



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 36Phlex Benefits për 2025!

Çfarë ka Brenda

Hapni Përmbledhjen e Regjistrimit	2
Faktet themelore	3
Opsionet e planit tuaj mjekësor	4
Shëndeti dhe mirëqenia (Stilet e Jetesës së ShëndetshmeSM)- Punoni për të mbështetur shëndetin tuaj çdo ditë!	6
Përfitimet shëndetësore të sjelljes	7
Një përshkrim i Përfitimeve të Planit të Opsionit të Lartë	8
Një përshkrim i Përfitimeve të Planit Bazë.....	9
Kushtet e rëndësishme	10
Përfitimet e barnave me recetë	11
Përfitimet e vizionit	14
Sigurimi i Jetës dhe Vdekja dhe Përbërja Aksidentale (AD&D)	16
Përfitimet e aftësisë së kufizuar	17
Llogaritë e rimbursimit.....	18
Shënime të rëndësishme	20

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



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.

36 Phlex Phact!

KUJTONI: Zgjidhni 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 të Planit 36Phlex 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 mbulimin e përfitimeve ose statusin tuaj të varur, kthejeni formularin tuaj të plotësuar të regjistrimit në Phlex 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 përshkrime të 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 36Phlex nëse punoni në punësim të mbuluar dhe punëdhënësi juaj kërkon që nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse keni të drejtë të merrni pjesë në Planin 36Phlex, ju gjithashtu mund të regjistroni vartësit tuaj të kualifikuar për përfitime mjekësore, dentare dhe të shikimit. Vartësit tuaj të kualifikuar përfshijnë:

- Bashkëshorti juaj ligjor (duke përfshirë një bashkëshort të të njëjtit seks)
- 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:
 - Leje martesë e vlefshme shtetërore për bashkëshortin
 - 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 kërket 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 paaftësisë 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 kërket 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.

36 Phlex Phact!

Të dy planet mjekësore kërkohen që ju të zgjidhni një mjek të kujdesit parësor dhe ju duhet të merrni referime për shërbime të

caktuara. Mund t'ju kërkohet gjithashtu të merrni disa shërbime nga faqet e

përcaktuara nga PCP në mënyrë që ato të mbulohen.

Nëse NUK zgjidhni një PCP, përfitimet e planit mund të jenë të kufizuara ose të mos paguhen fare.

Nëse ndryshoni planet mjekësore, konfirmoni që mjeku juaj po pranon pacientë të rinj dhe është një mjek pjesëmarrës i kujdesit parësor.

Opsionet e planit tuaj mjekësor

Ju mund të zgjidhni midis dy planeve mjekësore dhe një opsioni të tërheqjes. Megjithatë të dy planet mjekësore ofrojnë mbulim për kujdesin e nevojshëm mjekësor, ato funksionojnë shumë ndryshe. Është e rëndësishme që të kuptoni çdo plan përpara se të vendosni se cili opsion është më i miri për ju dhe vartësit tuaj.

Për t'u mbuluar nga cilido plan, shërbimet ose furnizimet mjekësore që merrni duhet të jenë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore, të përshtatshme dhe të pranueshme. Megjithatë, disa shërbime dhe furnizime nuk mbulohen fare, ndërsa përfitimet për shërbimet e tjera janë të kufizuara. Rishikoni përshkrimin e planit tuaj përmbledhës për më shumë detaje se çfarë mbulohet dhe çfarë nuk mbulohet.

Zgjedhjet e planit tuaj mjekësor

- **Plani i opsionit të lartë** —Ky është një plan i drejtpërdrejtë i pikës së shërbimit (DPOS). Nëse zgjidhni Planin e Opsionit të Lartë, do të keni më pak PhlexPoint për të shpenzuar për përfitime të tjera.
- **Plani Bazë** —Ky është një Plan i Organizatës së Mirëmbajtjes Shëndetësore (HMO). Nëse zgjidhni planin bazë me kosto më të ulët, Fondi do t'ju kalojë kursimet përmes PhlexPoints shtesë, të cilat mund t'i shpenzoni për përfitime të tjera.
- **Tërhiqeni** —Nëse keni mbulim tjetër mjekësor nëpërmjet një punëdhënësi tjetër ose bashkëshortit tuaj, ju mund të zgjidhni të tërhiqeni nga plani mjekësor i Fondit dhe të shpenzoni PhlexPoints tuaj për përfitime të tjera. Do t'ju duhet të plotësoni një formular të dëshmisë së mbulimit tjetër nëse zgjidhni të tërhiqeni. Ju do t'ju duhet t'ia jepni këtë informacion Fondit çdo vit, për aq kohë sa dëshironi të hiqni dorë nga mbulimi. Ky opsion ofron më shumë PhlexPoints.

