



[www.seiu36.com](http://www.seiu36.com)



¡Es tiempo de inscripción abierta!

**2025**  
Guía de beneficios

¡Solo tienes hasta el 2 de diciembre para inscribirte en los Beneficios 36Phlex para 2025!

## ¿Qué hay dentro?

Descripción general de la inscripción abierta .....	2
Datos básicos .....	3
Sus opciones de plan médico .....	4
Salud y Bienestar (Estilos de Vida SaludablesSM)— ¡Trabajando para apoyar su salud todos los días! .....	6
Beneficios de salud conductual .....	7
Una visión general de los beneficios del plan de opción alta .....	8
Una visión general de los beneficios del plan básico.....	9
Términos importantes.....	10
Beneficios de medicamentos recetados .....	11
Beneficios de la visión .....	14
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) .....	16
Prestaciones por discapacidad .....	17
Cuentas de reembolso.....	18
Avisos importantes .....	20

¿Necesita un formulario?

¡Consulta el frente de esta guía y nuestro sitio web!

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

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



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

**36iPhlex Phact!**

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

## Descripción general de la inscripción abierta

Octubre de 2024

En esta Guía y los materiales que la acompañan, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios del Plan 36Phlex en 2025.

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

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

### ¿Preguntas?

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

### IMPORTANTE: Recordatorio de cambio de estado

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

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

**Nota:** Si tiene un evento calificado y necesita completar un nuevo formulario de censo/beneficiario para este período de inscripción, comuníquese con la Oficina del Fondo.

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

## Datos básicos

### ¿Quién es elegible?

Usted es elegible para el Plan 36Phlex si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado mediante un acuerdo de negociación colectiva a realizar contribuciones en su nombre al Fondo.

Si es elegible para participar en el Plan 36Phlex, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

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

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

### Inscripción de dependientes

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

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

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

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

### Orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO)

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

## 36jPhlex Phact!

Ambos planes médicos requieren que usted elija un médico de atención primaria y debe obtener referencias para determinados servicios. También es posible que deba recibir determinados servicios en sitios designados por el médico de atención primaria para que estén cubiertos. Si NO elige un PCP, los beneficios del plan pueden ser limitados o no pagarse en absoluto.

Si cambia de plan médico, confirme que su médico esté aceptando nuevos pacientes y sea un médico de atención primaria participante.

## Sus opciones de plan médico

Puede elegir entre dos planes médicos y una opción de exclusión voluntaria. Si bien ambos planes médicos brindan cobertura para la atención médica necesaria, funcionan de manera muy diferente. Es importante que comprenda cada plan antes de decidir qué opción es mejor para usted y sus dependientes.

Para que cualquiera de los planes cubra sus necesidades, los servicios o suministros médicos que reciba deben ser médicamente necesarios, apropiados y elegibles. Sin embargo, algunos servicios y suministros no están cubiertos en absoluto, mientras que los beneficios de otros servicios son limitados. Revise la Descripción resumida del plan para obtener más detalles sobre lo que está cubierto y lo que no.

### Sus opciones de plan médico

- **Plan de opción alta** : este es un plan de punto de servicio directo (DPOS). Si elige el plan de opción alta, tendrá menos PhlexPoints para gastar en otros beneficios.
- **Plan básico** : es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO). Si elige el plan básico, que tiene un costo más bajo, el Fondo le transferirá los ahorros a través de puntos Phlex adicionales, que puede gastar en otros beneficios.
- **Exclusión voluntaria**: si tiene otra cobertura médica a través de otro empleador o de su cónyuge, puede optar por excluirse del plan médico del Fondo y gastar sus Puntos Phlex en otros beneficios. Deberá completar un formulario de Comprobante de otra cobertura si decide excluirse. Deberá proporcionar esta información al Fondo anualmente, durante el tiempo que desee renunciar a la cobertura. Esta opción es la que proporciona la mayor cantidad de Puntos Phlex.

