



www.seiu36.com



¡Ha llegado el momento de la inscripción abierta!

2026
Guía de beneficios

¡Solo tienes hasta el 19 de diciembre para
inscribirte en los beneficios de tiempo
completo de BOLR para 2026!

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Los formularios que debe completar para la inscripción se encuentran en las siguientes páginas de esta guía y en la página de Contactos y Recursos (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) de nuestro sitio web. Los formularios del sitio pueden ser

Los formularios se completan en línea. Solo tendrá que imprimirlos para firmarlos y luego enviarlos por correo a la Oficina del Fondo.



Puedes usar el código QR de arriba para ir directamente a nuestro sitio web. Solo abre la aplicación de la cámara en tu teléfono o tableta y selecciona la cámara trasera. Apunta la cámara al código. Debería aparecer una notificación. Haz clic en ella y accederás a nuestro sitio web. Recuerda asegurarte de tener conexión a internet.

Consulte las instrucciones que aparecen en la parte superior de cada formulario para saber qué formularios debe completar y enviar por correo a la Oficina del Fondo.

RECORDATORIO IMPORTANTE: Por favor, complete únicamente los formularios que le correspondan.

Y asegúrese de revisar el resto de la Guía para

Le ayudaremos con su inscripción para la cobertura en 2026.

Hemos actualizado la Guía para que sea más fácil de usar este año.

¿Preguntas? Comuníquese con la Oficina del Fondo.

¿Qué hay dentro?

Información general sobre el período de inscripción abierta	2
Datos básicos.....	3
Beneficios médicos	4
Términos importantes.....	5
Resumen de beneficios.....	6
Salud y bienestar (Estilos de vida saludablesSM)— ¡Trabajamos para cuidar tu salud cada día!	8
Beneficios para la salud conductual	9
Beneficios de medicamentos recetados.....	10
Beneficios dentales	11
Beneficios de la visión	13
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	14
Prestaciones por discapacidad	15
Avisos importantes.....	16

Esta guía de inscripción está disponible en albanés, chino, alemán, italiano, polaco y español en nuestro sitio web. Diríjase a la sección «Documentos y formularios» de la página «Contactos y recursos» (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tenga en cuenta que los formularios solo están disponibles en inglés.

Ky udhëzues regjistrimi është i disponueshëm në gjuhën shqipe në faqen tonë të internetit. Shkoni te seksioni “Dokumentet dhe formularët” të faqes “Kontaktet dhe burimet” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vetëm në anglisht.

(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)

Esta información sobre la edición está en un sitio web en alemán verfügbar. Gehen Sie zum Abschnitt "Dokumente & Formulare" der Seite "Kontakte & Ressourcen" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Esta guía de inscripción está disponible en italiano en nuestro sitio web. Vai alla sezione “Documenti e moduli” de la página “Contatti e risorse” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tieni presente che i moduli sono disponibili solo in inglese.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji "Dokumenty i formularze" na stronie "Kontakty i zasoby" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Esta Guía de Inscripción está disponible en español en nuestro sitio web. Vaya a la sección “Documentos y formularios” de la página “Contactos y recursos” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tenga en cuenta que los formularios solo están disponibles en inglés.

¿Necesitas un formulario?

¡Consulta la portada
de esta guía y nuestra
página web!

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

página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Puede

completarlos en línea. Solo tendrá
que imprimirlos, firmarlos y
enviarlos por correo a la Oficina
del Fondo.



Cada formulario le indicará las
condiciones para completarlo.

Complete únicamente los
formularios que le correspondan.

Separe cada formulario
completado por el borde
perforado y envíelo por
correo a la Oficina del Fondo
utilizando el sobre de respuesta
incluido en esta guía.

RECUERDA: Elige

¡Tenga cuidado! Una vez
finalizado el período de
inscripción abierta, no podrá
cambiar sus elecciones hasta
el próximo período de
inscripción abierta en el otoño de
2026, para una cobertura
que entrará en vigor el 1 de
enero de 2027, a menos
que tenga un cambio de estado que lo califique.

Resumen del período de inscripción abierta

Octubre de 2025

En esta guía y los materiales adjuntos, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios de tiempo completo de BOLR en 2026.