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 fizikun tuaj vjetor 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.

Dallimet kryesore midis planit të opsionit të lartë dhe planit bazë

Grafiku më poshtë përmbledh ndryshimet kryesore midis dy planeve mjekësore. Lexoni pjesën tjetër të këtij udhëzuesi për përshkrime të hollësishme të secilit plan.

Plani i opsionit të lartë	Plani Bazë
Ju duhet të zgjidhni një PCP kur të regjistroheni	
Ju mund të përdorni mjekët dhe spitalet e zgjedhjes suaj. Qëndrimi në rrjet zvogëlon kostot tuaja nga xhepi.	PCP-ja juaj duhet të ofrojë kujdesin tuaj ose t'ju referojë te specialistët e HMO
Zbritja vlen për jashtë rrjetit/ vetëm shërbimet e kujdesit të vetë-referuar; zbritja juaj vjetore është 250 dollarë për person dhe 500 dollarë për familje	Nuk ka zbritje
Shumica e shërbimeve mbulohen në rrjet me 100%, pa zbritje	Shumica e shërbimeve të mbuluara 100%
Shërbimet spitalore brenda rrjetit mbulohen me 100%, pa zbritje	Shërbimet spitalore mbulohen me 100%, pas 100 \$ në ditë bashkëpagesë (maksimumi i bashkëpagesës: 500 \$ për pranim)
Kirurgjia e zëvendësimit të gjurit dhe ijeve në Blue Distinction Center + mbuluar 100%; shërbimet në objektet e tjera të rrjetit të mbuluara në 70%; nuk mbulohet jashtë rrjetit	Kirurgjia e zëvendësimit të gjurit dhe ijeve në Blue Distinction Center + mbuluar 100%; shërbimet në objektet e tjera të rrjetit të mbuluara në 70%; nuk mbulohet jashtë rrjetit
Ju paguani një pagesë prej 10 dollarësh për vizitat e mjekëve të PCMH dhe 20 dollarë për vizitat në zyrën e mjekëve jo-PCMH	Ju paguani një pagesë prej 15 dollarësh për vizitat e mjekëve të PCMH dhe 30 dollarë për vizitat në zyrën e mjekëve jo-PCMH (përfshirë PCP-të) dhe 40 dollarë për specialistët
Për ato shërbime që mbulohen kur ofrohen nga një ofruer jashtë rrjetit, Plani paguan 70% pas zbritjes për shumicën e shpenzimeve të pranueshme	Nuk ka përfitime jashtë rrjetit
Maksimumi vjetor nga xhepi është 6,750 dollarë për person dhe 13,500 dollarë për familje.	Maksimumi vjetor nga xhepi është 6,750 dollarë për person dhe 13,500 dollarë për familje.

36 Phlex Phact!

Ju duhet të regjistroheni në programin "Zgjidhjet 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 përparësuar mbi programin "Zgjidhjet e stilit të jetës së shëndetshme".

36 Phlex Phact!

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

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 zgjidhjeve 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 regjistroheni në një nga planet mjekësore 36Phlex për t'u kualifikuar për të marrë pjesë në programin "Zgjidhjet e stilit të jetës së shëndetshme".

Për më shumë informacion, ose për t'u regjistruar në ndonjë nga programet nën programin "Zgjidhjet 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 "Zgjidhjet 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!

Shpërblehuni 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

- 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

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.

Kontakttoni zyrën e fondit të përfitimeve dhe bisedoni me infermierjen 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 e disponueshme 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, lokacion. 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 kontrolle 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 ofruer të Shëndetit të Sjelljes. Kontakttoni 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.

Një përshkrim i Përfitimeve të Planit të Opsionit të Lartë

Ky grafik ju jep një vështrim të shpejtë në Planin Mjekësor të Opsionit të Lartë. Ju lutemi referojuni përshkrimit të planit tuaj përmbledhës për informacion të plotë rreth përfitimeve të Planit të Opsionit të Lartë.

