



www.seiu36.com



È tempo di iscrizioni aperte!

2026
Guida ai vantaggi

**Hai tempo solo fino al 19 dicembre per
iscriverti ai vantaggi 36Phlex per il 2026!**

MODULI DI ISCRIZIONE APERTI

I moduli da compilare per l'iscrizione si trovano nelle prossime pagine di questa guida e nella pagina Contatti e risorse (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) sul nostro sito web. I moduli sul sito possono essere

compilati online. Dovrai solo stamparli, firmarli e inviarli per posta all'ufficio del Fondo.



Puoi utilizzare il codice QR qui sopra per accedere direttamente al nostro sito. Apri l'app della fotocamera sul tuo smartphone o tablet e seleziona la fotocamera posteriore. Inquadra il codice con la fotocamera. Dovrebbe apparire una notifica. Cliccaci sopra e verrai indirizzato al nostro sito web. Assicurati di essere connesso a Internet.

Consulta le istruzioni nella parte superiore di ogni modulo per capire quali moduli devi compilare e rispedire all'ufficio del Fondo.

PROMEMORIA IMPORTANTE: compila solo i moduli che ti riguardano.

E assicurati di rivedere il resto della Guida a per aiutarti con l'iscrizione alla copertura assicurativa nel 2026. Quest'anno abbiamo aggiornato la Guida per renderla più facile da usare.

Domande? Contatta l'ufficio del Fondo.

Cosa c'è dentro

Panoramica delle iscrizioni aperte	2
Informazioni di base	3
Le opzioni del tuo piano medico	4
Salute e benessere (stili di vita saniSM)— Lavoriamo per sostenere la tua salute ogni giorno!	6
Benefici per la salute comportamentale	7
Uno sguardo ai vantaggi del piano High Option	8
Uno sguardo ai vantaggi del piano base.....	9
Termini importanti.....	10
Benefici dei farmaci da prescrizione	11
Prestazioni odontoiatriche	12
Benefici per la vista	14
Assicurazione sulla vita e assicurazione contro morte e mutilazione accidentale (AD&D)	16
Prestazioni di invalidità a breve termine	17
Conti di spesa flessibili	18
Avvisi importanti	20

Questa Guida all'Iscrizione è disponibile in albanese, cinese, tedesco, italiano, polacco e spagnolo sul nostro sito web. Consultate la sezione "Documenti e Moduli" della pagina "Contatti e Risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Si prega di notare che i moduli sono disponibili solo in inglese.

La registrazione delle modifiche è disponibile nella sezione dedicata a Internet. Vai alla sezione "Documenti e formulari" e alle domande frequenti "Contatti e documenti" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vetëm in inglese.

yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy yyy yyyyy
jy(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)jyyj yyyyyyyyyj

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in deutscher Sprache 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.

Questa guida all'iscrizione è disponibile in italiano sul nostro sito web. Vai alla sezione "Documenti e moduli" della pagina "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 naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji "Dokumenty i formularze" nella sezione "Kontakty i zasoby" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Questa guida di iscrizione è disponibile in spagnolo nel nostro sito web. Vai alla sezione "Documenti e formulari" della pagina "Contatti e risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tieni presente che i moduli sono disponibili solo in inglese.

Hai bisogno di un modulo?

**Consulta la prima
pagina di questa**

Guida e il nostro sito web!

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

pagina (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) sul
nostro sito web. I moduli
presenti sul sito possono
essere compilati online. Sarà
sufficiente stamparli, firmarli
e inviarli per posta all'ufficio
del Fondo.



Ogni modulo indicherà le
condizioni in base alle quali
è necessario compilarlo.

Compilare solo i moduli
pertinenti al proprio caso.
Strappare ogni modulo
compilato lungo il bordo
perforato e inviarlo per
posta all'ufficio del Fondo
utilizzando la busta di ritorno inclusa in questa guida.

36Phlex Phact!

RICORDA: Scegli con
attenzione! Una volta
terminato il periodo di
iscrizione aperta, non potrai
modificare le tue scelte fino
al prossimo periodo di
iscrizione aperta nell'autunno
2026, per una copertura
valida dal 1° gennaio 2027,
a meno che tu non abbia
un cambio di stato qualificato.

Panoramica delle iscrizioni aperte

Ottobre 2025

In questa Guida e nei materiali allegati troverai le informazioni, i moduli e le istruzioni necessarie per iscriverti alla copertura dei benefici del Piano 36Phlex nel 2026.

L'iscrizione aperta è la tua opportunità annuale per rivedere la tua copertura e apportare modifiche ai benefit che scegli o ai familiari a carico che copri. Al di fuori dell'iscrizione aperta, ti è consentito apportare modifiche solo se sono il risultato di un cambiamento di vita qualificato (un "evento qualificante") come descritto di seguito. Ti preghiamo di esaminare il materiale allegato e di considerare le tue esigenze e quelle della tua famiglia prima di prendere decisioni in merito all'iscrizione. Se desideri apportare modifiche alla tua copertura dei benefit o allo stato dei familiari a carico, restituisci il modulo di iscrizione Phlex compilato all'ufficio del Fondo entro e non oltre il 19 dicembre 2025.

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

Domande?

Per qualsiasi domanda non esitate a contattare l'Ufficio Fondi Previdenziali. Potete contattarci al numero (215) 568-3262, interno 1400 o al numero (800) 338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale). Potete anche recarvi presso l'ufficio del Fondo SEIU Local 32 BJ, Distretto 36, situato in Market Street 1515, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, per parlare con uno dei nostri rappresentanti. Assicuratevi di contattarci telefonicamente prima di venire.

IMPORTANTE: Promemoria di modifica dello stato

È possibile aggiungere o rimuovere persone a carico o apportare altre modifiche alla copertura dei benefici al di fuori dell'iscrizione aperta SOLO se si verifica un evento qualificante. Un evento qualificante significa che tu o una persona a carico subite un cambiamento di vita che influisce sulla gestione dei benefit. Alcuni esempi includono il matrimonio, il parto o il divorzio. In questi casi, potrebbe essere necessario aggiungere o rimuovere persone a carico dalla copertura del Fondo.

Per tutti gli eventi qualificanti, è necessario fornire la documentazione del cambio di stato (ad esempio un certificato di nascita o di matrimonio). **L'Ufficio del Fondo DEVE ricevere la documentazione entro 31 giorni dall'evento qualificante (90 giorni per la nascita del figlio; o 60 giorni se si perde la copertura Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si è più idonei, o si diventa idonei per un programma statale di assistenza ai premi assicurativi nell'ambito di Medicaid o CHIP).** Si prega di consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano o di contattare l'Ufficio del Fondo per ulteriori informazioni sugli eventi qualificanti.

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

Questo documento e il materiale allegato al tuo pacchetto di iscrizione forniscono una descrizione sintetica dei tuoi benefit del Fondo di Previdenza Sociale BOLR del SEIU Local 32BJ, Distretto 36 e delle modifiche che entreranno in vigore il 1° gennaio 2026. Questi materiali integrano altre descrizioni dei benefit del tuo Piano. Le modifiche descritte in questi documenti e nel materiale allegato sono in vigore dal 1° gennaio 2026. Il Fondo si augura di continuare a fornire il Piano e i benefit menzionati in questi documenti e descritti nel tuo opuscolo sui benefit a tempo indeterminato, ma si riserva il diritto di modificare, sospendere o terminare il Piano, in tutto o in parte, in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Né la ricezione di questo pacchetto di iscrizione né l'iscrizione a uno qualsiasi dei benefit offerti dal Piano costituiscono un contratto di lavoro. Ti preghiamo di leggere attentamente questi documenti e di conservare queste importanti informazioni insieme agli altri materiali relativi ai benefit per riferimento futuro.

Fatti di base

Chi è idoneo?