El período de inscripción abierta es su oportunidad anual para revisar su cobertura y modificar los beneficios que elige o los dependientes que incluye. Fuera de este período, solo podrá realizar cambios si estos se deben a un cambio de vida que lo justifique (un "evento calificado"), como se describe a continuación. Revise la información adjunta y considere sus necesidades y las de su familia antes de tomar decisiones sobre la inscripción. Si desea modificar el estado de sus dependientes, envíe el formulario de inscripción completo a la Oficina del Fondo a más tardar el 19 de diciembre de 2025.

Si desea mantener las mismas opciones de beneficios y cobertura que tiene actualmente, 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 visitar la oficina del Fondo del Distrito 36 de SEIU Local 32 BJ, ubicada en 1515 Market Street, Suite 1020, Filadelfia, PA 19102, para hablar con uno de nuestros representantes. Asegúrese de llamarnos antes de venir.

IMPORTANTE: Recordatorio de cambio de estado

Solo podrá agregar o eliminar dependientes o realizar cualquier otro cambio en su cobertura de beneficios fuera del período de inscripción abierta si ocurre un evento calificado. Un evento calificado significa que usted o su dependiente experimentan un cambio en su vida que afecta la administración de sus beneficios. Algunos ejemplos son contraer matrimonio, tener un hijo o divorciarse. En estos casos, es posible que deba agregar o eliminar dependientes de la cobertura de su Fondo.

Para todos los eventos que dan derecho a la ayuda, debe proporcionar documentación que acredite el 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 (90 días para el nacimiento de su hijo; o 60 días si pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple con los requisitos, o si pasa a ser elegible para un programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP). Consulte la Descripción Resumida de su Plan o comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener más información sobre los eventos que dan derecho a la ayuda.

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

Este documento y los materiales incluidos en su paquete de inscripción ofrecen una descripción resumida de los beneficios del Fondo de Bienestar de SEIU Local 32BJ, Distrito 36 BOLR, y de los cambios que entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. Estos materiales complementan otras descripciones de los beneficios de su Plan. Los cambios descritos en estos documentos y en los materiales adjuntos entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. El Fondo espera mantener el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios indefinidamente, pero se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar el Plan, total o parcialmente, en cualquier momento y por cualquier motivo. Ni la recepción de este paquete de inscripción ni la inscripción en ninguno de los beneficios ofrecidos por el Plan constituyen un contrato de trabajo. Lea atentamente estos documentos y guarde esta información importante junto con sus demás documentos de beneficios para futuras consultas.

Datos básicos

¿Quiénes pueden participar?

Usted es elegible para el Plan de Tiempo Completo BOLR si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado, a través de un convenio colectivo, a realizar contribuciones en su nombre al Fondo.

Si reúne los requisitos para participar en el Plan de Tiempo Completo de BOLR, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

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

Cualquier niño al que usted asuma manutención de forma gratuita no será considerado dependiente.

Inscripción de dependientes

Para inscribir a sus dependientes en el Plan, debe completar y enviar la siguiente información:

- Formulario de inscripción de dependientes (recuerde completar ambas caras)
- **Estado dependiente del documento** : algunos ejemplos de documentación incluyen:
 - Certificado de nacimiento estatal válido que incluya los nombres de ambos padres, ya sean hijos biológicos o hijastros. menores de 26 años
 - Prueba de adopción para un niño legalmente adoptado menor de 26 años
 - Si, como resultado de una Orden de Manutención Infantil por Motivos Médicos Calificados, se le exige incluir a sus hijos menores de 26 años, proporcione una copia de la Orden.
 - Comprobante del número de Seguro Social

Si tiene un hijo que, debido a una discapacidad física o mental que le impide mantenerse por sí mismo, debe permanecer cubierto por su seguro después de los 26 años, la Oficina del Fondo requiere documentación que acredite dicha discapacidad periódicamente. Esta información debe presentarse dentro de los 31 días posteriores al cumpleaños número 26 del hijo.

Si decide excluir a un dependiente del Plan, deberá completar el formulario de exclusión voluntaria y presentar a la Oficina del Fondo un comprobante de otra cobertura médica para ese dependiente.

