



[www.seiu36.com](http://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 36Phlex 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 imprimirlas 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
Opciones de su plan médico .....	4
Salud y bienestar (Estilos de vida saludablesSM)—	
¡Trabajamos para cuidar tu salud cada día! .....	6
Beneficios para la salud conductual .....	7
Resumen de los beneficios del plan de opciones altas .....	8
Resumen de los beneficios del plan básico.....	9
Términos importantes.....	10
Beneficios de medicamentos recetados .....	11
Beneficios dentales .....	12
Beneficios para la visión.....	14
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) .....	16
Prestaciones por incapacidad temporal .....	17
Cuentas de gastos flexibles .....	18
Avisos importantes .....	20

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.

[\(https://www.seiu36.com/contacts-resources/\)](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 english.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim na naszej stronie internetowej.  
Przejdz 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/>).

Encontrará los formularios en  
nuestra página web ([com/](https://www.seiu36.com/contacts-resources/)  
[contacts-resources/](https://www.seiu36.com/contacts-resources/)) . Puede  
completarlos en línea. Solo tendrá  
que imprimirlas, 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.

## 36Phlex Phact!

RECUERDE: ¡Elija con  
cuidado! Una vez finalizado  
el período de inscripción  
abierta, no podrá cambiar sus  
elecciones hasta el próximo  
período de inscripción  
abierta en otoño de 2026, para  
una cobertura que entrará  
en vigor el 1 de enero de  
2027, a menos que tenga  
un cambio de estatus 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 del Plan 36Phlex 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 su cobertura de beneficios o el estado de sus dependientes, envíe el  
formulario de inscripción Phlex 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 36Phlex 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 36Phlex, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para obtener beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal (incluido un cónyuge del mismo sexo)
- Niños desde el nacimiento hasta los 26 años
- Hijastros 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:
  - Licencia de matrimonio estatal válida para el cónyuge
  - 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 26.º cumpleaños 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.

## Opciones de su plan médico

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

### 36Phlex Phact!

Ambos planes médicos requieren que elija un médico de cabecera y que obtenga derivaciones para ciertos servicios.

También es posible que deba recibir ciertos servicios en centros designados por su médico de cabecera para que estén cubiertos.

Si NO elige un médico de atención primaria, los beneficios del plan pueden ser limitados o no pagarse en absoluto.

Si cambia de plan médico, confirme que su médico acepta nuevos pacientes y que es un médico de atención primaria participante.

Para estar cubierto por cualquiera de los planes, los servicios o suministros médicos que reciba deben ser médicalemente necesarios, apropiados y elegibles. Sin embargo, algunos servicios y suministros no están cubiertos en absoluto, mientras que los beneficios para otros servicios son limitados. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para obtener más detalles sobre lo que está y no está cubierto.

### Opciones de su plan médico

- **Plan de Alta Opción :** Este es un plan de Punto de Venta Directo (DPOS). Si elige el Plan de Alta Opción, tendrá menos PhlexPoints para gastar en otros beneficios.
- **Plan Básico :** Este es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Si elige el Plan Básico, de menor costo, el Fondo le transferirá el ahorro mediante Puntos Phlex adicionales, que podrá usar para otros beneficios.
- **Exclusión voluntaria :** Si cuenta con otra cobertura médica a través de otro empleador o su cónyuge, puede optar por no participar en el plan médico del Fondo y utilizar sus PhlexPoints para otros beneficios. Si decide excluirse, deberá completar un formulario de Comprobante de Otra Cobertura. Deberá proporcionar esta información al Fondo anualmente, mientras desee renunciar a la cobertura. Esta opción le otorga la mayor cantidad de PhlexPoints.

### 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 (PCP). 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 permiten detectar signos de enfermedad coronaria. Además, 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 a un proveedor dentro de la red.

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

## Principales diferencias entre el plan de opciones altas y el plan básico

La tabla a continuación resume las principales diferencias entre los dos planes médicos. Lea el resto de esta guía para obtener descripciones detalladas de cada plan.