Hai diritto al Piano 36Phlex se lavori in un impiego coperto e il tuo datore di lavoro è tenuto, tramite un contratto collettivo di lavoro, a versare contributi per tuo conto al Fondo.

Se hai diritto a partecipare al Piano 36Phlex, puoi anche iscrivere i tuoi familiari aventi diritto alle prestazioni mediche, odontoiatriche e oculistiche. I tuoi familiari aventi diritto includono:

- Il tuo coniuge legale (incluso il coniuge dello stesso sesso)
- Bambini dalla nascita fino a 26 anni
- Figliastri fino a 26 anni
- Bambini adottati (dalla data di collocamento nella tua casa) fino all'età di 26 anni
- Bambini dati in adozione
- Bambini di età superiore ai 26 anni incapaci di mantenere un impiego a causa di disabilità mentale o handicap fisico

Qualsiasi figlio per il quale si assume gratuitamente il mantenimento non sarà considerato a carico.

Iscrizione dei familiari a carico

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

- **Modulo di iscrizione per i familiari a carico** (ricordarsi di compilare entrambi i lati)
- **Stato dipendente dal documento** : esempi di documentazione includono:
 - Licenza di matrimonio statale valida per il coniuge
 - Certificato di nascita statale valido che indichi entrambi i genitori per i figli naturali o figliastri sotto i 26 anni
 - Prova di adozione per un bambino adottato legalmente di età inferiore ai 26 anni
 - Se è necessario aggiungere i figli di età inferiore ai 26 anni a seguito di un ordine di mantenimento medico qualificato per i figli, si prega di fornire una copia dell'ordine
 - Prova del numero di previdenza sociale
 - Se hai un figlio che deve rimanere assicurato oltre i 26 anni a causa di una disabilità fisica o mentale che lo rende incapace di provvedere a se stesso, l'Ufficio del Fondo richiederà periodicamente la documentazione relativa alla sua disabilità. Questa informazione deve essere fornita entro 31 giorni dal compimento del 26° anno di età del figlio.

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

Ogni modifica apportata al proprio stato di persona a carico deve essere completata e restituita all'ufficio del Fondo nella busta affrancata e preindirizzata allegata entro il 19 dicembre 2025. Se non si aggiunge o si elimina una persona a carico durante l'iscrizione aperta, è necessario attendere che tu o la persona a carico si verifichi un evento qualificante.

Ordine di mantenimento medico qualificato per i figli (QMCSO)

Se sei tenuto a fornire il mantenimento dei figli e la copertura sanitaria ai sensi di un Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), contatta l'Ufficio del Fondo per una spiegazione delle informazioni richieste. Un QMCSO è qualsiasi sentenza, decreto o ordinanza emessa dal tribunale che ti imponga di fornire la copertura sanitaria per un figlio. Per ulteriori informazioni sulle procedure di gestione dei QMCSO, contatta l'Ufficio del Fondo.

36Phlex Phact!

Entrambi i piani sanitari richiedono la scelta di un medico di base e l'ottenimento di una prescrizione per determinati servizi.

Potrebbe anche essere necessario ricevere

determinati servizi da centri designati dai medici di base affinché siano coperti.

Se NON si sceglie un PCP, i benefici del piano potrebbero essere limitati o non essere erogati affatto.

Se cambi piano sanitario, verifica che il tuo medico accetti nuovi pazienti e sia un medico di base partecipante.

Le tue opzioni di piano medico

Puoi scegliere tra due piani sanitari e un'opzione di opt-out. Sebbene entrambi i piani sanitari offrano copertura per le cure mediche necessarie, funzionano in modo molto diverso. È importante che tu comprenda ciascun piano prima di decidere quale opzione sia la migliore per te e i tuoi familiari a carico.

Per essere coperti da uno dei due piani, i servizi o le forniture mediche che ricevi devono essere necessari, appropriati e idonei dal punto di vista medico. Tuttavia, alcuni servizi e forniture non sono coperti, mentre i benefici per altri servizi sono limitati. Consulta la Descrizione Riepilogativa del Piano per maggiori dettagli su ciò che è coperto e ciò che non lo è.

Le tue scelte di piano sanitario

- **Piano High Option** : si tratta di un piano Direct Point of Service (DPOS). Scegliendo il piano High Option, avrai meno PhlexPoints da spendere per altri benefit.
- **Piano Base** : si tratta di un piano HMO (Health Maintenance Organization). Se scegli il piano Base più economico, il Fondo ti trasferirà i risparmi sotto forma di PhlexPoints extra, che potrai spendere per altri benefit.
- **Rinuncia** : se hai un'altra copertura sanitaria tramite un altro datore di lavoro o il tuo coniuge, puoi scegliere di rinunciare al piano sanitario del Fondo e utilizzare i tuoi Punti Phlex per altri benefit. Se scegli di rinunciare, dovrai compilare un modulo di Prova di Altra Copertura. Dovrai fornire queste informazioni al Fondo ogni anno, per tutto il tempo in cui desideri rinunciare alla copertura. Questa opzione è quella che ti consente di ottenere il maggior numero di Punti Phlex.

Non dimenticare la prevenzione

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

Il primo passo è programmare la visita medica annuale con il tuo medico di base. Chiedi a quali esami e screening devi sottoporerti. Ad esempio, l'American Cancer Society raccomanda di iniziare a sottoporsi a screening per il cancro del colon-retto a partire dai 45 anni. Controlli regolari del colesterolo per individuare eventuali segni di coronaropatia. E visite annuali di controllo possono individuare precocemente il cancro al seno.

La prevenzione è semplice e conveniente. La maggior parte dei servizi preventivi è coperta al 100%, a condizione che ci si rivolga a un fornitore convenzionato.

Se non hai un medico di base (PCP), puoi trovarne uno online su www.ibx.com oppure puoi contattare Independence Member Services al numero (800) 275-2583.

Differenze chiave tra il piano High Option e il piano base

La tabella seguente riassume le principali differenze tra i due piani sanitari. Leggi il resto di questa guida per una descrizione dettagliata di ciascun piano.

Piano High Option	Piano base
Devi eleggere un PCP quando ti iscrivi	
Puoi rivolgerti ai medici e agli ospedali che preferisci. Rimanere nella rete riduce i costi a tuo carico.	Il tuo medico di base deve fornirti assistenza o indirizzarti agli specialisti HMO
La franchigia si applica ai clienti fuori rete/ solo servizi di assistenza auto-riferiti; la franchigia annuale è di \$ 250 a persona e \$ 500 a famiglia	Nessuna franchigia
La maggior parte dei servizi sono coperti al 100% in rete, senza franchigia	La maggior parte dei servizi coperti al 100%
Servizi ospedalieri per pazienti ricoverati in rete coperti al 100%, senza franchigia	Servizi ospedalieri per pazienti ricoverati coperti al 100%, dopo un copagamento di \$ 100 al giorno (copagamento massimo: \$ 500 per ricovero)
Intervento chirurgico di sostituzione del ginocchio e dell'anca presso il Blue Distinction Center + copertura al 100%; servizi presso altre strutture della rete coperti al 70%; non coperti fuori dalla rete	Intervento chirurgico di sostituzione del ginocchio e dell'anca presso il Blue Distinction Center + copertura al 100%; servizi presso altre strutture della rete coperti al 70%; non coperti fuori dalla rete
Si paga un ticket di \$ 10 per le visite mediche presso il PCMH e di \$ 20 per le visite mediche presso gli ambulatori di medici non PCMH	Si paga un co-pagamento di \$ 15 per le visite mediche PCMH e \$ 30 per le visite ambulatoriali di medici non PCMH (inclusi i medici di base) e \$ 40 per gli specialisti
Per quei servizi coperti quando forniti da un fornitore fuori rete, il Piano paga il 70% dopo la franchigia per la maggior parte delle spese ammissibili	Nessun vantaggio fuori dalla rete
L'importo massimo annuo a carico del paziente è di \$ 6.750 a persona e \$ 13.500 a famiglia.	L'importo massimo annuo a carico del paziente è di \$ 6.750 a persona e \$ 13.500 a famiglia.