Cualquier cambio que realice en el estado de sus dependientes debe completarse y devolverse a la Oficina del Fondo en el sobre prefranqueado y con su dirección incluido antes del 19 de diciembre de 2025. Si no agrega o elimina un dependiente durante el período de inscripción abierta, deberá esperar para hacerlo hasta que usted o su dependiente experimenten un evento que lo califique.

Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO)

Si está obligado a proporcionar manutención infantil y cobertura médica conforme a una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación sobre la información requerida. Una QMCSO es cualquier sentencia, decreto u orden judicial que le exige proporcionar cobertura médica para un menor. Para obtener información adicional sobre los procedimientos para la administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Beneficios médicos

Recordatorios importantes:

Los beneficios descritos en esta Guía entrarán en vigor el 1 de enero de 2026.

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

Cuando utilice un proveedor fuera de la red, usted será responsable de la diferencia entre lo que el proveedor facturó y lo que pagó su seguro. Esta tabla resume sus beneficios y tiene como objetivo brindarle una breve descripción de los beneficios a los que tiene derecho.

Requisitos de precertificación

Ciertos servicios deben ser aprobados como médicamente necesarios antes de que usted reciba tratamiento. Esto se denomina preautorización. Algunos servicios que requieren preautorización incluyen:

• Todos los ingresos hospitalarios no urgentes • Cirugía electiva con hospitalización

• Ciertos equipos médicos duraderos

• Atención médica domiciliaria

• Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados

• Resonancia magnética/angiografía por resonancia magnética

• Tomografía computarizada (TC) o angiografía computarizada (angi-TC)

• Tomografía por emisión de positrones (TEP)

Nota: Esta no es una lista completa de servicios. Blue Cross puede modificar los requisitos de preautorización periódicamente. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross para obtener más información.

No olvides la atención preventiva

Es importante priorizar los exámenes, pruebas y revisiones rutinarias. La atención preventiva permite 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 cabecera. Pregunte qué pruebas y exámenes de detección le corresponden. Por ejemplo, la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las personas comiencen a hacerse pruebas de detección de cáncer colorrectal a los 45 años. Los análisis regulares de colesterol detectan signos de enfermedad coronaria. Y las revisiones ginecológicas anuales pueden detectar el cáncer de mama en sus primeras etapas.

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

Términos importantes

Máximo anual de copago—

Es el monto máximo que pagarás de tu bolsillo en copagos por los servicios dentro de la red que recibas durante el año. Una vez que alcances tu máximo anual, el plan cubrirá el 100% del costo de los servicios dentro de la red por el resto del año.

Centro de Distinción Azul + —

Centros quirúrgicos ambulatorios designados por Blue Cross, especializados en reemplazo de rodilla y cadera. Los Centros Blue Distinction + cumplen con altos estándares de calidad, costo, experiencia, efectividad y eficiencia.

Coaseguro—

es el porcentaje de los costos elegibles que usted paga por los servicios, después de que se haya 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 porción 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. Al utilizar estos proveedores, usted recibe atención médica dentro de la red.

Gastos médicamente necesarios—

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

Proveedores fuera de la red—

son médicos, proveedores de atención médica o centros que no forman parte del grupo selecto de proveedores.

Modelo de atención médica centrada en el paciente (PCMH)—

Blue Cross ha identificado a ciertos médicos, incluyendo médicos de atención primaria, que participan en un Modelo de Atención Médica Centrada en el Paciente (PCMH, por sus siglas en inglés). Un PCMH es un consultorio o grupo de médicos que trabajan en conjunto para coordinar y personalizar mejor su atención médica. Recibir atención en un PCMH y elegir a un médico de un PCMH como su médico de atención primaria le permitirá ahorrar dinero.

Médico de atención primaria (PCP)—

A veces se le llama "médico de familia". Este es el médico que le brinda atención inicial cuando tiene algún problema de salud. El médico de cabecera también proporciona atención continua y, de ser necesario, lo deriva a especialistas. Blue Cross ha designado a ciertos médicos como "médicos de cabecera"; debe consultar el Directorio de Médicos de Blue Cross para seleccionar un médico de cabecera elegible.

