dell'adesione per dimostrare se hai mantenuto o meno una copertura credibile e, di conseguenza, se sei tenuto o meno a pagare un premio più alto (una penale).

Informazioni importanti

La seguente tabella fornisce informazioni importanti su questo avviso Medicare Parte D.

Data	Fornito al momento dell'assunzione e annualmente in seguito
Nome dell'entità mittente	SEIU 32 BJ, Distretto 36 Fondo di assistenza BOLR
Contatto – Posizione/Ufficio	John J. Rongione, Amministratore
Indirizzo	1515 Via del Mercato Appartamento 1020 Filadelfia, Pennsylvania 19102
Numero di telefono	215-568-3262, interno 1400

Medicaid e il programma di assicurazione sanitaria per i bambini (CHIP)

Assistenza Premium nell'ambito di Medicaid e del Children's Health Insurance Program (CHIP)

Se tu o i tuoi figli avete diritto a Medicaid o CHIP e avete diritto alla copertura sanitaria dal vostro datore di lavoro, il vostro stato potrebbe avere un programma di assistenza premium che può aiutarvi a pagare la copertura, utilizzando fondi dai loro programmi Medicaid o CHIP. Se tu o i tuoi figli non avete diritto a Medicaid o CHIP, non avrete diritto a questi programmi di assistenza premium, ma potreste essere in grado di acquistare una copertura assicurativa individuale tramite l'Health Insurance Marketplace. Per maggiori informazioni, visitate www.healthcare.gov.

Se tu o i tuoi familiari a carico siete già iscritti a Medicaid o CHIP e vivete in uno degli stati elencati di seguito, contattate l'ufficio Medicaid o CHIP del vostro stato per scoprire se è disponibile l'assistenza per i premi.

Se tu o i tuoi familiari a carico NON siete attualmente iscritti a Medicaid o CHIP e pensi che tu o uno dei tuoi familiari a carico possa essere idoneo per uno di questi programmi, contatta l'ufficio Medicaid o CHIP del tuo stato o chiama l' **877-KIDS NOW** o visita www.insurekidsnow.gov per scoprire come presentare domanda. Se sei idoneo, chiedi al tuo stato se ha un programma che potrebbe aiutarti a pagare i premi per un piano sponsorizzato dal datore di lavoro.

Se tu o i tuoi familiari a carico siete idonei all'assistenza premium ai sensi di Medicaid o CHIP, oltre ad essere idonei ai sensi del tuo piano aziendale, il tuo datore di lavoro deve consentirti di iscriverti al tuo piano aziendale se non lo sei già. Questa è chiamata un'opportunità di "iscrizione speciale" e **devi richiedere la copertura entro 60 giorni dalla determinazione dell'idoneità all'assistenza premium**. Se hai domande sull'iscrizione al tuo piano aziendale, contatta il Department of Labor all'indirizzo www.askebsa.dol.gov o chiama l' **866-444-EBSA (3272)**.

L'elenco seguente di stati è aggiornato al 31 luglio 2024. Contatta il tuo stato per maggiori informazioni sull'idoneità.

PENNSYLVANIA	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefono Medicaid	Numero verde 800-692-7462
Sito web CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefono CHIP	800-986-BAMBINI (5437)
NEW JERSEY	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefono Medicaid	Numero verde 800-356-1561
Telefono di assistenza premium CHIP	Numero di telefono: 609-631-2392
Sito web CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefono CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid
Sito web Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefono Medicaid	Numero verde 800-541-2831
DELAWARE	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefono Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sito web CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefono CHIP	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefono Medicaid	Numero di telefono: 855-642-8572
Sito web CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefono CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

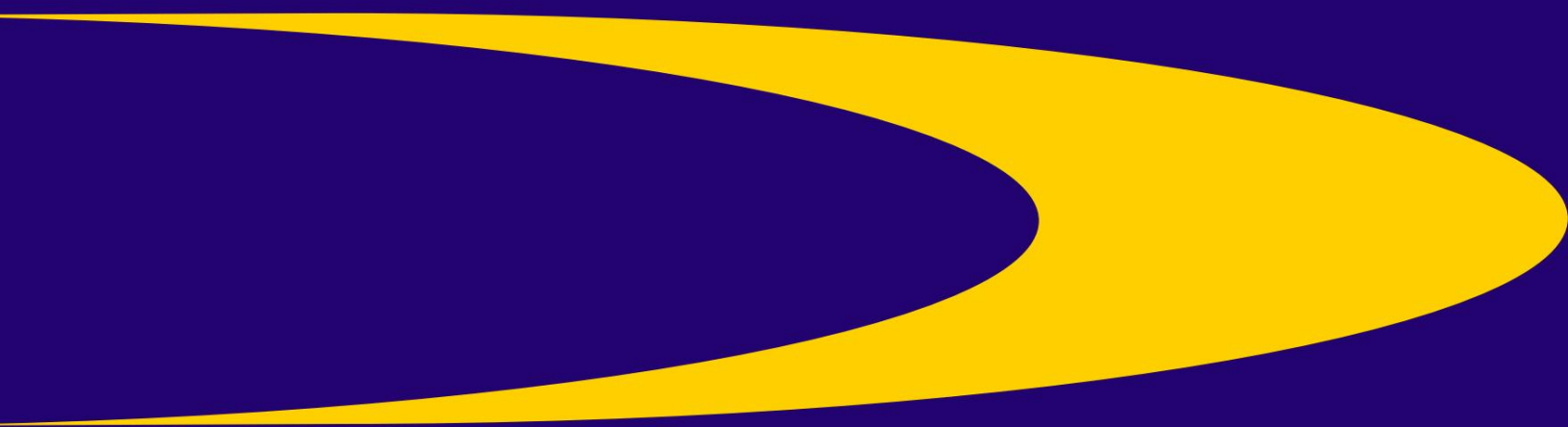
Per verificare se il tuo stato dispone di un programma di assistenza ai premi o per maggiori informazioni sui diritti di iscrizione speciali, contatta:

Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti
Centri di amministrazione della sicurezza dei benefit per i dipendenti per i servizi Medicare e Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa/www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opzione menu 4, Int. 61565

www.seiu36.com



Ottobre 2024