PËRFITIMI	NE RRJETI/REFERUAR	JASHTË RRJETI/VETËREFERUAR
Zbritja vjetore	N/A	250 dollarë për person; 500 dollarë/familje
Maksimumi vjetor nga xhepi 8	6750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje	6750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje
Vizita në zyrën e shtëpisë mjekësore me në qendër pacientin	100%, pas pagesës prej 10 dollarësh	70% pas zbritjes
Vizitat në zyrën e mjekut (jo-PCMH Shërbimet primare dhe të specializuara)	100%, pas pagesës prej 20 dollarësh (në ofruet jo-PCMH)	70% pas zbritjes
Ekzaminimi rutinë GYN/Pap testi 1 në vit kalendarik	100%	70%, pa zbritje
Mamografia	100%	70% pas zbritjes
Imunizimet pediatrike	100%	70% pas zbritjes
Terapia fizike, profesionale ose e të folurit4, 5 deri në 30 vizita në vit kalendarik	100%, pas pagesës prej 20 dollarësh	Nuk mbulohet
Rehabilitimi kardiak ose pulmonar deri në 36 vizita në vit kalendarik	100%, pas pagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes
Kiropraktika (Manipulimi kurrizor)5 deri në 10 vizita në vit kalendarik	100%, pas pagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes
Pacienti Spitalor 1	100%	70% pas zbritjes deri në 70 ditë në vit kalendarik
Zëvendësimi i gjurit dhe ijeve 1, 2 Blu Distinction Center + Të gjitha objektet e tjera	100% 70%	Nuk mbulohet Nuk mbulohet
Kujdesi Emergjent	40 dollarë kopje	70% pas zbritjes
Dhoma e Urgjencës IS Vizita 1 dhe 2	100 dollarë kopje (heq dorë nëse pranohet)	100 dollarë, pa zbritje (heq dorë nëse pranohet)
ER Vizitoni 3 plus	200 dollarë kopje (heq dorë nëse pranohet)	200 dollarë, pa zbritje (heq dorë nëse pranohet)
Laboratori ambulator/Patologjia	100%	70% pas zbritjes
Dializa/Rrezatimi/Kimioterapia	100%	70% pas zbritjes
Kujdesi shëndetësor në shtëpi1 deri në 200 vizita në vit kalendarik	100%	70% pas zbritjes
Kujdesi Hospice1 deri në 210 ditë në jetë	100%	Nuk mbulohet
Infermieri e kualifikuar 1 deri në 60 ditë në vit kalendarik	100%	Nuk mbulohet
Kirurgjia ambulatore (për disa operacione ambulatore mund të kërkohet vërtetimi paraprak)1	100%	70% pas zbritjes
Ambulatore me reze X/Radiologji1, 4, 5	100%	70% pas zbritjes
Pajisje mjekësore të qëndrueshme 1	100%	Nuk mbulohet
Ambulanca Transporti emergjent Transporti jo emergjent1	100% 100%	100%, pa zbritje 70% pas zbritjes
Infermieri Private Ambulatore1 deri në 360 orë në vit kalendarik	90%	70% pas zbritjes
Programi i shëndetit të sjelljes/përdorimit të substancave (mbulimi për kujdesin psikiatrik dhe përdorimin e substancave) SHËNIM: Programi nuk është pjesë e planit mjekësor. Telefononi MHC në (800) 255-3081.		
Pacient i shtruar 6, 7	100%	70% pas zbritjes
Vizita ambulatore jashtë zyrës6	100%	70% pas zbritjes
Ambulator 6	100%, pas pagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes

1 Kërkohet 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 vendin e caktuar nga PCP për t'u marrë parasysh në rrjet.

5 Kërkohet 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. Telefononi MHC në 800-255-3081 ose vizitoni HMC në internet në www.mhconsultants.com.

7 Për këto shërbime kërkohet paraçertifikim. Kontaktoni MHC-në për më shumë informacion rreth para-certifikimit të shërbimeve në lidhje me trajtimin e shëndetit të sjelljes/përdorimit të substancave.

8 Maksimumi vjetor nga xhepi përfshin shpenzimet për të përmbushur zbritjen tuaj vjetore, si dhe paratë që shpenzoni në bashkëpagesa dhe bashkësigurime gjatë vitit. Ekziston një maksimum i veçantë jashtë xhepit për barnat me recetë (shih faqen 11).

Një përshkrim i Përfitimeve të Planit Bazë

Ky grafik ju jep një vështrim të shpejtë në Planin Bazë Mjekësor. Plani Bazë ka vetëm mbulim brenda rrjetit. Kërkothen referime. NUK ka mbulim për ofruesit ose pajisjet jashtë rrjetit. Ju lutemi referojuni përshkrimit të planit tuaj përmbledhës për informacion të plotë rreth përfitimeve të planit bazë.