Resumen de beneficios

BENEFICIO	EN LA RED/REFERIDO	FUERA DE RED/ AUTORREFERENCIA
Deducible (Anual)		
Individual	\$0	\$250
Familia	\$0	\$500
Máximo anual de gastos de bolsillo		
Individual	\$6,750	\$6,750
Familia	\$13,500	\$13,500
Máximo vitalicio	Ninguno	Ninguno
Paciente hospitalizado 1	100%	70% del importe permitido, después del deducible Hasta 70 días por año calendario
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Reemplazo de rodilla y cadera ^{1,2} Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Sala de emergencia	Para las visitas 1 y 2: 100% después de un copago de \$100. Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Se exime si se admite	Para las visitas 1 y 2: 100% después de un copago de \$100. Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Se exime si se admite
Atención de urgencias	100% después de un copago de \$40	70% del importe permitido, después del deducible
Centro de enfermería especializada ¹ Hasta 60 días al año	100%	No cubierto
Consultorio médico PCMH PCP	100% después de un copago de \$10	70% del importe permitido, después del deducible
Consultorio médico, médico de atención primaria no perteneciente al modelo PCMH y especialistas	100% después de un copago de \$20	70% del importe permitido, después del deducible
Atención preventiva para adultos y Niños ³	100%	70% del monto permitido, sin deducible
Examen ginecológico de rutina/Prueba de Papanicolaou (uno por año)	100%	70% del monto permitido, sin deducible
Mamografía	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Vacunación pediátrica	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Cirugía ¹ (puede requerirse una preautorización para algunas cirugías ambulatorias)	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Laboratorio/Patología Ambulatoria ⁴	100%	70% del importe permitido, después del deducible

BENEFICIO	EN LA RED/REFERIDO	FUERA DE RED/ AUTORREFERENCIA
Radiografía diagnóstica ambulatoria/ Radiología ^{1,4,5}	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Atención médica domiciliaria ¹ Hasta 200 visitas por año natural	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Terapia física/ocupacional ^{4,5} Terapia del habla Hasta 30 visitas por modalidad, por año calendario	100% después de un copago de \$20	No cubierto
Rehabilitación cardíaca o pulmonar Hasta 36 visitas por modalidad, por año calendario	100% después de un copago de \$20	70% del importe permitido, después del deducible
Equipo médico duradero ¹ Algunos artículos requieren certificación previa.	100%	No cubierto
Ambulancia Transporte de emergencia Transporte no urgente ¹	100% 100%	100% del monto permitido, sin deducible 70% del importe permitido, después del deducible
Maternidad Primera visita obstétrica Hospital	100% 100%	70% del importe permitido, después del deducible 70% del importe permitido, después del deducible
Quiropráctica (Manipulación Espinal) ⁵ Hasta 10 visitas por año calendario	100% después de un copago de \$20	70% del importe permitido, después del deducible
Diálisis/Radioterapia ¹ /Quimioterapia	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Asesoramiento nutricional 6 visitas al año	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Fórmulas nutricionales y Productos alimenticios sólidos para uso médico ¹ Es posible que se requiera una preautorización.	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Enfermería privada ambulatoria ¹ Hasta 360 horas por año calendario	90%	70% del importe permitido, después del deducible
Cuidados paliativos ¹ Hasta 210 días por vida	100%	No cubierto
Servicios del programa de salud conductual y uso de sustancias proporcionados por MHC, Inc. Llame al (800) 255-3081.		
Pacientes hospitalizados ^{6,7}	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Visitas ambulatorias fuera del consultorio ⁶	100%	70% del importe permitido, después del deducible
Paciente ambulatorio ⁶	100% después de un copago de \$20	70% del importe permitido, después del deducible

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

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

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

4. Debe acudir al centro designado por su médico de cabecera para recibir atención médica dentro de la red.

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

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

7. Se requiere preautorización para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la preautorización de servicios relacionados con el comportamiento. Tratamiento de salud/uso de sustancias.

Salud y bienestar (Estilos de vida saludablesSM)— ¡Trabajamos para cuidar tu salud cada día!

La mayoría de la gente suele pensar en su salud y en los beneficios de la atención médica solo cuando está enferma, o una vez al año, cuando le toca su chequeo médico anual. En realidad, deberías pensar en tu salud y en tus beneficios de atención médica todos los días.