Plan de opciones altas	Plan básico
Debes elegir un médico de atención primaria al inscribirte	
Puede elegir a los médicos y hospitales de su preferencia. Mantenerse dentro de la red reduce sus gastos de bolsillo.	Su médico de cabecera debe proporcionarle la atención médica o derivarlo a especialistas de la HMO.
El deducible se aplica a servicios fuera de la red/ Servicios de atención médica solicitados por el propio paciente únicamente; su deducible anual es de \$250 por persona y \$500 por familia.	Sin deducible
La mayoría de los servicios están cubiertos al 100% dentro de la red, sin deducible.	La mayoría de los servicios están cubiertos al 100%.
Servicios hospitalarios para pacientes internados dentro de la red cubiertos al 100%, sin deducible.	Los servicios hospitalarios para pacientes internados están cubiertos al 100%, después de un copago de \$100 por día (copago máximo: \$500 por ingreso).
Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cubierta al 100%; servicios en otras instalaciones de la red cubiertos al 70%; no cubierto fuera de la red.	Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cubierta al 100%; servicios en otras instalaciones de la red cubiertos al 70%; no cubierto fuera de la red.
Usted paga un copago de \$10 por las visitas a médicos de PCMH y de \$20 por las visitas a consultorios médicos que no pertenecen a PCMH.	Usted paga un copago de \$15 por las consultas con médicos de atención primaria (PCMH), \$30 por las consultas con médicos que no pertenecen a PCMH (incluidos los médicos de atención primaria) y \$40 por las consultas con especialistas.
Para aquellos servicios cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor fuera de la red, el Plan paga el 70% después del deducible para la mayoría de los gastos elegibles.	Sin beneficios fuera de la red
El límite máximo anual de gastos de bolsillo es de 6.750 dólares por persona y 13.500 dólares por familia.	El límite máximo anual de gastos de bolsillo es de 6.750 dólares por persona y 13.500 dólares por familia.

## 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 uno de los planes médicos de 36Phlex .

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](http://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:

- 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. Cumplés 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.

## 36Phlex Phact!

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](http://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.

## 36Phlex Phact!

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](http://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.

## Resumen de los beneficios del plan de opciones altas

Esta tabla le ofrece una visión general del Plan Médico de Opción Alta. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para obtener información completa sobre los beneficios del Plan de Opción Alta.

BENEFICIO	EN LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/AUTORREGIRSE
Deductible anual	N / A	\$250 por persona; \$500 por familia
Gasto máximo anual de bolsillo <sup>8</sup>	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia
Visitas médicas centradas en el paciente en el hogar	100%, después de un copago de \$10	70% después del deductible
Visitas al consultorio médico (no PCMH) Servicios primarios y especializados)	100%, después de un copago de \$20 (en un proveedor que no es PCMH)	70% después del deductible
Examen ginecológico de rutina/Prueba de Papanicolaou 1 por año calendario	100%	70%, sin deductible
Mamografía	100%	70% después del deductible
Vacunación pediátrica	100%	70% después del deductible
Terapia física, ocupacional o del habla <sup>4, 5</sup> hasta 30 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	No cubierto
Rehabilitación cardíaca o pulmonar hasta 36 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	70% después del deductible
Quirúrgica (Manipulación Espinal) <sup>5</sup> hasta 10 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$20	70% después del deductible
Paciente hospitalizado 1	100%	70% después del deductible hasta 70 días por año calendario
Reemplazo de rodilla y cadera <sup>1, 2</sup> , Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Atención de urgencias	Copago de \$40	70% después del deductible
Sala de emergencia Visitas a urgencias 1 y 2	Copago de \$100 (exento si se admite)	Copago de \$100, sin deductible (se exime si se admite).
Visita a urgencias 3 o más	Copago de \$200 (exento si se admite)	Copago de \$200, sin deductible (se exime si se admite al paciente)
Laboratorio ambulatorio/Patología 4	100%	70% después del deductible
Diálisis/Radioterapia/Quimioterapia	100%	70% después del deductible
Atención médica domiciliaria <sup>1</sup> hasta 200 visitas por año calendario	100%	70% después del deductible
Cuidados paliativos <sup>1</sup> hasta 210 días por vida	100%	No cubierto
Centro de enfermería especializada <sup>1</sup> hasta 60 días por año calendario	100%	No cubierto
Cirugía ambulatoria (puede requerirse autorización previa para algunas cirugías ambulatorias) <sup>1</sup>	100%	70% después del deductible
Radiología ambulatoria 1, 4, 5	100%	70% después del deductible
Equipo médico duradero <sup>1</sup>	100%	No cubierto
Ambulancia		
Transporte de emergencia	100%	100%, sin deductible
Transporte no urgente <sup>1</sup>	100%	70% después del deductible
Enfermería privada ambulatoria <sup>1</sup> hasta 360 horas por año calendario	90%	70% después del deductible
Programa de Salud Mental/Uso de Sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y uso de sustancias)		
NOTA: Este programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.		
Pacientes	100%	70% después del deductible
hospitalizados <sup>6, 7</sup> Consultas ambulatorias fuera de	100%	70% después del deductible
consultorio <sup>6</sup> Consultas ambulatorias <sup>6</sup>	100%, después de un copago de \$20.	70% después del deductible