PËRFITIMI	NË RRJETI
Maksimumi vjetor nga xhepi***	6750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje
Vizitat në zyrën e mjekut³	Ofruesi PCMH: 100%, pas pagesës prej 15 dollarësh PCP jo-PCMH: 100%, pas pagesës prej 30 dollarësh; Specialist: 100% pas pagesës prej 40 dollarësh
Ekzaminimi rutinë GYN/Pap testi 1 për vit kalendari; nuk nevojitet referim	100%
Ekzaminimi i mamografisë - nuk nevojitet referim	100%
Imunizimet pediatrike	100%
Terapia fizike dhe profesionale^{4, 5} deri në 30 vizita të kombinuara në vit kalendari	100%, pas pagesës prej 40 dollarësh
Rehabilitimi kardiak dhe pulmonar⁵ deri në 36 vizita në vit kalendari	100%, pas pagesës prej 40 dollarësh
Logopedi 5 deri në 20 vizita në vit kalendari	100%, pas pagesës prej 40 dollarësh
Kiropraktika (Manipulimi kurrior)⁵ deri në 20 vizita në vit kalendari	100%, pas pagesës prej 40 dollarësh
Pacienti Spitalor 1	100%, pas 100 dollarë në ditë; (Maksimi i pagesës: 500 dollarë për praninë)
Zëvendësimi i gjurit dhe ijeve 1, 2 Blu Distinction Center + Të gjitha objektet e tjera	100% 70%
Kujdesi Emergjent	50 dollarë kopje
Dhoma e Urgjencës IS Vizita 1 dhe 2 ER Vizitoni 3 plus	100 dollarë kopje (nuk hiqet dorë nëse pranohet) 200 dollarë kopje (nuk hiqet dorë nëse pranohet)
Laboratori ambulator/Patologjia^{4, 5}	100%
Dializa/Rrezatim/Kimioterapia⁵	100%
Kujdesi shëndetësor në shtëpi¹	100%
Kujdesi Hospice¹	100%
Infermieri e kualifikuar 1 deri në 120 ditë në vit kalendari	100%, pas 50 dollarësh në ditë bashkëpagesë; (Maksimi i pagesës: 250 dollarë për praninë)
Kirurgjia ambulatore⁵	100%, pas pagesës prej 50 dollarësh
Ambulatore me reze X/Radiologjia^{4, 5}	Rutinë/Diagnostifikim: 100%, pas pagesës prej 40 dollarësh MRI/MRA, skanim CT/CTA, skanim PET: 100% pas pagesës prej 80 dollarësh
Pajisje dhe proteza mjekësore të qëndrueshme^{1, 5}	70%
Ambulanca (shërbimet e ambulancës jo emergjente kërkojnë certifikim paraprak)	100%
Infermieri me detyrë private ambulatore^{1, 5} deri në 360 orë në vit	90%
Programi i shëndetit të sjelljes/përdorimit të substancave (mbulimi për kujdesin psikiatrik dhe përdorimin e substancave) SHËNIM: Programi nuk është pjesë e planit mjekësor. Telefononi MHC në (800) 255-3081.	
Pacient i shtruar^{6, 7}	100%, pas 100 \$ në ditë kopagesë (Maksimi i pagesës: 500 dollarë për praninë)
Vizita ambulatore jashtë zyrës⁶	100%
Pacient i jashtëm	100%, pas pagesës prej 30\$
Asnjë përfitim nuk paguhet për shërbimet jashtë rrjetit.	

1 Kërkothen para-certifikim 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 vendin e caktuar nga PCP për t'u marrë parasysh në rrjet.

5 Kërkothen 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. Telefononi MHC në 800-255-3081 ose vizitoni HMC në internet në www.mhconsultants.com.

7 Për këto shërbime kërkothen para-certifikim. Kontaktoni MHC-në për më shumë informacion rreth para-certifikimit të shërbimeve në lidhje me trajtimin e shëndetit të sjelljes/përdorimit të substancave.

8 Maksimumi vjetor nga xhepi përfshin shpenzimet për të përbushur zbritjen tuaj vjetore, si dhe paratë që shpenzoni në bashkëpagesa dhe bashkësigurime gjatë vitit. Ekziston një maksimum i veçantë jashtë xhepit për barnat me recetë (shih faqen 11).

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 plani nëse janë shërbime ose furnizime që konsiderohen të nevojshme dhe të përshtatshme dhe të mbuluara nga plani. Disa shërbime dhe furnizime nuk mbulojnë 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 (vetëm plani i opsioneve të larta)—

Janë mjekë, ofrues të kujdesit shëndetësor ose objekte që nuk janë pjesë e grupit të përzgjedhur të ofruesve sipas Planit të Opsionit të Lartë.

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.

Kompensimi i planit (vetëm plani i opsioneve të larta)-

Është shuma që plani paguan për një shërbim specifik mjekësor në një zonë të caktuar gjeografike. Ju jeni përgjegjës për tarifat mbi lejimin e planit nëse nuk përdorni një ofrues rrjeti.