### No te olvides de la atención preventiva

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

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

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

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

La atención preventiva es fácil y asequible. La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos al 100 % siempre que consulte a un proveedor de la red.

Si no tiene un proveedor de atención primaria (PCP), puede encontrar uno en línea en [www.ibx.com](http://www.ibx.com) o puede comunicarse con Servicios para miembros de Independence al (800) 275-2583.

## Diferencias clave entre el plan de opción alta y el plan básico

El cuadro a continuación resume las diferencias clave entre los dos planes médicos. Lea el resto de esta guía para obtener descripciones detalladas de cada plan.

Plan de opción alta	Plan básico
Debe elegir un PCP cuando se inscriba	
Puede utilizar los médicos y hospitales que prefiera. Permanecer dentro de la red reduce los costos de bolsillo.	Su PCP debe brindarle atención o derivarlo a especialistas de HMO
El deducible se aplica a fuera de la red/ Solo servicios de atención autoderivada; su deducible anual es de \$250 por persona y \$500 por familia	Sin deducible
La mayoría de los servicios están cubiertos dentro de la red al 100 %, sin deducible.	La mayoría de los servicios cubiertos al 100%
Servicios hospitalarios para pacientes internados dentro de la red cubiertos al 100 %, sin deducible	Servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos al 100 %, después de un copago de \$100 por día (copago máximo: \$500 por admisión)
Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cobertura del 100 %; servicios en otras instalaciones de la red cubiertos al 70 %; no cubiertos fuera de la red	Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cobertura del 100 %; servicios en otras instalaciones de la red cubiertos al 70 %; no cubiertos fuera de la red
Usted paga un copago de \$10 por visitas a médicos de PCMH y \$20 por visitas a consultorios médicos que no sean de PCMH	Usted paga un copago de \$15 por visitas a médicos de PCMH y \$30 por visitas a consultorios médicos que no sean de PCMH (incluye PCP) y \$40 por visitas a especialistas.
Para aquellos servicios que están cubiertos cuando los brinda un proveedor fuera de la red, el Plan paga el 70 % después del deducible para la mayoría de los gastos elegibles.	Sin beneficios fuera de la red
El máximo de desembolso anual es de \$6,750 por persona y \$13,500 por familia.	El máximo de desembolso anual es de \$6,750 por persona y \$13,500 por familia.

## Salud y Bienestar (Estilos de Vida Saludables<sup>SM</sup>)— ¡Trabajando para apoyar su salud todos los días!

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

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

El programa Healthy Lifestyles Solutions está diseñado para que usted se mantenga saludable, ya sea por las decisiones de estilo de vida inteligentes que tome o por soluciones personalizadas que sean tan individuales como usted. Lo mejor de todo es que los programas son gratuitos para usted y sus dependientes elegibles.

Debe estar inscrito en uno de los planes médicos 36Phlex para ser elegible para participar en el programa Soluciones de Estilos de Vida Saludables.

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

¡Manténgase saludable y obtenga recompensas también!

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

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

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

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

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

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

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

La enfermera está aquí para:

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

### 36¡Phlex Phact!

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

### 36¡Phlex Phact!

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

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

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

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

## Programa de Gestión de la Salud para la Diabetes

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

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

Bajo el programa podrás recibir:

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

## Beneficios de salud conductual

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

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

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

MHC puede ayudar con problemas como:

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



## Una visión general de los beneficios del plan de opciones altas

Este cuadro le ofrece una visión rápida del plan médico de opción alta. Consulte la descripción resumida del plan para obtener información completa sobre los beneficios del plan de opción alta.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/AUTO-REFERIDO
Deducible anual	N / A	\$250 por persona; \$500 por familia
Máximo de desembolso anual <sup>8</sup>	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia
Visitas médicas a domicilio centradas en el paciente	100%, después de un copago de \$10	70% después del deducible
Visitas al consultorio médico (no PCMH) Servicios primarios y especializados)	100%, después de un copago de \$20 (en un proveedor que no sea PCMH)	70% después del deducible
Examen ginecológico de rutina/prueba de Papanicolaou 1 por año calendario	100%	70%, sin deducible
Mamografía	100%	70% después del deducible
Vacunas pediátricas	100%	70% después del deducible
Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla <sup>4, 5</sup> hasta 30 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	No cubierto
Rehabilitación cardíaca o pulmonar hasta 36 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible
Quiropráctica (manipulación espinal) <sup>5</sup> hasta 10 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible
Paciente hospitalizado <sup>1</sup>	100%	70% después del deducible hasta 70 días por año calendario
Reemplazo de rodilla y cadera <sup>1, 2</sup> Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Atención de emergencia	\$40 copago	70% después del deducible
Sala de emergencia IS Visita 1 y 2	Copago de \$100 (se exime si es admitido)	Copago de \$100, sin deducible (se exime si es admitido)
Visita a urgencias 3 plus	Copago de \$200 (se exime si es admitido)	Copago de \$200, sin deducible (se exime si es admitido)
Laboratorio ambulatorio/Patología	100%	70% después del deducible
Diálisis/Radiación/Quimioterapia	100%	70% después del deducible
Atención médica domiciliaria <sup>1</sup> hasta 200 visitas por año calendario	100%	70% después del deducible
Cuidados paliativos <sup>1</sup> hasta 210 días de por vida	100%	No cubierto
Centro de enfermería especializada <sup>1</sup> hasta 60 días por año calendario	100%	No cubierto
Cirugía ambulatoria (puede requerirse certificación previa para algunas cirugías ambulatorias) <sup>1</sup>	100%	70% después del deducible
Radiología ambulatoria <sup>1, 4, 5</sup>	100%	70% después del deducible
Equipo médico duradero <sup>1</sup>	100%	No cubierto
Ambulancia		
Transporte de emergencia	100%	100%, sin deducible
Transporte no urgente <sup>1</sup>	100%	70% después del deducible
Enfermería privada para pacientes ambulatorios <sup>1</sup> hasta 360 horas por año calendario	90%	70% después del deducible
Programa de salud conductual y consumo de sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y consumo de sustancias) NOTA: El programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.		
Paciente hospitalizado <sup>6, 7</sup>	100%	70% después del deducible
Visitas ambulatorias fuera del consultorio <sup>6</sup>	100%	70% después del deducible
Paciente ambulatorio <sup>6</sup>	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible

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

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

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

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

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

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

7 Se requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la precertificación de servicios relacionados con el tratamiento de salud conductual y abuso de sustancias.

El máximo de desembolso anual incluye los gastos necesarios para cumplir con el deducible anual, así como el dinero que gasta en copagos y coseguros durante el año. Existe un máximo de desembolso anual separado para medicamentos recetados (consulte la página 11).

## Una descripción general de los beneficios del plan básico

Este cuadro le ofrece una visión rápida del Plan Médico Básico. El Plan Básico tiene cobertura solo dentro de la red. Se requieren derivaciones. NO hay cobertura para proveedores o centros fuera de la red. Consulte la Descripción resumida del plan para obtener información completa sobre los beneficios del plan básico.