36Phlex Phact!

Per essere idonei, è necessario iscriversi al programma Healthy Lifestyles Solutions. Si applicano restrizioni e linee guida speciali. Il programma Healthy Lifestyles Solutions è gestito da Independence Blue Cross e i dettagli del programma possono variare in qualsiasi momento. Chiamate, visitate il sito www.ibx.com o scaricate l'app mobile IBX per ottenere le informazioni più aggiornate sul programma Healthy Lifestyles Solutions.

36Phlex Phact!

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

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

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

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

Dal rimborso per le scelte di vita intelligenti che fai alla fornitura di soluzioni personalizzate, adatte a te, il programma Healthy Lifestyles Solutions è progettato per mantenerti in salute. E soprattutto, i programmi sono gratuiti per te e per i tuoi familiari aventi diritto.

Per poter partecipare al programma Healthy Lifestyles Solutions è **necessario essere iscritti a uno dei 36 piani sanitari Phlex**.

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

Diventa sano E anche premiato!

Ottieni una ricompensa per i piccoli passi compiuti ogni giorno, che possono apportare grandi cambiamenti alla tua salute. I rimborsi di Healthy Lifestyles Solutions ti offrono:

• Fino a 150 \$ di rimborso

- \$ 150 di rimborso su un programma di gestione del peso approvato
- \$ 150 di rimborso per programmi che ti aiutano a smettere di fumare

Con i nostri programmi di rimborso, puoi facilmente ottenere un rimborso per uno stile di vita sano. Non è richiesta alcuna iscrizione. Soddisfi i requisiti di idoneità al completamento di 120 visite presso una struttura approvata. Invia semplicemente la tua documentazione per richiedere il rimborso in modo rapido e sicuro.

Nota: questi programmi sono gestiti da Independence Blue Cross. È necessario essere coperti da Independence al momento della richiesta di rimborso.

Il programma di gestione sanitaria per il diabete con gli infermieri Guardian

Se soffri di diabete, potresti avere diritto a partecipare al Programma di Gestione della Salute per il Diabete.

Il programma si concentra sull'aiutarti a gestire e curare il diabete.

Il programma è riservato e volontario. Al momento dell'iscrizione, è necessario accettare di completarlo per poter usufruire di tutti i vantaggi.

Nell'ambito del programma potrai ricevere:

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

Per ulteriori informazioni, è possibile contattare Guardian Nurses al numero 888-836-0260.

Benefici per la salute comportamentale

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

MHC è qui per supportare te e la tua famiglia che lottate contro l'abuso di sostanze o avete problemi di salute emotiva o mentale. I professionisti esperti di MHC vi offriranno la migliore assistenza e attenzione possibili. Per saperne di più sui benefici e i servizi per la salute comportamentale a vostra disposizione, chiamate il numero 800-255-3081 o visitate il sito web www.mhconsultants.com.

Mostra la tua tessera MHC se hai bisogno di un trattamento con un professionista della salute comportamentale. Contatta direttamente MHC al numero 800-255-3081 per parlare con un Case Manager MHC.

MHC può aiutare con problemi come: •

Ansia/Stress • Uso di
sostanze

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

Un'istantanea dei vantaggi del piano High Option

Questa tabella offre una rapida panoramica del Piano Medico High Option. Per informazioni complete sui vantaggi del Piano High Option, consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano.

BENEFICIO	IN-NETWORK/RIFERITO	FUORI RETE/AUTO-Riferito
Franchigia annuale	N / A	\$ 250/persona; \$ 500/famiglia
Massimo annuo di spesa diretta ⁸	\$ 6.750/persona; \$ 13.500/famiglia	\$ 6.750/persona; \$ 13.500/famiglia
Visite mediche domiciliari incentrate sul paziente	100%, dopo un copagamento di \$ 10	70% dopo la franchigia
Visite mediche (non PCMH) Servizi primari e specialistici	100%, dopo un copagamento di \$ 20 (presso un fornitore non-PCMH)	70% dopo la franchigia
Esame ginecologico di routine/Pap test 1 per anno solare	100%	70%, nessuna franchigia
Mammografia	100%	70% dopo la franchigia
Vaccinazioni pediatriche	100%	70% dopo la franchigia
Terapia fisica, occupazionale o logopedica ⁴ , 5 fino a 30 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 20	Non coperto
Riabilitazione cardiaca o polmonare fino a 36 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 20	70% dopo la franchigia
Chiropratica (manipolazione spinale) ⁵ fino a 10 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 20	70% dopo la franchigia
Degente ospedaliero ¹	100%	70% dopo la franchigia fino a 70 giorni per anno solare
Sostituzione del ginocchio e dell'anca ² , Centro Distinzione Blu + Tutte le altre strutture	100% 70%	Non coperto Non coperto
Cure urgenti	Copagamento di \$40	70% dopo la franchigia
Pronto soccorso Visita al pronto soccorso 1 e 2	Copagamento di \$ 100 (non rimborsabile in caso di ammissione)	Copagamento di \$ 100, senza franchigia (rinunciato in caso di ammissione)
Visita al pronto soccorso 3 più	Copagamento di \$ 200 (non rimborsabile in caso di ammissione)	Copagamento di \$ 200, senza franchigia (rinunciato in caso di ammissione)
Laboratorio ambulatoriale/patologia ⁴	100%	70% dopo la franchigia
Dialisi/Radiazione/Chemioterapia	100%	70% dopo la franchigia
Assistenza sanitaria domiciliare ¹ fino a 200 visite per anno solare	100%	70% dopo la franchigia
Cure palliative ¹ fino a 210 giorni per tutta la vita	100%	Non coperto
Struttura infermieristica specializzata ¹ fino a 60 giorni per anno solare	100%	Non coperto
Chirurgia ambulatoriale (per alcuni interventi ambulatoriali potrebbe essere richiesta la precertificazione) ¹	100%	70% dopo la franchigia
Radiologia ambulatoriale ¹ , 4, 5	100%	70% dopo la franchigia
Attrezzatura medica durevole ¹	100%	Non coperto
Ambulanza Trasporto di emergenza Trasporto non di emergenza ¹	100% 100%	100%, nessuna franchigia 70% dopo la franchigia
Assistenza infermieristica privata ambulatoriale ¹ fino a 360 ore per anno solare	90%	70% dopo la franchigia
Programma per la salute comportamentale/uso di sostanze (copertura per assistenza psichiatrica e uso di sostanze) NOTA: il programma <u>non fa parte</u> del piano sanitario. Chiamare MHC al numero (800) 255-3081.		
Visite	100%	70% dopo la franchigia
ambulatoriali non ambulatoriali ⁶ , 7,	100%	70% dopo la franchigia
ricovero ⁶ , ambulatoriali ⁶	100%, dopo un copagamento di \$ 20	70% dopo la franchigia

1 Per questi servizi è richiesta la pre-certificazione. Per ulteriori informazioni sui servizi che richiedono la pre-certificazione, contattare il dipartimento servizi ai soci di Keystone HPE (Independence Blue Cross).

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

3 È necessario rivolgersi al medico di base (PCP) scelto.

4 È necessario recarsi presso il sito designato dal PCP affinché le cure vengano prese in considerazione nella rete.

5 È richiesta la segnalazione del medico di base (PCP).

6 Servizi in-network gestiti da MHC, Inc., non da Keystone o AmeriHealth. Contattare MHC per un elenco dei fornitori della rete. Chiamare MHC al numero 800-255-3081 o visitare il sito web di HMC all'indirizzo www.mhconsultants.com.