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.

Kujdesi i vetë-referuar (vetëm plani me opsione të larta)-

Është kujdesi që nuk merrni nga PCP-ja juaj ose kujdesi që merrni pa një referim nga PCP-ja juaj. Kjo është mënyra më e shtrenjtë për të marrë kujdes. Për kujdesin e vetë-referuar, plani në përgjithësi paguan 70% të kompensimit të planit pasi të keni përmbushur zbritjen vjetore.

Përfitimet e barnave me recetë

Mbulimi i barnave me recetë, i siguar përmes CVS Caremark, fillon automatikisht kur regjistroheni në mbulimin mjekësor nën një nga opsionet e Planit 36Phlex. 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 porositjes me postë CVS Caremark. **Ju nuk do të keni të drejtë për përfitimet e barnave me recetë nëse hiqni dorë nga plani mjekësor.**

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 jo-barna të formuluar.

Nëse receta juaj është për:	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: 3,900 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.

36 Phlex Phact!

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

36 Phlex Phact!

Duke përdorur CVS Caremark
Farmacia e porositjes
me postë për
barnat e mirëmbajtjes do të kurse
ju para.

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. Ose, mund të zgjidhni të tërhiqeni dhe të përdorni pikët tuaja Phlex diku tjetër. Zgjedhja është e juaja.

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)• Mbytës ose mbajtës të hapësirës (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.

Paracaktoni përfitimet për trajtim mbi 300 dollarë

Nëse trajtimi juaj pritet të kushtojë 300 dollarë ose më shumë, kërkoni 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 tarifat e vlerësuara. 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.

36 Phlex Phact!

Sipas planit Discount Vision, nuk ka asnjë kufizim për numrin e herëve që mund të 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.

Sipas Planit të Vizionit të Përmirësuar, nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me ndonjë ofertë speciale, si kuponët ose promovimet speciale.

Përfitimet e Vizionit

Plani 36Phlex ju ofron dy opsione për mbulimin e shikimit:

- **Një program i përmirësuar i shikimit—Kujdesi** ofrohet nëpërmjet një rrjeti optometristësh dhe okulistësh. Ju duhet të merrni kujdes nga mjekët ose optometristët pjesëmarrës për të marrë përfitime maksimale; dhe
- **Një program shikimi me zbritje—Ky** program ju lejon të merrni tarifa me zbritje për ekzaminimet e syve, syzet dhe lentet e kontaktit.

Ju mund të regjistroheni vetë ose të zgjidhni mbulimin për ju dhe familjen tuaj.

Plani i Vizionit të Përmirësuar—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 plani paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë; zbatohen disa kufizime.

Kur përdorni një ofruer jo-pjesëmarrës, plani do t'ju rimbursojë për provimet, kornizat e syzeve dhe lentet, ose lentet e kontaktit, sipas një plani. 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, plani paguan koston për një ekzaminim të syrit një herë në 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, loja paguan për një ekzaminim të syve një herë në 12 muaj.

Plani gjithashtu paguan për një palë lente dhe korniza të reja, ose lente kontakti, deri në 120 dollarë çdo 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, plani do të paguajë për lente dhe korniza të reja ose lente kontakti deri në 120 dollarë çdo 12 muaj.

Kur merrni shërbime nga një ofruer vizioni jo-pjesëmarrës, plani do të paguajë deri në 30 dollarë për një provim syri një herë në 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, plani do të paguajë deri në 30 dollarë çdo 12 muaj.

Plani gjithashtu paguan 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.)

Plani 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 ndonjë agjenci apo program qeveritar; ose
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

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

Discount Vision Program—Si funksionon plani

Programi Discount Vision Care nuk është një plan me mbulim të plotë. Nëse regjistroheni në këtë plan, ju merrni një tarifë të zbritur nga ofruesi të caktuar për produktet dhe shërbimet e disponueshme për publikun e gjerë.

Programi Discount Vision ofrohet nga Administratorët e Vizionit Kombëtar (NVA). NVA ka një rrjet oftalmologësh, optometristësh dhe optikësh pjesëmarrës për t'ju shërbyer. Duhet të përdorni një ofruer NVA pjesëmarrës dhe të tregoni kartën tuaj të identitetit NVA për të marrë shërbimet me zbritje. Thjesht zgjidhni një ofruer pjesëmarrës duke telefonuar NVA në 800-672-7723, ose telefononi Zyrën e Fondit.

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

Programi Discount Vision nuk mbulon:

- Trajtimet mjekësore ose kirurgjikale të syve;
- Droga ose medikamente;
- Lente pa recetë;
- Ekzaminimi ose materialet që nuk janë të listuara si shërbim i mbuluar;
- Shërbimet ose materialet e ofruara nga qeveria federale, shtetërore ose lokale, ose nga punëtorët kompensim; dhe
- Mjete ndihmëse për shikim të ulët.