He aquí el porqué. Las decisiones que tomas a diario —los alimentos que eliges, usar el cinturón de seguridad, tomar tus medicamentos según las indicaciones de tu médico— pueden tener un impacto significativo en tu salud, ya sea positivo o negativo. Los programas de Independence Healthy Lifestyles Solutions te ofrecen apoyo y orientación para que tomes medidas positivas que mejoren tu salud y tus posibilidades de mantenerte sano.

Desde recompensarte por las decisiones inteligentes que tomas para tu estilo de vida hasta brindarte soluciones personalizadas tan individuales como tú, el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables está diseñado para mantenerte sano. Lo mejor de todo es que los programas son gratuitos para ti y tus dependientes elegibles. Para poder participar en el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables, debe estar inscrito en el plan médico .

Para obtener más información o para inscribirse en cualquiera de los programas del programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables, llame al 800-ASK-BLUE de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. ET y siga las instrucciones del programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables. También puede encontrar información del programa en línea en www.ibx.com o descargando la aplicación móvil de IBX.

¡Consigue una vida saludable Y además, recibe recompensas!

Obtén recompensas por dar pequeños pasos cada día que, sumados, pueden generar grandes cambios en tu salud. Los reembolsos de Soluciones para Estilos de Vida Saludables te ofrecen: •

Hasta \$150 de reembolso en tus cuotas del gimnasio.

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

Con nuestros programas de reembolso, recuperar dinero por llevar una vida saludable es muy fácil. No es necesario inscribirse. Cumples con los requisitos de elegibilidad al completar 120 visitas en un centro autorizado. Simplemente envía tu documentación para solicitar el reembolso de forma rápida y segura.

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

Programa de gestión de la salud para la diabetes con enfermeras guardianas

Si tiene diabetes, puede ser elegible para participar en el Programa de Manejo de la Salud para la Diabetes.

El programa se centra en ayudarle a controlar y tratar la diabetes.

El programa es confidencial y voluntario. Al inscribirse, debe comprometerse a completarlo para recibir todos los beneficios.

Con este programa puedes recibir:

- Asesoramiento telefónico personalizado y revisiones por parte de nuestra enfermera especializada
- Reducción de los copagos de los medicamentos genéricos y de marca para la diabetes
- Información de nutricionistas para aprender a controlar la diabetes

Para obtener más información, puede comunicarse con Guardian Nurses al 888-836-0260.

Para ser elegible, debe inscribirse en el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables. Se aplican restricciones y directrices especiales. Independence Blue Cross administra el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables, y los detalles del programa pueden cambiar en cualquier momento. Llame, visite www.ibx.com o descargue la aplicación móvil de IBX para obtener la información más actualizada sobre el programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables.

Para poder optar a los reembolsos, debe haber contratado la cobertura médica con Independence.

Beneficios para la salud conductual

Su beneficio de salud conductual está cubierto a través de MHC y no forma parte de sus beneficios médicos con su Plan Médico Independence Blue Cross.

MHC está aquí para apoyarte a ti y a tu familia si tienen problemas con el consumo de sustancias o dificultades emocionales o de salud mental. Los profesionales de MHC, con amplia experiencia, te brindarán la mejor atención posible. Para obtener más información sobre los beneficios y servicios de salud conductual disponibles, llama al 800-255-3081 o visita su sitio web: www.mhconsultants.com.

Presente su tarjeta de MHC si necesita tratamiento con un proveedor de salud mental. 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.

Los pedidos para 90 días
disponibles solo en farmacias CVS.

Utilizar el servicio de farmacia
por correo CVS Caremark para
sus medicamentos de
mantenimiento le ahorrará dinero.

Beneficios de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada por CVS Caremark, se activa automáticamente al inscribirse en la cobertura médica del Plan. Puede obtener hasta 30 días de suministro de medicamentos en cualquier farmacia de la red presentando su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de CVS Caremark. Puede obtener hasta 90 días de suministro de medicamentos de mantenimiento directamente en cualquier farmacia CVS o mediante el servicio de pedidos por correo de CVS Caremark. No tendrá derecho a los beneficios de medicamentos recetados si decide no participar en el plan médico.