BENEFICIO	EN LA RED
Máximo de desembolso anual***	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia
Visitas al consultorio médico <sup>3</sup>	Proveedor de PCMH: 100 %, después de un copago de \$15 PCP no perteneciente a PCMH: 100 %, después de un copago de \$30; Especialista: 100% después de un copago de \$40
Examen ginecológico de rutina/prueba de Papanicolaou 1 por año calendario; no se necesita remisión	100%
Mamografía de detección; no se necesita derivación	100%
Vacunas pediátricas	100%
Fisioterapia y terapia ocupacional <sup>4, 5</sup> hasta 30 visitas combinadas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Rehabilitación cardíaca y pulmonar <sup>5</sup> hasta 36 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Terapia del habla <sup>5</sup> hasta 20 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Quiropráctica (manipulación espinal) <sup>5</sup> hasta 20 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Paciente hospitalizado <sup>1</sup>	100%, después de un copago de \$100 por día; (Copago máximo: \$500 por admisión)
Reemplazo de rodilla y cadera <sup>1, 2</sup> Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%
Atención de emergencia	\$50 copago
Sala de emergencia IS Visita 1 y 2 Visita a urgencias 3 plus	Copago de \$100 (no se exime si es admitido) Copago de \$200 (no se exime si es admitido)
Laboratorio ambulatorio/Patología <sup>4, 5</sup>	100%
Diálisis/Radiación/Quimioterapia <sup>5</sup>	100%
Atención médica domiciliaria <sup>1</sup>	100%
Cuidados paliativos <sup>1</sup>	100%
Centro de enfermería especializada <sup>1</sup> hasta 120 días por año calendario	100%, después de un copago de \$50 por día; (Copago máximo: \$250 por admisión) 100%,
Cirugía Ambulatoria <sup>5</sup>	después de un copago de \$50
Radiología/Radiología ambulatoria <sup>4, 5</sup>	Rutina/Diagnóstico: 100%, después de un copago de \$40 <small>Resonancia magnética/tomografía por resonancia magnética, tomografía computarizada/angiografía por emisión de positrones: 100% después de un copago de \$80</small>
Equipos médicos y prótesis duraderos <sup>1, 5</sup>	70%
Ambulancia (los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren certificación previa)	100%
Enfermería privada para pacientes ambulatorios <sup>1, 5</sup> hasta 360 horas al año	90%
Programa de salud conductual y consumo de sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y consumo de sustancias) NOTA: El programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.	
Pacientes hospitalizados <sup>6, 7</sup> .....	100 %, después de un copago de \$100 por día (Copago máximo: \$500 por admisión)
Visitas ambulatorias fuera del consultorio <sup>6</sup> .....	100%
Paciente ambulatorio.....	100%, después de un copago de \$30
No se pagan beneficios por servicios fuera de la red.	

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

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

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

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

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

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

7 Se requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la precertificación de servicios relacionados con el tratamiento de salud conductual y abuso de sustancias.

El máximo de desembolso anual incluye los gastos necesarios para cumplir con el deducible anual, así como el dinero que gasta en copagos y coseguros durante el año. Existe un máximo de desembolso anual separado para medicamentos recetados (consulte la página 11).

## Términos importantes

### Copago máximo anual—

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

### Centro de Distinción Azul + —

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

### Coaseguro—

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

### Copago—

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

### Deducible-

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

### Proveedores dentro de la red:

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

### Gastos médicamente necesarios—

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

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

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

### Centro médico centrado en el paciente (PCMH)

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

### Asignación del plan (solo plan de opción alta)

es el monto que paga el plan por un servicio médico específico en un área geográfica designada. Usted es responsable de los cargos que excedan la asignación del plan si no utiliza un proveedor de la red.

### Médico de atención primaria (PCP)—

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

### Atención autoderivada (solo plan de opción alta)

Es la atención que usted no recibe de su PCP o la atención que usted recibe sin una remisión de su PCP. Esta es la forma más cara de recibir atención médica. Para la atención auto-referida, el plan generalmente paga el 70% de la asignación del plan después de alcanzar el deducible anual.

## Beneficios de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada a través de CVS Caremark, comienza automáticamente cuando se inscribe en la cobertura médica bajo una de las opciones del Plan 36Phlex. Puede obtener un suministro de medicamentos de hasta 30 días yendo a cualquier farmacia de la red y mostrando su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de CVS Caremark. Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento de hasta 90 días yendo directamente a cualquier farmacia CVS o utilizando la farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark. No será elegible para los beneficios de medicamentos recetados si opta por no participar en el plan médico.