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

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. Përfitimi juaj i sigurimit të jetës paguhet vetëm nëse vdisni gjatë punësimit aktiv të mbuluar. Çdo përfitim AD&D i pagueshëm 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 tuaj AD&D varet nga lloji i humbjes aksidentale. Mund të zbatohen përjashtime dhe kufizime të caktuara. Shikoni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose telefononi zyrën e fondit për detaje.

Sigurimi i sigurisë financiare për të dashurit tuaj nëse vdes është i rëndësishëm. Fondi paguan koston e plotë prej 10,000 \$ të sigurimit të jetës dhe 10,000 \$ në mbulimin AD&D për ju. Ju mund të zgjidhni të blini një sasi më të madhe të sigurimit të jetës dhe AD&D siç shpjegohet më poshtë.

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

Shuma e Sigurimit të Jetës

Për shkak se sasia e mbulimit që është e duhur për çdo person ndryshon, Plani 36Phlex ju ofron tre shuma mbulimi:

- 10,000 dollarë
- 25,000 dollarë
- 50,000 dollarë

Shikoni formularin tuaj të regjistrimit për shumën e PhlexPoints që ju nevojiten për të blerë sigurimin e jetës dhe AD&D.

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.

36 Phlex Phact!

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

Çdo përfitim AD&D i pagueshëm 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

përjashtime dhe kufizime të caktuara.

Mos harroni - Përfituesi juaj Shikoni përshkrimin e planit tuaj përmbledhës për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.

Përfitimet e aftësisë së kufizuar

Nëse jeni punonjës me kohë të plotë dhe punëdhënësi juaj jep një kontribut shtesë në Fond për përfitimet e aftësisë së kufizuar, ju 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 ligjrisht 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 jeni nën kujdesin e rregullt të drejtpërdrejtë të një mjeku të kualifikuar ligjrisht ose kujdesi juaj po 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. Kontaktoni 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.

36 Phlex Phact!

Nëse jeni pa punë më shumë se një muaj, duhet të vazhdoni të plotësoni formularët tuaj të aftësisë së kufizuar në baza të rregullta, zakonisht çdo muaj.

36 Phlex Phact!

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

36 Phlex Phact!

"Mjeku i kualifikuar ligjrisht" 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).

36 Phlex Phact!

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.

36 Phlex Phact!

Duhet të regjistroheni ose të reregjistroheni për këto llogari sepse pjesëmarrja nuk vazhdon automatikisht nga viti në vit.

36 Phlex Phact!

Dokumentacioni i duhur duhet të përfshihet me formularin e duhur të kërkesës. Paraqisni kërkesën për rimbursim pranë Zyrës së Fondit të Përfitimeve.

Llogaritë e rimbursimit

Në varësi të zgjedhjeve të përfitimeve që bëni, ju mund të keni të drejtë të merrni pjesë në Llogaritë e Rimbursimit të Fondit.

Dy llogari të veçanta

Ekzistojnë dy llogari të ndara - një llogari e rimbursimit të kujdesit shëndetësor dhe një llogari e rimbursimit të kujdesit të varur. Ju mund të zgjidhni të merrni pjesë në një ose të dyja llogaritë. Nëse zgjidhni të merrni pjesë në të dyja llogaritë, nuk mund të transferoni para nga një llogari në tjetrën—ose të përdorni paratë në llogarinë e rimbursimit të kujdesit shëndetësor për të paguar shpenzimet e kujdesit në varësi ose anasjelltas.

Është e rëndësishme që t'i vlerësoni me kujdes shpenzimet tuaja përpara se të kontribuoni PhlexPoints tuaj në këto llogari, sepse **do të humbni çdo gjendje të mbetur në këtë llogari pas datës 15 prill**. Shihni "**Përdorni ose Humbni Afatin**" për detaje.

Kush ka të drejtë

Ju keni të drejtë të merrni pjesë në Llogaritë e Rimbursimit nëse totali juaj PhlexPoint është më pak se 100. Nëse përfitimet tuaja kushtojnë **më pak se 100 PhlexPoints**, ju mund të zgjidhni të depozitoni PhlexPoint-et e mbetura në njërin ose të dyja llogaritë e rimbursimit. Çdo PhlexPoint që depozitoni në një llogari rimbursimi ka një vlerë prej \$5. Për shembull, nëse kostoja e përfitimeve që zgjidhni është 81 PhlexPoints, ju do të keni në dispozicion 19 PhlexPoints për t'i depozituar në një llogari rimbursimi. Kjo do të thotë që ju do të keni 95 dollarë çdo muaj (19 PhlexPoints herë 5 dollarë) për të depozituar në llogarinë tuaj. IRS vendos kufizime për sa para mund të kontribuoni në llogarinë tuaj të rimbursimit. Kontributet tuaja mujore nuk mund të kalojnë kufirin e IRS.