Sus copagos

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

Existen tres niveles de medicamentos recetados:

- **Genéricos:** Medicamentos recetados que son equivalentes de menor costo a los medicamentos de marca. Están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y contienen 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 incluidos en el formulario se eligen cuidadosamente por su eficacia, seguridad y coste.
- **Medicamentos fuera de formulario:** medicamentos de marca que no están incluidos en el formulario. Usted paga el 100% del costo de los medicamentos fuera de formulario. Medicamentos del formulario.

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

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

Su límite máximo anual de gastos de bolsillo

Existe un límite máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Una vez alcanzado este límite, el plan cubre el 100% del costo de sus medicamentos.

Sus copagos se aplican al límite máximo anual de gastos de bolsillo. Los gastos pagados por medicamentos no cubiertos por el Plan de Medicamentos Recetados no se aplican. Existe un límite máximo anual de gastos de bolsillo independiente para los beneficios médicos.

Los límites máximos anuales de gastos de bolsillo para medicamentos recetados son:

- Individual: \$1,950
- Familiar: \$3,900

¿Qué es un formulario?

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

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

Beneficios dentales

La atención 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, ofrecido a través de Delta Dental, cubre una gama completa de servicios dentales, incluyendo diagnóstico y atención preventiva.

Tabla de beneficios dentales

Deducible	Ninguno
Beneficio máximo anual	\$3,000 por persona al año
Atención preventiva y diagnóstica • Examen bucal, limpieza, radiografías de aleta de mordida (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses • Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites) • Sellantes o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)	100%
Restaurativa básica • Empastes	100%
Odontología restauradora mayor • Reparación de coronas existentes • Incrustaciones, onlays, coronas, restauraciones coladas • Puentes y prótesis dentales	50%
Endodoncia • Conducto radicular	80%
Periodoncia • Tratamiento de encías	80%
Ortodoncia	50% \$1,000 máximo vitalicio

Cómo el uso de un dentista participante puede ahorrarle dinero

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

Procedimiento: Corona	Si usas un dentista participante	Si utiliza un dentista que no participa en la red,
Honorarios del dentista	\$900	\$900
Tarifa contratada por Delta Dental (gasto elegible)	\$700	\$700
El plan paga (el 50% de la tarifa contratada)	\$350	\$350
Usted paga	\$350	\$550 (diferencia entre la tarifa contratada por Delta y los \$900 de honorarios del dentista)

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

Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

Si se estima que su tratamiento costará \$300 o más, pídale a su dentista que calcule los beneficios con Delta Dental antes de comenzar el tratamiento (esto implica evaluar si el tratamiento sugerido es apropiado y determinar cuánto cubrirá el plan). Con esta información previa, sabrá exactamente cuánto pagará el plan y cuánto pagará usted. De esta manera, podrá hacer los arreglos financieros necesarios antes de que comience el tratamiento.

Para predeterminar los beneficios, su dentista debe enviar un formulario de reclamación a Delta Dental describiendo el tratamiento propuesto y los costos estimados. Delta Dental le enviará un estado de cuenta que muestra los servicios cubiertos y el monto que 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.

Por favor, revise la Descripción Resumida de su Plan para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales.

Beneficios de la visión

Cómo funciona el plan

Tiene la opción de recibir atención oftalmológica de un proveedor participante de la National Vision Administrator (NVA) o de cualquier otro especialista en el cuidado de la vista. Sin embargo, obtendrá los máximos beneficios si acude a un oftalmólogo u optometrista participante.

- Cuando utiliza un proveedor participante, recibe los máximos beneficios porque el Plan paga el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina.

Cuando utilice un proveedor que no participe en la red, el Plan le reembolsará los exámenes, las monturas de gafas y los lentes o lentes de contacto. Usted paga el costo total al recibir los servicios. Posteriormente, deberá presentar una reclamación para que se le reembolse la parte del costo que corresponde al Plan.

Lo que paga el plan

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

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

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

El Plan también paga hasta \$60 por lentes y hasta \$60 por armazones, 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 de Visión no cubre:

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

Con el Plan de Visión, use su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta en combinación con ofertas especiales, como cupones o promociones.

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

Hoy en día, el seguro de vida es más que un beneficio que brinda tranquilidad; es una de las necesidades básicas de la vida.