## Sus copagos

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

Hay tres niveles de medicamentos recetados:

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

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

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

## Su máximo de desembolso anual

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

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

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

\$1,950 • Familia: \$3,900

## ¿Qué es un Formulario?

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

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

## 36iPhlex Phact!

Surtidos minoristas de 90 días disponibles solo en farmacias CVS.

## 36iPhlex Phact!

### Uso de CVS Caremark

La farmacia de pedidos por correo para medicamentos de mantenimiento le ahorrará dinero tu dinero

## Beneficios dentales

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

La inscripción en el Plan Dental es opcional: inscríbese en el plan si usted (o sus dependientes) necesitan cobertura. Puede inscribirse en el Plan Dental incluso si renuncia a la cobertura médica, y puede inscribirse para un nivel de cobertura diferente. Por ejemplo, puede inscribirse para una cobertura médica solo para empleados, pero inscribirse para una cobertura dental familiar. O bien, puede optar por no participar y usar sus Puntos Phlex en otro lugar. La decisión es suya.

### Cuadro de Beneficios Dentales

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

Cómo utilizar un dentista participante puede ayudarle a ahorrar dinero

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

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

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

#### Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

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

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

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

## 36jPhlex Phact!

Con el plan de descuento para la vista, no hay límite en la cantidad de veces que puede usar su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta junto con ninguna oferta especial, como cupones o promociones especiales.

Con el Plan de Visión Mejorada, no puede usar su tarjeta en combinación con ninguna oferta especial, como cupones o promociones especiales.

## Beneficios de la visión

El Plan 36Phlex le ofrece dos opciones de cobertura de la vista:

- Un programa de visión mejorado: la atención se brinda a través de una red de optometristas y oftalmólogos. Debe recibir atención de médicos u optometristas participantes para recibir los máximos beneficios; y
- Un programa de descuento para la vista: este programa le permite recibir tarifas con descuento para exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto.

Puede inscribirse usted mismo o elegir la cobertura para usted y su familia.

### El plan de visión mejorada: cómo funciona el plan

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

- Cuando utiliza un proveedor participante, recibe los máximos beneficios porque el plan paga el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina; se aplican algunos límites.
- Cuando utiliza un proveedor no participante, el plan le reembolsará los exámenes, los marcos de anteojos y los lentes, o los lentes de contacto, según un cronograma. Usted paga el costo total cuando recibe los servicios. Luego, debe presentar una reclamación para que le reembolsen la parte del costo que le corresponde al plan.

### Lo que paga el plan

Cuando recibe servicios de un proveedor participante de NVA, el plan paga el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses. Para los niños menores de 19 años, el plan paga un examen de la vista una vez cada 12 meses.

El plan también paga un par de lentes y marcos nuevos, o lentes de contacto, por hasta \$120 cada 24 meses. Para niños menores de 19 años, el plan pagará lentes y marcos nuevos o lentes de contacto por hasta \$120 cada 12 meses.

Cuando recibe servicios de un proveedor de servicios de la vista que no participa en el plan, este le pagará hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses. En el caso de los niños menores de 19 años, el plan le pagará hasta \$30 cada 12 meses.

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

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

El Plan Visión no cubre:

- Fotografía del fondo del ojo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; servicios o materiales proporcionados como resultado de la ley de compensación laboral u obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o
- Gafas de sol sencillas o graduadas.

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

## Programa de descuento para la vista: cómo funciona el plan

El programa de descuento para el cuidado de la vista no es un plan de cobertura total. Si se inscribe en este plan, obtendrá una tarifa con descuento de determinados proveedores para productos y servicios disponibles para el público en general.

El programa de descuentos para la vista lo ofrece National Vision Administrators (NVA). NVA cuenta con una red de oftalmólogos, optometristas y ópticos participantes para brindarle servicios. Debe utilizar un proveedor participante de NVA y mostrar su tarjeta de identificación de NVA para obtener los servicios con descuento. Simplemente elija un proveedor participante llamando a NVA al 800-672-7723 o llame a la Oficina del Fondo.