KUJDES: Barnat pa recetë pa recetë të mjekut nuk kanë të drejtë për rimbursim.

Përdoreni ose Humbni Afatin

Rregulloret e IRS ju lejojnë të përdorni Llogaritë e Rimbursimit (nëse keni të drejtë) për të rimbursuar veten për shpenzimet e pranueshme të bëra deri më 15 mars të vitit pas vitit në të cilin keni dhënë kontributin; çdo dollarë që nuk është shpenzuar deri në atë datë do të konfiskohet, duke iu nënshtruar rregullave të rikthimit të IRS-së. Kjo do të thotë që çdo para e mbetur në llogarinë(at) tuaj të rimbursimit më 31 dhjetor mund të përdoret për të rimbursuar shpenzimet që keni bërë deri më 15 mars të vitit vijues.

Shënim: Ju duhet të paraqisni shpenzimet e bëra gjatë periudhës së mospagimit në Zyrën e Fondit deri më 15 prill të vitit vijues.

Llogaria e rimbursimit të kujdesit të varur

Nëse duhet të paguani dikë për t'u kujdesur për personat në ngarkim, në mënyrë që ju (dhe bashkëshorti juaj, nëse jeni i martuar) të mund të punoni, merrni parasysh krijimin e një llogarie rimbursimi të kujdesit të varur për të paguar veten për shpenzimet e pranueshme të kujdesit në varësi. Këto shpenzime përfshijnë koston e një qendre të kujdesit ditore ose të kujdesit për të moshuarit ose koston e një kujdestari. Ju nuk mund të përdorni llogarinë e rimbursimit të kujdesit të varur për shpenzimet e lidhura me shëndetin për personat në ngarkim (Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit Shëndetësor i mbulon ato shpenzime).

Kush kualifikohet si i varur

Shpenzimet duhet të jenë për "vartësit e kualifikuar", të cilat përfshijnë:

- Fëmijët tuaj në ngarkim nën moshën 13 vjeç në momentin e kryerjes së shpenzimeve nëse ju kërkoni ata si një i varur nga deklarata juaj e taksave federale; dhe
- Vartësit e tjerë, si bashkëshorti juaj, prindi i moshuar ose një fëmijë më i madh, nëse janë me aftësi të kufizuara fizike ose mendore, të paaftë për t'u kujdesur për veten dhe ju i pretendoni ata si vartës për qëllime tatimore.

Dëshmia e shpenzimeve

Kur paraqisni kërkesën tuaj për rimbursim, duhet të plotësoni një formular pretendimi dhe të siguroni një faturë të detajuar ose provë që shpenzimi është i përshtatshëm për Fondin. Kërkesa juaj për pagesë duhet të përfshijë numrin e identifikimit të tatimpaguesit (TIN) të ofruesit të kujdesit. Për ofruesit individualë, TIN është zakonisht numri i Sigurimeve Shoqërore të atij personi. Nëse personi punon në shtëpinë tuaj, ju jeni përgjegjës për paraqitjen e një deklarate të punëdhënësit në IRS dhe për pagimin e taksës së Sigurimeve Shoqërore mbi pagat e paguara për atë punonjës.

Kredi tatimore federale ose llogari e rimbursimit të kujdesit të varur?

Në të vërtetë ekzistojnë dy opsione të favorshme për taksat kur paguani për kujdesin ditore - kjo Llogari e Rimbursimit të Kujdesit të Varur ose Kredia Federale e Tatimit për Kujdesin për Fëmijët e qeverisë. Ju nuk mund të kërkoni të njëjtat shpenzime si në llogarinë e rimbursimit të kujdesit të varur ashtu edhe në kreditimin tatimor federal, por mund të:

- përdorni llogarinë e rimbursimit të kujdesit të varur; ose
- përdorni kreditimin e taksave federale. (Sipas ligjit aktual dhe në varësi të të ardhurave tuaja bruto të rregulluara, ju mund të merrni një kredi tatimore për 20% deri në 35% të shpenzimeve tuaja të kujdesit në varësi. Shuma maksimale që mund të përdoret për të përcaktuar kreditimin e taksave është 3,000 dollarë për një fëmijë dhe 6,000 dollarë për dy ose më shumë fëmijë. Pra, nëse kredia juaj është 20%, krediti maksimal për një fëmijë është 600 dollarë (20% e 3,000 dollarëve).)