El seguro de vida está diseñado para proteger a tu familia, o a cualquier persona que dependa de tus ingresos, en caso de fallecimiento. El seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) te otorga una indemnización si sufres la pérdida accidental de una extremidad o la vista, y una indemnización a tus beneficiarios si falleces como resultado de un accidente cubierto.

Los dependientes no son elegibles para la cobertura de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento.

Beneficio exclusivo para empleados	
Muerte, natural	\$25,000
Muerte, Accidente	\$25,000 (además de lo anterior)
Prestaciones por desmembramiento	Cantidad específica determinada por la pérdida

No lo olvides: tu beneficiario

Para garantizar que los beneficios se paguen a la persona que usted designe, debe nombrar a su beneficiario y mantener actualizada la información sobre sus beneficiarios a medida que cambien sus circunstancias. Si recientemente cumple con los requisitos o si hay cambios en la situación de sus dependientes, complete el formulario de Censo Demográfico/Información del Beneficiario. Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita un nuevo formulario. Devuelva el formulario a la Oficina del Fondo.

Este beneficio de seguro de vida generalmente solo se paga si usted fallece mientras se encuentra trabajando activamente bajo la cobertura del seguro.

Cualquier prestación por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagadera como resultado de su fallecimiento accidental es igual al monto de su seguro de vida y se paga adicionalmente a la prestación de su seguro de vida.

El monto del beneficio por muerte accidental y desmembramiento 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.

Prestaciones por incapacidad temporal

Si trabaja a tiempo completo, tiene derecho a prestaciones por incapacidad temporal. Estas prestaciones le proporcionan a usted y a su familia un pago semanal adicional si queda incapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

El tiempo específico de prestación por incapacidad temporal se determina según el diagnóstico y las directrices establecidas. Sin embargo, ninguna prestación por incapacidad temporal puede exceder el máximo de 26 semanas. Para que se consideren las prestaciones por incapacidad temporal, debe completar el formulario de solicitud y presentar un certificado médico que acredite su incapacidad para desempeñar sus funciones laborales habituales. Nota: Los proveedores de MHC también pueden certificar la incapacidad.

Si reúne los requisitos, recibirá una prestación semanal equivalente a un porcentaje de su salario habitual, hasta un máximo semanal, mientras esté incapacitado y permanezca bajo el cuidado directo y regular de un médico legalmente cualificado o su atención esté siendo gestionada por un proveedor de salud mental/uso de sustancias de MHC.

Su solicitud de incapacidad temporal comienza el cuarto día hábil posterior a su visita al médico como consecuencia de su incapacidad. No se abonarán prestaciones por incapacidad temporal durante el período en que haya faltado al trabajo antes de su visita al médico.

Los formularios de incapacidad temporal deben presentarse a tiempo. Si se encuentra de baja laboral por una incapacidad continua que supera el mes, deberá presentar los formularios de continuación (formularios azules) periódicamente, generalmente una vez al mes. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos y fechas límite. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario. Solo se le acreditará la elegibilidad mientras reciba las prestaciones por incapacidad temporal.

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

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

“Médico legalmente calificado” incluye a los Doctores en Medicina (MD), Doctores en Osteopatía (DO), Doctores en Cirugía Dental (DDS), Doctores en Medicina Dental (DMD) o Doctores en Medicina Podiátrica (DPM).

Toda solicitud de prestación por incapacidad temporal debe presentarse ante la Oficina del Fondo dentro de los 60 días posteriores a la fecha inicial de su incapacidad. Asegúrese de que todas las secciones estén completas y firmadas por usted, su empleador y su médico tratante antes de enviarlas a la Oficina del Fondo.

Avisos importantes

El Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR del Sindicato SEIU Local 32 BJ (en adelante, "el Fondo") tiene la obligación de proporcionarle los siguientes avisos importantes. Por favor, revíselos cuidadosamente para que comprenda sus derechos y responsabilidades.

Derechos especiales de inscripción según HIPAA

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) rechazan la inscripción en el plan de seguro médico debido a que cuentan con otra cobertura, es posible que en el futuro puedan inscribirse, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y presenten la documentación que lo acredite. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o acogimiento en proceso de adopción, es posible que puedan inscribirse, junto con sus dependientes, en el plan de seguro médico, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, la adopción o el acogimiento en proceso de adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un nacimiento, es posible que puedan inscribirse, junto con sus dependientes, en el plan de seguro médico, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento.