7 È richiesta la pre-certificazione per questi servizi. Contattare MHC per ulteriori informazioni sulla pre-certificazione dei servizi relativi alla salute comportamentale/trattamento per l'abuso di sostanze.

8 Il massimale annuo di spesa a carico del paziente include le spese per coprire la franchigia annuale, nonché le spese sostenute per copagamenti e coassicurazioni durante l'anno. Esiste un massimale a carico del paziente separato per i farmaci da prescrizione (vedere pagina 11).

Un'istantanea dei vantaggi del piano base

Questa tabella offre una rapida panoramica del Piano Medico Base. Il Piano Base prevede solo la copertura all'interno della rete. Sono necessarie segnalazioni. NON è prevista alcuna copertura per fornitori o strutture fuori dalla rete. Per informazioni complete sui vantaggi del Piano Base, consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano.

BENEFICIO	IN RETE
Importo massimo annuo a carico del destinatario***	\$ 6.750/persona; \$ 13.500/famiglia
Visite mediche³	Fornitore PCMH: 100%, dopo un copagamento di \$ 15 PCP non-PCMH: 100%, dopo un copagamento di \$ 30; Specialista: 100% dopo un copagamento di \$ 40
Esame ginecologico di routine/Pap test 1 per anno solare; non è necessario alcun rinvio	100%
Screening mammografico: non è necessaria alcuna richiesta	100%
Vaccinazioni pediatriche	100%
Terapia fisica e occupazionale^{4, 5} fino a 30 visite combinate per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 40
Riabilitazione cardiaca e polmonare⁵ fino a 36 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 40
Logopedia⁵ fino a 20 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 40
Chiropratica (manipolazione spinale)⁵ fino a 20 visite per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 40
Degente ospedaliero¹	100%, dopo un copagamento di \$ 100 al giorno; (Copagamento massimo: \$ 500 per ingresso)
Sostituzione del ginocchio e dell'anca^{1, 2} Centro Distinzione Blu + Tutte le altre strutture	100% 70%
Cure urgenti	Copagamento di \$ 50
Pronto soccorso Visita al pronto soccorso 1 e 2 Visita al pronto soccorso 3 più	Copagamento di \$ 100 (non annullato in caso di ammissione) Copagamento di \$ 200 (non annullato in caso di ammissione)
Laboratorio ambulatoriale/patologia^{4, 5}	100%
Dialisi/Radiazione/Chemioterapia⁵	100%
Assistenza sanitaria domiciliare¹	100%
Cure palliative¹	100%
Struttura infermieristica specializzata¹ fino a 120 giorni per anno solare	100%, dopo un copagamento di \$ 50 al giorno; (Copagamento massimo: \$ 250 per ingresso)
Chirurgia ambulatoriale⁵	100%, dopo \$ 50 di copagamento
Radiologia ambulatoriale^{4, 5}	Routine/Diagnostica: 100%, dopo un copagamento di \$ 40 Risonanza magnetica/angiografia cerebrale, TAC/TC, PET: 100% dopo un copagamento di \$ 80
Apparecchiature mediche e protesi durevoli^{1, 5}	70%
Ambulanza (i servizi di ambulanza non di emergenza richiedono la precertificazione)	100%
Assistenza infermieristica privata ambulatoriale^{1, 5} fino a 360 ore all'anno	90%
Programma per la salute comportamentale/uso di sostanze (copertura per assistenza psichiatrica e uso di sostanze) NOTA: il programma non fa parte del piano sanitario. Chiamare MHC al numero (800) 255-3081.	
Degente^{6, 7}	100%, dopo un copagamento di \$ 100 al giorno (Copagamento massimo: \$ 500 per ingresso)
Visite ambulatoriali non ambulatoriali⁶	100%
Ambulatoriale	100%, dopo un copagamento di \$ 30
Non vengono erogati benefici per i servizi fuori rete.	

1 Per questi servizi è richiesta la pre-certificazione. Per ulteriori informazioni sui servizi che richiedono la pre-certificazione, contattare il dipartimento servizi ai soci di Keystone HPE (Independence Blue Cross).

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

3 È necessario rivolgersi al medico di base (PCP) scelto.

4 È necessario recarsi presso il sito designato dal PCP affinché le cure vengano prese in considerazione nella rete.

5 È richiesta la segnalazione del medico di base (PCP).

6 Servizi in-network gestiti da MHC, Inc., non da Keystone o AmeriHealth. Contattare MHC per un elenco dei fornitori della rete. Chiamare MHC al numero 800-255-3081 o visitare il sito web di HMC all'indirizzo www.mhconsultants.com.

7 È richiesta la pre-certificazione per questi servizi. Contattare MHC per ulteriori informazioni sulla pre-certificazione dei servizi relativi alla salute comportamentale/trattamento per l'abuso di sostanze.

8 Il massimale annuo di spesa a carico del paziente include le spese per coprire la franchigia annuale, nonché le spese sostenute per copagamenti e coassicurazioni durante l'anno. Esiste un massimale a carico del paziente separato per i farmaci da prescrizione (vedere pagina 11).

Termini importanti

Copagamento annuo massimo—

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

Centro Distinzione Blu + —

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

Coassicurazione—

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

Copagamento—

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

Franchigia—

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

Fornitori in-network—

sono un gruppo selezionato di fornitori e strutture che hanno accettato di applicare tariffe negoziate per i loro servizi. Quando ti rivolgi a questi fornitori, ricevi "assistenza in-network".

Spese mediche necessarie—

Sono coperti dai piani se si tratta di servizi o forniture considerati necessari e appropriati e coperti dal piano. Alcuni servizi e forniture non sono coperti affatto, mentre i benefici per altri servizi (come la chiropratica) sono limitati. Inoltre, la spesa deve essere sostenuta mentre il paziente è coperto dal piano, salvo diversa disposizione specifica.

Fornitori fuori rete (solo piano High Option)—

sono medici, operatori sanitari o strutture che non fanno parte del gruppo selezionato di fornitori nell'ambito del Piano High Option.

Casa medica incentrata sul paziente (PCMH)—

Blue Cross ha individuato alcuni medici, inclusi i medici di base, che aderiscono a un Patient-Centered Medical Home (PCMH). Un PCMH è uno studio o un gruppo di medici che collaborano per coordinare e personalizzare al meglio le cure. Ricevere assistenza presso un PCMH e scegliere un medico PCMH come medico di base vi farà risparmiare denaro.

Indennità del piano (solo piano High Option)—

è l'importo che il piano paga per un servizio medico specifico in un'area geografica designata. Sei responsabile delle spese superiori alla franchigia del piano se non utilizzi un fornitore di rete.

Medico di base (PCP)—

A volte viene definito "medico di famiglia". È il medico che fornisce il primo contatto in caso di problemi di salute. Il medico di base fornisce anche assistenza continua e indirizza a specialisti, se necessario. Blue Cross ha designato alcuni medici come "medici di base"; è necessario consultare l'elenco dei medici Blue Cross per selezionarne uno idoneo.

Assistenza sanitaria auto-riferita (solo piano High Option)—

è l'assistenza che non ricevi dal tuo medico di base o l'assistenza che ricevi senza una segnalazione da parte del tuo medico di base. Questo è il modo più costoso per ricevere assistenza. Per le cure auto-riferite, il piano generalmente paga il 70% dell'indennità del piano dopo aver raggiunto la franchigia annuale.