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

El Programa de Descuento Visión no cubre:

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- Drogas o medicamentos;
- Lentes sin prescripción médica;
- Examen o materiales no enumerados como servicio cubierto;
- Servicios o materiales proporcionados por el gobierno federal, estatal o local, o por organizaciones de trabajadores. compensación; y
- Ayudas para baja visión.

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



## 36jPhlex Phact!

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

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

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

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

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones.

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

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

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

El seguro de vida está diseñado para ofrecer protección a su familia, o a cualquier persona que dependa de sus ingresos, si usted muere. El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) le paga un beneficio si sufre la pérdida accidental de una extremidad o de la vista, y le paga un beneficio a su(s) beneficiario(s) si usted muere como resultado de un accidente cubierto. Su beneficio de seguro de vida solo se paga si usted muere mientras está en un empleo cubierto activo. Cualquier beneficio por AD&D pagadero como resultado de su muerte accidental es igual al monto de su seguro de vida y se paga además de su beneficio de seguro de vida. El monto de su beneficio por AD&D depende del tipo de pérdida accidental. Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones. Consulte la Descripción resumida de su plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

Es importante brindarles seguridad financiera a sus seres queridos si usted muere. El Fondo paga el costo total de \$10,000 de seguro de vida y \$10,000 de cobertura por muerte accidental y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés) para usted. Puede optar por comprar un monto mayor de seguro de vida y AD&D, como se explica a continuación.

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

### Monto del seguro de vida

Debido a que la cantidad de cobertura adecuada para cada persona varía, el Plan 36Phlex le ofrece tres montos de cobertura:

- \$10,000
- \$25,000
- \$50,000

Consulte su formulario de inscripción para conocer la cantidad de PhlexPoints que necesita para comprar cobertura de seguro de vida y AD&D.

### No olvide a su beneficiario

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

## Prestaciones por discapacidad

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

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

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

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

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

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

Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario.

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

### 36¡Phlex Phact!

Si está sin trabajo durante más de un mes, debe continuar completando sus formularios de discapacidad periódicamente, generalmente mensualmente.

### 36¡Phlex Phact!

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

### 36¡Phlex Phact!

"Médico legalmente calificado" incluye médicos (MD), médicos osteopáticos (DO), médicos cirujanos dentales (DDS), médicos dentales (DMD) o médicos podiátricos (DPM).

### 36¡Phlex Phact!

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

## Cuentas de reembolso

Dependiendo de las opciones de beneficios que elija, usted puede ser elegible para participar en las Cuentas de Reembolso del Fondo.

### Dos cuentas separadas

Existen dos cuentas independientes: una cuenta de reembolso de gastos médicos y una cuenta de reembolso de gastos de atención a dependientes. Puede optar por participar en una o en ambas cuentas. Si opta por participar en ambas cuentas, no podrá transferir dinero de una cuenta a la otra ni utilizar el dinero de la cuenta de reembolso de gastos médicos para pagar gastos de atención a dependientes o viceversa.

Es importante que calcules tus gastos con cuidado antes de aportar tus PhlexPoints a estas cuentas, porque perderás cualquier saldo restante en esta cuenta después del 15 de abril. Consulta la fecha límite "Úsalo o piérdelo" para obtener más detalles.

### ¿Quién es elegible?

Usted es elegible para participar en las Cuentas de Reembolso si su total de PhlexPoints es inferior a 100. Si sus beneficios cuestan menos de 100 PhlexPoints, puede optar por depositar los PhlexPoints restantes en una o ambas cuentas de reembolso. Cada PhlexPoint que deposite en una cuenta de reembolso tiene un valor de \$5. Por ejemplo, si el costo de los beneficios que elige es de 81 PhlexPoints, tendrá 19 PhlexPoints disponibles para depositar en una Cuenta de Reembolso. Eso significa que tendrá \$95 cada mes (19 PhlexPoints multiplicado por \$5) para depositar en su cuenta. El IRS establece límites sobre la cantidad de dinero que puede aportar a su Cuenta de Reembolso. Sus contribuciones mensuales no pueden superar el límite del IRS.