Shpenzimet që rimbursoni përmes llogarisë së rimbursimit të kujdesit të varur kompensojnë drejtpërdrejt dollarin për dollar shpenzimet që mund të paraqisni për një kredi tatimore federale. Për shembull, nëse keni një fëmijë dhe merrni një rimbursim prej 3,000 dollarësh nga llogaria juaj e kujdesit të varur, i keni shteruar shpenzimet e disponueshme (3,000 dollarë) që mund të kërkoni për një fëmijë si kreditim tatimor.

Nëse kreditimi i taksave ose llogaria e rimbursimit të kujdesit të varur është metoda më e mirë në rastin tuaj, varet nga të ardhurat tuaja bruto dhe statusi i paraqitjes tatimore. Për të marrë më shumë informacion se cili opsion i plotëson më mirë nevojat tuaja, duhet të kontrolloni me këshilltarin tuaj personal tatimor.

36 Phlex Phact!

Ju mund të përdorni

llogarinë e shpenzimeve të kujdesit të varur nëse

jeni përgjegjës për t'u kujdesur për një të varur të kualifikuar— dhe ju duhet të paguani

dikë tjetër për të ofruar këtë

kujdes në mënyrë që të mund

të punoni. Nëse jeni i martuar,

mund ta përdorni këtë llogari

vetëm nëse punoni të dy, ose

nëse bashkëshorti juaj

është student me kohë të plotë

ose me aftësi të kufizuara

dhe nuk është në gjendje

të kujdeset për veten. Me fjalë të

tjera, nëse njëri prej jush qëndron

në shtëpi për t'u kujdesur për

personat në ngarkim, ose

nëse ndjek shkollën me kohë të pjesë

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 kërkoni 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 kërkoni 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 kërkoni 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 Pajtit 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 ofruesin 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 ofrues 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

Regullat e privatësisë sipas Aktit të Transportueshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore (HIPAA) kërkojnë që Plani 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 Plani 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 juaj 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 mbulohen 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 rifitoni 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 kërkonin 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 receta 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 receta 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 JORK	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)

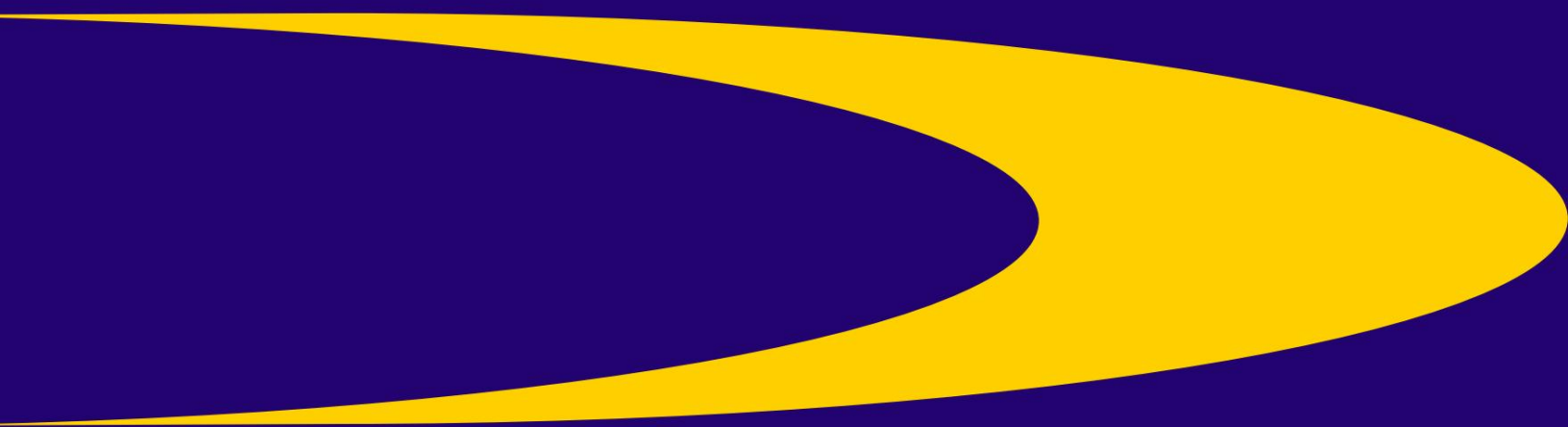
Për të parë nëse shteti juaj ka një program asistence premium ose për më shumë informacion mbi të drejtat e veçanta të regjistrimit, kontaktoni:

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