El Fondo también ofrecerá una oportunidad especial de inscripción si usted o sus dependientes elegibles cumplen con alguno de los siguientes requisitos:

- Pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple con los requisitos, o
- Cumplir los requisitos para el programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha de Medicaid/

Cambio en los requisitos de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta prórroga de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debidas a cambios en los requisitos de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Los documentos de inscripción deben completarse y toda la documentación que acredite la condición de dependiente debe presentarse al Plan dentro de los 31, 60 o 90 días posteriores a la solicitud de Inscripción Especial. Si no puede completar los documentos de inscripción y presentar la documentación que acredite la condición de dependiente dentro del plazo establecido (por ejemplo, si necesita tiempo adicional para obtener el acta de nacimiento de un recién nacido), el plazo podría extenderse.

COBRA

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

- Usted rescinde el contrato de trabajo por cualquier motivo (que no sea una falta grave), o
- Se te reducen las horas de trabajo.

COBRA también permite que sus dependientes elegibles continúen con su cobertura médica hasta por 36 meses si la cobertura finalizaría de otro modo debido a:

- Mueres,
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente,
- Usted cumple los requisitos 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 su finalización o 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde. La cobertura continua entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que causó su finalización, siempre que pague la prima correspondiente. Solo puede continuar con la cobertura que estaba vigente un día antes del evento. Sin embargo, puede modificar sus opciones 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 efectuar pagos mensuales de primas.

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

En general, la ley federal no permite que los planes de salud grupales y las aseguradoras restrinjan la cobertura de la hospitalización relacionada con el parto a menos de 48 horas tras un parto vaginal o a menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico tratante, tras 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 estancia 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, sus compañías de seguros y las HMO proporcionen ciertos beneficios a las pacientes que se someten a una mastectomía y optan por la reconstrucción mamaria. En el caso de una participante del plan que recibe beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante para:

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

Las prestaciones por reconstrucción mamaria están sujetas a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con las establecidas para otras prestaciones del plan.

Recordatorio del aviso de privacidad HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exigen que el Plan de Bienestar del Distrito 36 BOLR de SEIU Local 32 BJ (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 de fácil acceso. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR de SEIU Local 32 BJ y sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos 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. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu cobertura actual y

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

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

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

La cobertura de medicamentos recetados que ofrece SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR Welfare Plan, en promedio para todos los participantes del plan, tiene un costo equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditada. Dado que su cobertura actual es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantenerla sin pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede usted inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin que sea culpa suya, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en 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 siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del Plan de Bienestar BOLR del Distrito 36 de SEIU Local 32BJ. Su cobertura actual cubre otros gastos de salud además de los medicamentos recetados y, siempre que siga cumpliendo con las normas de elegibilidad del Fondo, seguirá teniendo derecho a recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados, incluso si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted 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 forma secundaria después de que este Plan haya pagado sus beneficios.

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

¿Cuándo pagará una prima (penalización) más alta por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores al final de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados válida, su prima mensual podría aumentar al menos un 1% de la prima base de Medicare para beneficiarios por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura válida, su prima podría ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base de Medicare para beneficiarios. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta octubre del año siguiente para inscribirse.

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

Póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener más información.

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

Para obtener más información sobre sus opciones de 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. Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

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

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

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

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalización).

Información importante

La siguiente tabla proporciona información importante sobre este Aviso de Medicare Parte D.

Fecha	Se proporciona al momento de la contratación y anualmente a partir de entonces.
Nombre de la entidad remitente	Fondo de Bienestar del Distrito 36 de la SEIU 32 BJ
Contacto – Puesto/Oficina	John J. Rongione, Administrador
DIRECCIÓN	1515 Market Street 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 bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP y tienen cobertura médica a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarles a costear la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP, no podrán acceder a estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podrían adquirir un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que aparece en la lista a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, además de los requisitos de su plan de seguro médico a través de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine su elegibilidad para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de seguro médico de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-EBSA (3272).

La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos.

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

Para saber si su estado cuenta con un programa de asistencia para el pago de primas, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

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

www.seiu36.com



Octubre de 2025

Union Bug