Benefici dei farmaci da prescrizione

La copertura per i farmaci con obbligo di ricetta, fornita tramite CVS Caremark, inizia automaticamente al momento dell'iscrizione alla copertura medica con una delle opzioni del piano 36Phlex. È possibile ottenere una fornitura di farmaci per un massimo di 30 giorni recandosi in qualsiasi farmacia convenzionata e mostrando la tessera identificativa CVS Caremark per i farmaci con obbligo di ricetta. È possibile ottenere una fornitura di farmaci di mantenimento per un massimo di 90 giorni recandosi direttamente in qualsiasi farmacia CVS o tramite la farmacia CVS Caremark per corrispondenza. **Non si avrà diritto ai benefici per i farmaci con obbligo di ricetta se si rinuncia al piano medico.**

I tuoi copagamenti

Ogni volta che si ritira una ricetta, si pagherà un ticket a seconda della classificazione del farmaco.

Esistono tre livelli di farmaci soggetti a prescrizione medica:

- **Generici:** farmaci da prescrizione che sono l'equivalente più economico dei farmaci di marca. Sono approvati dalla Food and Drug Administration statunitense e contengono gli stessi principi attivi dei loro equivalenti di marca.
- **Formulario:** elenco di farmaci di marca scelti da un gruppo di medici e farmacisti.
I farmaci presenti nel prontuario sono attentamente selezionati in base alla loro efficacia, sicurezza e costo.
- **Non presenti nel formulario:** farmaci di marca non presenti nel formulario. Paghi il 100% del costo dei farmaci non presenti nel formulario, farmaci da formulario.

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

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

Il tuo massimale annuo di spesa diretta

È previsto un massimale annuo di spesa a carico del paziente per le spese relative ai farmaci con obbligo di ricetta. Una volta raggiunto il massimale annuo di spesa a carico del paziente, il Piano copre il 100% delle spese per i farmaci con obbligo di ricetta. I tuoi copagamenti si applicano al massimale annuo di spesa a carico del paziente. Le spese sostenute per farmaci non coperti dal Piano Farmaceutico con Prescrizione non si applicano. Esiste un massimale annuo di spesa a carico del paziente separato per le prestazioni mediche.

I massimali annuali per le spese vive per i farmaci da prescrizione sono: • Singolo: \$

1.950 • Famiglia: \$ 3.900

Cos'è un formulario?

Un prontuario è un elenco di farmaci generici e di marca. Il prontuario è stato sviluppato da un comitato di medici e farmacisti di CVS Caremark. Il comitato rivede e aggiorna regolarmente il prontuario sulla base delle informazioni più recenti disponibili sull'efficacia di ciascun farmaco.

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

36Phlex Phact!

Le ricariche al dettaglio

da 90 giorni sono disponibili
solo presso le farmacie CVS.

36Phlex Phact!

Utilizzo del CVS Caremark

La farmacia per
corrispondenza per

i farmaci di mantenimento ti farà risparmiare
i tuoi soldi.

Prestazioni odontoiatriche

Una cura odontoiatrica regolare e professionale non è solo essenziale per una buona salute, ma può anche prevenire problemi gravi o costosi. Ecco perché il nostro Piano Dentale, offerto da Delta Dental, copre una gamma completa di servizi odontoiatrici, tra cui diagnosi e prevenzione.

L'iscrizione al Piano Odontoiatrico è facoltativa: iscriviti se tu (o i tuoi familiari a carico) avete bisogno di una copertura. Puoi iscriverti al Piano Odontoiatrico anche rinunciando alla copertura medica e puoi scegliere un livello di copertura diverso. Ad esempio, potresti iscriverti alla copertura medica riservata ai dipendenti ma a quella odontoiatrica per la famiglia. Oppure, puoi scegliere di non aderire e utilizzare i tuoi Punti Phlex altrove. La scelta è tua.

Tabella dei benefici dentali

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

Come utilizzare un dentista partecipante può farti risparmiare denaro

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

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

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

Predeterminare i benefici per i trattamenti superiori a \$ 300

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

Per predeterminare i benefici, il tuo dentista deve inviare un modulo di richiesta a Delta Dental che descriva il trattamento proposto e i costi stimati. Delta Dental ti invierà un estratto conto che mostra i servizi coperti e l'importo previsto dal Piano. Puoi rivedere il piano di trattamento con il tuo dentista e concordare i servizi da eseguire. Una volta completato il trattamento, restituisci l'estratto conto originale, con le date dei servizi e le firme necessarie, a Delta Dental per il pagamento.

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

36Phlex Phact!

Con il Piano Discount Vision, non c'è limite al numero di volte in cui puoi utilizzare la tua tessera identificativa per ottenere servizi oculistici o occhiali.

Tuttavia, non puoi utilizzare la tua tessera in combinazione con offerte speciali, come coupon o promozioni speciali.

Con il Piano Enhanced Vision non è possibile utilizzare la carta in abbinamento a offerte speciali, come coupon o promozioni speciali.

Benefici per la vista

Il piano 36Phlex ti offre due opzioni per la copertura della vista:

- **Un programma di miglioramento della vista: l'assistenza** è fornita tramite una rete di optometristi e oftalmologi. È necessario ricevere assistenza da medici o optometristi partecipanti per ottenere i massimi benefici; e
- **Un programma di sconti per la vista: questo** programma ti consente di ricevere tariffe scontate per esami della vista, occhiali e lenti a contatto.

Puoi iscriverti autonomamente oppure scegliere una copertura per te e la tua famiglia.

Il piano di visione avanzata: come funziona il piano

Hai la possibilità di ricevere assistenza oculistica da un centro oculistico aderente al programma National Vision Administrator (NVA) o da qualsiasi altro specialista. Tuttavia, i massimi benefici si ottengono rivolgendosi a un oculista o optometrista aderente al programma.

- **Quando ti rivolgi a un fornitore partecipante**, ricevi i massimi vantaggi perché il piano copre l'intero costo o una gran parte del costo per la maggior parte dei servizi di routine; si applicano alcuni limiti.

Se ti avvali di un fornitore non aderente, il piano ti rimborserà le spese per esami, montature e lenti per occhiali, o lenti a contatto, secondo un programma. Pagherai l'intero costo al momento della ricezione dei servizi. Successivamente, dovrai presentare una richiesta di rimborso per la quota di costo a carico del piano.

Cosa paga il piano

Quando si usufruisce di servizi da un fornitore aderente alla NVA, il piano copre il costo di una visita oculistica una volta ogni 24 mesi. Per i minori di 19 anni, il piano copre una visita oculistica una volta ogni 12 mesi.

Il piano copre anche un paio di nuove lenti e montature, o lenti a contatto, fino a 120 dollari ogni 24 mesi. Per i minori di 19 anni, il piano copre nuove lenti e montature o lenti a contatto fino a 120 dollari ogni 12 mesi.

Se si usufruisce di servizi da un oculista non convenzionato, il piano coprirà fino a 30 dollari per una visita oculistica ogni 24 mesi. Per i minori di 19 anni, il piano coprirà fino a 30 dollari ogni 12 mesi.

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

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

Il Piano Vision non copre:

- Fotografia del fondo oculare;
- Trattamento medico o chirurgico degli occhi; servizi o materiali forniti in conseguenza della legge sugli infortuni sul lavoro o ottenuti da qualsiasi agenzia o programma governativo; o
- Occhiali da sole semplici o graduati.

Per un elenco completo delle limitazioni e delle esclusioni relative alla vista, consultare la Descrizione riassuntiva del piano.

Programma di sconti per la vista: come funziona il piano

Il programma Discount Vision Care non è un piano a copertura totale. Iscrivendoti a questo piano, potrai usufruire di tariffe scontate presso alcuni fornitori per prodotti e servizi disponibili al pubblico.

Il programma Discount Vision è offerto da National Vision Administrators (NVA). NVA dispone di una rete di oftalmologi, optometristi e ottici partecipanti per assistervi. Per usufruire dei servizi scontati, è necessario rivolgersi a un fornitore NVA partecipante e mostrare la propria tessera NVA. È sufficiente scegliere un fornitore partecipante chiamando NVA al numero 800-672-7723 o chiamando l'ufficio del Fondo.