**RECORDATORIO:** Los medicamentos de venta libre sin receta médica no son elegibles para reembolso.

### Úselo o piérdalo

Las normas del IRS le permiten utilizar las Cuentas de reembolso (si es elegible) para reembolsarse los gastos elegibles en los que incurra hasta el 15 de marzo del año siguiente al año en el que realizó la contribución; los dólares que no se hayan gastado antes de esa fecha se perderán, de acuerdo con las normas de transferencia del IRS. Eso significa que cualquier dinero restante en su(s) Cuenta(s) de reembolso el 31 de diciembre se puede utilizar para reembolsar los gastos en los que incurra hasta el 15 de marzo del año siguiente.

**Nota:** Debe presentar los gastos incurridos durante el período de gracia a la Oficina del Fondo antes del 15 de abril del año siguiente.

## 36¡Phlex Phact!

Debe inscribirse o volver a inscribirse en estas cuentas porque la participación no continúa automáticamente de un año a otro.

## 36¡Phlex Phact!

La documentación correspondiente debe incluirse junto con el formulario de reclamación correspondiente. Envíe la solicitud de reembolso a la Oficina del Fondo de Beneficios.

## Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes

Si debe pagarle a alguien para que cuide a sus dependientes para que usted (y su cónyuge, si está casado) puedan trabajar, considere la posibilidad de abrir una cuenta de reembolso por cuidados de dependientes para reembolsarse los gastos de cuidado de dependientes que cumplan con los requisitos. Estos gastos incluyen el costo de una guardería o un centro de atención para personas mayores o el costo de un cuidador. No puede utilizar la cuenta de reembolso por cuidados de dependientes para gastos relacionados con la salud de los dependientes (la cuenta de reembolso por atención médica cubre esos gastos).

### ¿Quién califica como dependiente?

Los gastos deben ser para "dependientes calificados", que incluyen:

- Sus hijos dependientes menores de 13 años en el momento en que se incurre en el gasto si usted reclama ellos como dependiente en su declaración de impuestos federales; y
- Otros dependientes, como su cónyuge, un padre anciano o un hijo mayor, si son discapacitados física o mentalmente, incapaces de cuidar de sí mismos, y los declara como dependientes para efectos fiscales.

### Comprobante de gastos

Cuando presente su solicitud de reembolso, debe completar un formulario de solicitud y proporcionar una factura detallada o prueba de que el gasto es elegible para el Fondo. Su solicitud de pago debe incluir el número de identificación fiscal (TIN) del proveedor de atención. Para los proveedores individuales, el TIN suele ser el número de Seguro Social de esa persona. Si la persona trabaja en su hogar, usted es responsable de presentar una declaración del empleador ante el IRS y de pagar el impuesto al Seguro Social sobre los salarios pagados a ese empleado.

### ¿Crédito fiscal federal o cuenta de reembolso por cuidado de dependientes?

En realidad, existen dos opciones con ventajas fiscales disponibles para pagar el cuidado de niños: esta Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes o el Crédito Fiscal Federal para Cuidado de Niños del gobierno. No puede reclamar los mismos gastos tanto bajo la Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes como bajo el crédito fiscal federal, pero puede:

- utilizar la Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes; o
- utilizar el crédito fiscal federal. (Según la legislación actual, y dependiendo de su ingreso bruto ajustado, puede obtener un crédito fiscal del 20% al 35% de sus gastos de cuidado de dependientes). El monto máximo que se puede utilizar para determinar el crédito fiscal es de \$3,000 por un hijo y de \$6,000 por dos o más hijos. Por lo tanto, si su crédito es del 20%, el crédito máximo por un hijo es de \$600 (el 20% de \$3,000).