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

Il programma Discount Vision non copre:

- Trattamenti medici o chirurgici degli occhi;
- Farmaci o medicinali;
- Lenti senza prescrizione medica;
- Esami o materiali non elencati come servizi coperti;
- Servizi o materiali forniti dal governo federale, statale o locale, o dai lavoratori compensazione; e
- Ausili per ipovedenti.

Per un elenco completo delle limitazioni e delle esclusioni relative alla vista, consultare la Descrizione riassuntiva del piano.

36Phlex Phact!

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

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

L'importo dell'indennità AD&D dipende dal tipo di perdita accidentale. Per maggiori dettagli, consulta la descrizione sintetica del tuo piano oppure chiama l'ufficio del Fondo.

Potrebbero essere applicate esclusioni e limitazioni.

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

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

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

L'assicurazione sulla vita è progettata per offrire protezione alla tua famiglia, o a chiunque conti sul tuo reddito, in caso di decesso. L'assicurazione contro la morte e la mutilazione accidentale (AD&D) ti paga una prestazione in caso di perdita accidentale di un arto o della vista, e una prestazione ai tuoi beneficiari in caso di decesso a seguito di un infortunio coperto. La prestazione dell'assicurazione sulla vita è pagabile solo in caso di decesso durante un impiego attivo e coperto. Qualsiasi prestazione AD&D pagabile a seguito di decesso accidentale è pari all'importo dell'assicurazione sulla vita e viene erogata in aggiunta alla prestazione dell'assicurazione sulla vita. L'importo della prestazione AD&D dipende dal tipo di perdita accidentale. Potrebbero essere applicate esclusioni e limitazioni. Consulta la Descrizione Riepilogativa del Piano o chiama l'Ufficio del Fondo per maggiori dettagli.

Garantire sicurezza finanziaria ai propri cari in caso di decesso è importante. Il Fondo copre l'intero costo di 10.000 dollari di assicurazione sulla vita e 10.000 dollari di copertura AD&D per il decesso. È possibile scegliere di acquistare un importo maggiore di assicurazione sulla vita e AD&D, come spiegato di seguito.

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

Importo dell'assicurazione sulla vita

Poiché l'importo della copertura più adatto a ogni persona varia, il piano 36Phlex offre tre livelli di copertura:

- \$ 10.000
- \$25.000
- \$ 50.000

Consulta il modulo di iscrizione per conoscere la quantità di PhlexPoints necessaria per acquistare una copertura assicurativa sulla vita e AD&D.

Non dimenticare: il tuo beneficiario

Per assicurarti che i benefici vengano erogati alla persona desiderata, devi nominare il beneficiario e mantenerlo aggiornato man mano che la tua vita cambia. Se hai recentemente diritto o hai subito modifiche al tuo stato di carico, compila un modulo di Censimento Demografico/Informazioni sul Beneficiario. Contatta l'Ufficio del Fondo se hai bisogno di un nuovo modulo. Restituire il modulo all'ufficio del Fondo.

Prestazioni di invalidità a breve termine

Se sei un dipendente a tempo pieno e il tuo datore di lavoro versa un contributo aggiuntivo al Fondo per le prestazioni di invalidità a breve termine, hai diritto alle prestazioni di invalidità a breve termine.

Le prestazioni di invalidità a breve termine garantiscono a te e alla tua famiglia un pagamento settimanale supplementare se diventi invalido e non puoi lavorare a causa di una malattia o di un infortunio non correlati al lavoro.

L'indennità di invalidità temporanea è determinata dalla diagnosi e dalle linee guida stabilite in materia di invalidità. Tuttavia, nessuna invalidità temporanea può superare il massimo beneficio di 26 settimane. Per poter prendere in considerazione l'indennità di invalidità temporanea, è necessario compilare un modulo di richiesta di invalidità temporanea e fornire la documentazione di un medico legalmente qualificato che certifichi la disabilità e l'impossibilità di svolgere le normali mansioni lavorative. Nota bene: anche i fornitori di servizi sanitari di base (MHC) possono certificare l'invalidità.

Se sei idoneo, riceverai un sussidio settimanale pari a una percentuale della tua retribuzione regolare, fino a un massimo settimanale, mentre sei disabile e rimani sotto la diretta e regolare cura di un medico legalmente qualificato o la tua assistenza è gestita da un fornitore di servizi di salute mentale/uso di sostanze del MHC.

La richiesta di indennità di invalidità a breve termine decorre dal quarto giorno lavorativo successivo alla visita medica a seguito della disabilità. L'indennità di invalidità a breve termine non verrà erogata per il periodo di assenza dal lavoro prima della visita medica.

I moduli per l'invalidità a breve termine devono essere presentati entro i termini previsti. Se si è disoccupati a causa di un'invalidità continuativa superiore a un mese, è necessario presentare i moduli di continuazione ("moduli blu") regolarmente, solitamente una volta al mese. Consultare il modulo per ulteriori informazioni su tempi e scadenze. Contattare l'ufficio del Fondo per ottenere un modulo. Riceverete il credito di ammissibilità solo durante il periodo in cui percepite l'indennità di invalidità a breve termine.

Per maggiori informazioni sui benefici per invalidità a breve termine, consultare la Descrizione riassuntiva del piano o chiamare l'ufficio del Fondo al numero (215) 568-3262 o (800) 338-9025 al di fuori dell'area di chiamata locale.

36Phlex Phact!

Se rimani senza lavoro per più di un mese, dovresti continuare a compilare regolarmente i moduli per l'invalidità, in genere una volta al mese.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

Per "medico legalmente qualificato" si intendono i medici (MD), i dottori in osteopatia (DO), i dottori in chirurgia odontoiatrica (DDS), i dottori in medicina dentale (DMD) o i dottori in medicina podologica (DPM).

36Phlex Phact!

Qualsiasi richiesta di indennità di invalidità a breve termine deve essere presentata all'Ufficio del Fondo entro 60 giorni dalla data iniziale dell'invalidità. Assicurati che tutte le sezioni siano compilate e firmate da te, dal tuo datore di lavoro e dal tuo medico curante prima di invi

36Phlex Phact!

È necessario iscriversi o
reisciversi per questi
account perché la
partecipazione non continua
automaticamente di anno in
anno.

36Phlex Phact!

La documentazione richiesta
deve essere allegata al modulo
di richiesta. Inviare la richiesta
di rimborso all'Ufficio del Fondo
di Previdenza.

Conti di spesa flessibili

A seconda delle scelte di benefit effettuate, potresti avere diritto a partecipare ai Conti di spesa flessibili del Fondo.

Due conti separati

Esistono due conti separati: un Conto Spese Flessibile per l'Assistenza Sanitaria e un Conto Spese Flessibile per il Piano di Assistenza per le Persone a Carico Di Persone. È possibile scegliere di partecipare a uno o a entrambi i conti. Se si sceglie di partecipare a entrambi i conti, non è possibile trasferire denaro da un conto all'altro, né utilizzare il denaro nel Conto Spese Flessibile per l'Assistenza Sanitaria per pagare le spese di assistenza per le persone a carico o viceversa.

È importante stimare attentamente le spese prima di versare i tuoi PhlexPoints su questi conti, perché **perderai qualsiasi saldo rimanente su questo conto dopo il periodo di grazia**. Consulta la scadenza "**Usa o perdi**" qui sotto per maggiori dettagli.