Los gastos que reembolsa a través de la Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes compensan directamente dólar por dólar los gastos que puede solicitar para obtener un crédito fiscal federal. Por ejemplo, si tiene un hijo y recibe un reembolso de \$3000 de su Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes, ha agotado los gastos disponibles (\$3000) que podría solicitar por un hijo como crédito fiscal.

La decisión de si el crédito fiscal o la cuenta de reembolso por cuidado de dependientes es el mejor método en su caso depende de sus ingresos brutos y de su estado civil para efectos de la declaración de impuestos. Para obtener más información sobre qué opción se adapta mejor a sus necesidades, consulte con su asesor fiscal personal.

## 36¡Phlex Phact!

Puede utilizar la Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes si es responsable del cuidado de un dependiente elegible y debe pagarle a otra persona para que le brinde esta atención para que pueda trabajar. Si está casado, puede usar esta cuenta solo si ambos trabajan o si su cónyuge es estudiante a tiempo completo o está discapacitado y no puede cuidar de sí mismo. En otras palabras, si uno de ustedes se queda en casa para cuidar a las personas a cargo o asiste a la escuela a tiempo parcial, no puede utilizar la cuenta.

## Avisos importantes

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

### Derechos de inscripción especiales de HIPAA

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

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

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

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

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

### COBRA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Recordatorio del aviso de privacidad de HIPAA

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

## Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

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

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tenían Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. El Fondo de Bienestar BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 ha determinado que Se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Bienestar BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36, pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

#### Información importante

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

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

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

Asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

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

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

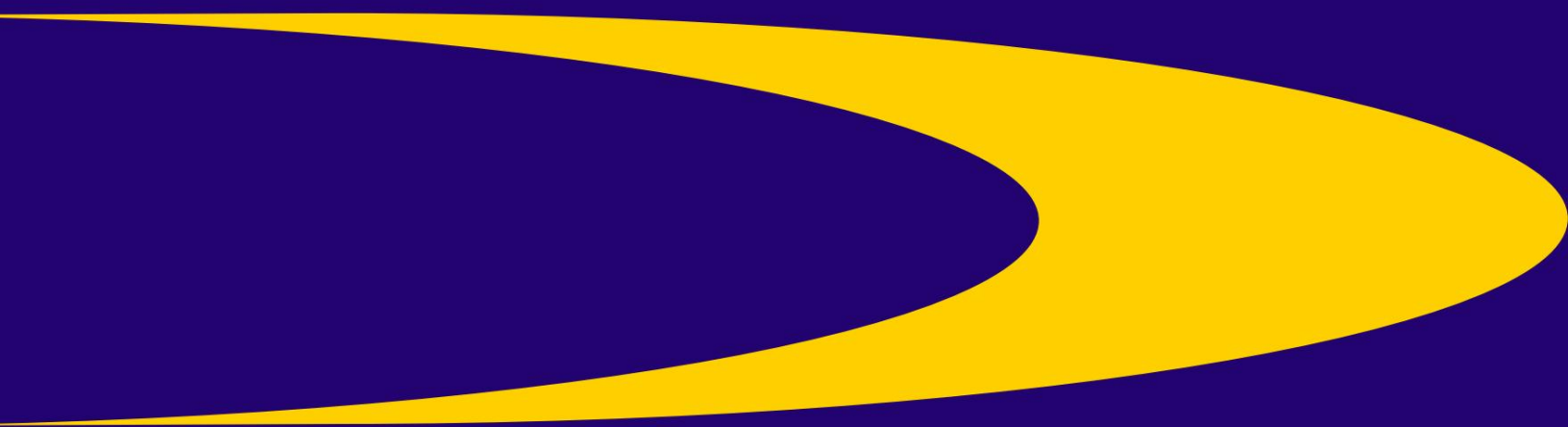
La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

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

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

Departamento de Trabajo de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.  
 Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
 866-444-EBSA (3272) 877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

[www.seiu36.com](http://www.seiu36.com)



Octubre de 2024