Chi è idoneo

Hai diritto a partecipare ai Conti Spese Flessibili se il tuo totale di PhlexPoint è inferiore a 100. Se i tuoi benefit costano **meno di 100 PhlexPoint**, puoi scegliere di depositare i PhlexPoint rimanenti in uno o entrambi i Conti Spese Flessibili. Ogni PhlexPoint depositato in un Conto Spese Flessibile ha un valore di 5 dollari. Ad esempio, se il costo dei benefit che scegli è di 81 PhlexPoint, avrai 19 PhlexPoint disponibili da depositare in un Conto Spese Flessibile. Ciò significa che avrai 95 dollari al mese (19 PhlexPoint moltiplicati per 5 dollari) da depositare sul tuo conto. L'IRS stabilisce dei limiti all'importo che puoi versare sul tuo Conto Spese Flessibile. I tuoi contributi mensili non possono superare il limite imposto dall'IRS.

Scadenza "Usalo o perdilo"

Puoi utilizzare i Conti Spese Flessibili (se ne hai diritto) per rimborsare le spese ammissibili sostenute entro il 15 marzo dell'anno successivo a quello in cui hai versato il contributo; tutti i fondi non spesi entro tale data verranno persi, in base alle regole di rollover dell'IRS. Ciò significa che qualsiasi importo rimanente nei tuoi Conti Spese Flessibili al 31 dicembre potrà essere utilizzato per rimborsare le spese sostenute entro il 15 marzo dell'anno successivo.

Nota: è necessario presentare le spese sostenute durante il periodo di grazia all'ufficio del Fondo entro il 15 aprile dell'anno successivo.

Conto spese flessibile del piano di assistenza per l'assistenza ai familiari a carico

Se devi pagare qualcuno che si prenda cura dei tuoi familiari a carico in modo che tu (e il tuo coniuge, se siete sposati) possiate lavorare, valuta la possibilità di aprire un Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti per rimborsarti le spese idonee per l'assistenza ai familiari a carico. Queste spese includono il costo di un asilo nido o di un centro di assistenza per anziani o il costo di un assistente. Non puoi utilizzare il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti per le spese sanitarie dei tuoi familiari a carico (il Conto Spese Flessibile per l'Assistenza Sanitaria copre tali spese).

Chi si qualifica come persona a carico

Le spese devono essere per "persone a carico qualificate", tra cui:

- I tuoi figli a carico di età inferiore a 13 anni al momento in cui viene sostenuta la spesa se richiedi loro come persone a carico nella tua dichiarazione dei redditi federale; e
- Altri familiari a carico, come il coniuge, un genitore anziano o un figlio più grande, se sono disabili fisici o mentali, incapaci di prendersi cura di se stessi e che vengono dichiarati come persone a carico ai fini fiscali.

Prova di spesa

Quando si presenta la richiesta di rimborso, è necessario compilare un modulo di richiesta e fornire una fattura dettagliata o una prova che la spesa è ammissibile al Fondo. La richiesta di pagamento deve includere il codice identificativo fiscale (TIN) del fornitore di assistenza. Per i singoli fornitori, il TIN è solitamente il numero di previdenza sociale di quella persona. Se la persona lavora presso la vostra abitazione, siete tenuti a presentare una dichiarazione dei redditi all'IRS e a pagare l'imposta sulla previdenza sociale sugli stipendi corrisposti a tale dipendente.

Credito d'imposta federale o conto spese flessibile del piano di assistenza per le persone a carico?

Esistono due opzioni fiscalmente agevolate per il pagamento dell'asilo nido: il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti o il Credito d'Imposta Federale per l'Assistenza all'Infanzia del Governo. Non è possibile richiedere le stesse spese sia con il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti sia con il Credito d'Imposta Federale, ma è possibile:

- utilizzare il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti; oppure
- utilizzare il credito d'imposta federale. (In base alla legge vigente, e a seconda del reddito lordo rettificato, è possibile usufruire di un credito d'imposta pari al 20% - 35% delle spese per l'assistenza ai familiari a carico. L'importo massimo utilizzabile per determinare il credito d'imposta è di 3.000 dollari per un figlio e di 6.000 dollari per due o più figli. Pertanto, se il credito è del 20%, il credito massimo per un figlio è di 600 dollari (20% di 3.000 dollari).

Le spese rimborsate tramite il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti compensano direttamente, dollaro per dollaro, le spese che puoi richiedere per un credito d'imposta federale. Ad esempio, se hai un figlio e ricevi un rimborso di 3.000 dollari dal tuo Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti, hai esaurito le spese disponibili (3.000 dollari) che potresti richiedere per un figlio come credito d'imposta.

La scelta tra il credito d'imposta o il Conto Spesa Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti dipende dal reddito lordo e dalla dichiarazione dei redditi. Per maggiori informazioni sull'opzione più adatta alle tue esigenze, consulta il tuo consulente fiscale personale.

36Phlex Phact!

Puoi utilizzare il Conto Spese Flessibile del Piano di Assistenza per l'Assistenza ai Dipendenti se sei responsabile dell'assistenza a un familiare a carico idoneo e devi pagare qualcun altro per fornire tale assistenza in modo da poter lavorare. Se sei sposato, puoi utilizzare questo conto solo se entrambi lavorate o se il tuo coniuge è uno studente a tempo pieno o disabile e non in grado di prendersi cura di sé stesso. In altre parole, se uno di voi rimane a casa per prendersi cura dei familiari a carico o frequenta la scuola part-time, non è possibile utilizzare il conto.

Avvisi importanti

Il Fondo di Previdenza Sociale BOLR della Sezione Locale 32 BJ, Distretto 36 SEIU ("il Fondo") è tenuto a fornirvi le seguenti importanti comunicazioni. Vi preghiamo di leggerle attentamente per comprendere i vostri diritti e responsabilità.

Diritti speciali di iscrizione HIPAA

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

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

- Perdere la copertura Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si è più idonei, oppure
- Diventare idoneo per il programma di assistenza ai premi di uno stato nell'ambito di Medicaid o CHIP.

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

La documentazione per l'iscrizione deve essere compilata e tutta la documentazione comprovante lo stato di persona a carico deve essere fornita al Piano entro 31, 60 o 90 giorni dalla richiesta di Iscrizione Speciale. Se non si è in grado di compilare la documentazione per l'iscrizione e di fornire la documentazione comprovante lo stato di persona a carico entro i termini previsti (ad esempio, se è necessario più tempo per ottenere un certificato di nascita per un neonato), la scadenza potrebbe essere prorogata.

COBRA

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

- Interrompi il rapporto di lavoro per qualsiasi motivo (diverso da grave condotta scorretta), oppure
- Hai una riduzione dell'orario di lavoro.

COBRA consente inoltre ai tuoi familiari aveti diritto di continuare la copertura medica fino a 36 mesi, qualora la copertura dovesse altrimenti terminare perché:

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

In genere, tu e i tuoi familiari a carico potete scegliere di continuare la copertura in qualsiasi momento entro i primi 60 giorni dalla scadenza della copertura o 60 giorni dalla data di ricezione della notifica, a seconda di quale evento si verifichi per ultimo. La copertura continuativa ha effetto il primo giorno del mese successivo alla data dell'evento che ne ha causato la cessazione, a condizione che venga pagato il premio necessario. È possibile continuare la copertura in vigore solo il giorno precedente l'evento. Tuttavia, è possibile apportare modifiche alle proprie scelte ogni anno durante il periodo di iscrizione annuale. Se il piano sanitario cambia, tali modifiche si applicheranno anche alla copertura COBRA.

Per ricevere la copertura COBRA, tu e/o i tuoi familiari aventi diritto siete tenuti a effettuare tempestivamente una scelta e a versare i premi mensili.

Potrebbero essere applicate regole aggiuntive per i conti di spesa flessibili per l'assistenza sanitaria.

Legge sulla protezione della salute dei neonati e delle madri

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

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

Legge sulla salute delle donne e sui diritti contro il cancro

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

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

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

Promemoria sull'informativa sulla privacy HIPAA

Le norme sulla privacy previste dall'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) impongono al Piano di Previdenza Sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR (il "Piano") di inviare periodicamente un promemoria ai partecipanti sulla disponibilità dell'Informativa sulla Privacy del Piano e su come ottenerla. L'Informativa sulla Privacy illustra i diritti dei partecipanti e gli obblighi legali del Piano in merito alle informazioni sanitarie protette (PHI) e come il Piano può utilizzare e divulgare tali informazioni. È inoltre possibile ottenere una copia dell'Informativa sulla Privacy contattando l'Ufficio del Fondo al numero 215-568-3262, interno 1400, o al numero 800-338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale).

La tua copertura per i farmaci da prescrizione e Medicare

Si prega di leggere attentamente questo avviso e di conservarlo dove è possibile trovarlo. Questo avviso contiene informazioni sulla tua attuale copertura per i farmaci con obbligo di ricetta presso il Fondo di Previdenza Sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR e sulle tue opzioni nell'ambito della copertura per i farmaci con obbligo di ricetta di Medicare. Queste informazioni possono aiutarti a decidere se aderire o meno a un piano Medicare per i farmaci con obbligo di ricetta. Se stai pensando di aderire, dovresti confrontare la tua copertura attuale, inclusi i farmaci coperti e i relativi costi, con la copertura e i costi dei piani che offrono la copertura Medicare per i farmaci con obbligo di ricetta nella tua zona. Informazioni su dove puoi ottenere assistenza per prendere decisioni in merito alla tua copertura per i farmaci con obbligo di ricetta sono riportate alla fine di questo avviso.

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

- 1. La copertura dei farmaci da prescrizione Medicare è diventata disponibile nel 2006 a tutti coloro che Medicare. Puoi ottenere questa copertura se aderisci a un piano Medicare per farmaci con obbligo di ricetta o a un piano Medicare Advantage (come un HMO o un PPO) che offre copertura per i farmaci con obbligo di ricetta. Tutti i piani Medicare per farmaci con obbligo di ricetta offrono almeno un livello di copertura standard stabilito da Medicare. Alcuni piani possono anche offrire una copertura maggiore a fronte di un premio mensile più elevato.**
- 2. Il Fondo di assistenza sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR ha stabilito che La copertura per i farmaci da prescrizione offerta dal Piano di Previdenza Sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR prevede, in media per tutti i partecipanti al piano, un pagamento pari a quello della copertura standard per i farmaci da prescrizione Medicare ed è pertanto considerata una Copertura Accreditable. Poiché la copertura esistente è almeno pari a quella standard per i farmaci da prescrizione Medicare, è possibile mantenerla e non pagare un premio più elevato (una penale) se in seguito si decide di aderire a un piano farmaceutico Medicare.**

Quando è possibile aderire a un piano farmaceutico Medicare?

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

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

Indipendentemente dal fatto che tu ti iscriva o meno a un piano Medicare per i farmaci con obbligo di ricetta, la tua attuale copertura per i farmaci con obbligo di ricetta continuerà a essere valida finché continuerai a soddisfare i requisiti di ammissibilità del Piano di Assistenza Sociale BOLR del Distretto 36, Sezione Locale 32BJ del SEIU. La tua attuale copertura copre anche altre spese sanitarie oltre ai farmaci con obbligo di ricetta e, a condizione che tu continui a soddisfare i requisiti di ammissibilità del Fondo, avrai comunque diritto a ricevere tutti i tuoi benefici sanitari e per i farmaci con obbligo di ricetta anche se scegli di iscriverti a un piano Medicare per i farmaci con obbligo di ricetta.

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

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

Quando si paga un premio più alto (penalità) per aderire a un piano farmaceutico Medicare?

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

Se trascorri 63 giorni consecutivi o più senza una copertura assicurativa per i farmaci con obbligo di ricetta, il tuo premio mensile potrebbe aumentare di almeno l'1% del premio base del beneficiario Medicare al mese per ogni mese in cui non hai usufruito di tale copertura. Ad esempio, se trascorri diciannove mesi senza una copertura assicurativa, il tuo premio potrebbe essere costantemente superiore di almeno il 19% al premio base del beneficiario Medicare. Potresti dover pagare questo premio più elevato (una penale) finché hai la copertura Medicare per i farmaci con obbligo di ricetta. Inoltre, potresti dover attendere fino all'ottobre successivo per aderire.

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

Per ulteriori informazioni, contattare la persona indicata di seguito.

NOTA: Riceverai questo avviso ogni anno. Lo riceverai anche prima del successivo periodo in cui potrai aderire a un piano farmaceutico Medicare e qualora questa copertura tramite il Fondo di Previdenza Sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR subisse modifiche. Puoi anche richiederne una copia in qualsiasi momento.

Per maggiori informazioni sulle opzioni disponibili nell'ambito della copertura dei farmaci da prescrizione Medicare

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

Per maggiori informazioni sulla copertura dei farmaci da prescrizione Medicare:

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

Se hai un reddito e delle risorse limitate, è disponibile un aiuto aggiuntivo per il pagamento della copertura Medicare per i farmaci da prescrizione. Per informazioni su questo aiuto aggiuntivo, visita il sito web della Previdenza Sociale www.socialsecurity.gov o chiama il numero 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

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

Informazioni importanti

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

Data	Fornito al momento dell'assunzione e successivamente annualmente
Nome dell'entità mittente	Fondo di previdenza sociale SEIU 32 BJ, Distretto 36 BOLR
Contatto – Posizione/Ufficio	John J. Rongione, Amministratore
Indirizzo	1515 Market Street Suite 1020 Filadelfia, PA 19102
Numero di telefono	215-568-3262, interno 1400

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

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

Se tu o i tuoi figli avete diritto a Medicaid o CHIP e avete diritto alla copertura sanitaria del vostro datore di lavoro, il vostro stato potrebbe disporre di un programma di assistenza ai premi assicurativi che può contribuire al pagamento della copertura, utilizzando i fondi dei programmi Medicaid o CHIP. Se tu o i tuoi figli non avete diritto a Medicaid o CHIP, non avrete diritto a questi programmi di assistenza ai premi assicurativi, ma potreste essere in grado di acquistare una copertura assicurativa individuale tramite l'Health Insurance Marketplace. Per ulteriori informazioni, visitate il sito www.healthcare.gov.

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

Se tu o i tuoi familiari a carico NON siete attualmente iscritti a Medicaid o CHIP e pensate che voi o uno dei vostri familiari a carico possiate essere idonei per uno di questi programmi, contattate l'ufficio Medicaid o CHIP del vostro Stato o chiamate il **877-KIDS NOW** o visitate il sito www.insurekidsnow.gov per scoprire come presentare domanda. Se siete idonei, chiedete al vostro Stato se esiste un programma che potrebbe aiutarvi a pagare i premi per un piano sponsorizzato dal datore di lavoro.

Se tu o i tuoi familiari a carico avete diritto all'assistenza per i premi assicurativi Medicaid o CHIP, oltre ad essere idonei ai sensi del piano aziendale, il tuo datore di lavoro deve consentirti di iscriverti al piano aziendale se non lo hai già fatto. Questa è chiamata un'opportunità di "iscrizione speciale" e **devi richiedere la copertura entro 60 giorni dalla data in cui sei stato dichiarato idoneo all'assistenza per i premi assicurativi**. Per qualsiasi domanda sull'iscrizione al piano aziendale, contatta il Dipartimento del Lavoro all'indirizzo www.askebsa.dol.gov o chiama il numero **866-444-EBSA (3272)**.

L'elenco seguente degli stati è aggiornato al 31 luglio 2025. Contatta il tuo stato per maggiori informazioni sull'idoneità.

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

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

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

866-444-EBSA (3272)

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

Note

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

www.seiu36.com



Ottobre 2025

Bug dell'Unione