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 que se le considere para la atención médica.  
En 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 MHC en línea en [www.mhconsultants.com](http://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 tratamiento de salud conductual/uso de sustancias.

8. El límite máximo anual de gastos de bolsillo incluye los gastos necesarios para cubrir su deductible anual, así como el dinero que gasta en copagos y coseguros durante el año. Existe un límite máximo de gastos de bolsillo independiente para medicamentos recetados (véase la página 11).

## Resumen de los beneficios del plan básico

Esta tabla le ofrece un resumen del Plan Médico Básico. El Plan Básico solo incluye cobertura dentro de la red. Se requiere referencia. No hay cobertura para proveedores ni centros fuera de la red. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para obtener información completa sobre los beneficios del Plan Básico.

BENEFICIO	EN LA RED
Gastos máximos anuales de bolsillo***	\$6,750 por persona; \$13,500 por familia
Visitas al consultorio médico	Proveedor de PCMH: 100%, después de un copago de \$15 Médico de atención primaria no perteneciente al sistema PCMH: 100%, después de un copago de \$30. Especialista: 100% después de un copago de \$40
Examen ginecológico de rutina/Prueta de Papanicolaou 1 por año calendario; no se necesita derivación	100%
Detección mediante mamografía: no se necesita derivación	100%
Vacunación pediátrica	100%
Terapia física y ocupacional 4, 5 hasta 30 visitas combinadas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Rehabilitación cardíaca y pulmonar5 hasta 36 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Terapia del habla5 hasta 20 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Quiropráctica (Manipulación Espinal)5 hasta 20 visitas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Paciente hospitalizado 1	100%, después de un copago de \$100 por día; (Copa máximo: \$500 por admisión)
Reemplazo de rodilla y cadera <sup>1</sup> , Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%
Atención de urgencias	Copago de \$50
Sala de emergencia Visitas a urgencias 1 y 2	Copago de \$100 (no se exime en caso de admisión)
Visita a urgencias 3 o más	Copago de \$200 (no se exime en caso de admisión)
Laboratorio ambulatorio/Patología 4, 5	100%
Diálisis/Radioterapia/Quimioterapia5	100%
Atención médica domiciliaria1	100%
Cuidados paliativos1	100%
Centro de enfermería especializada1 hasta 120 días por año calendario	100%, después de un copago de \$50 por día; (Copa máximo: \$250 por ingreso) 100%, después
Cirugía ambulatoria5	de un copago de \$50
Radiología ambulatoria 4, 5	Servicios de rutina/diagnósticos: 100%, después de un copago de \$40. Resonancia magnética (RMARM), tomografía computarizada (TC/ATC), tomografía por emisión de positrones (TEP): 100% después de un copago de \$80.
Equipos médicos duraderos y prótesis1, 5	70%
Ambulancia (los servicios de ambulancia no urgentes requieren autorización previa)	100%
Enfermería privada ambulatoria1, 5 hasta 360 horas al año	90%
Programa de Salud Mental/Uso de Sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y uso de sustancias) NOTA: Este programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.	
Pacientes hospitalizados <sup>6, 7</sup> .....	100%, después de un copago de \$100 por día (Copa máximo: \$500 por admisión)
Consultas ambulatorias fuera del consultorio 6 .....	100%
Paciente ambulatorio.....	100%, después de un copago de \$30
No se pagan beneficios por servicios fuera de la red.	

1. Se requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con el departamento de 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 que se le considere para la atención médica. En 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 MHC en línea en [www.mhconsultants.com](http://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 tratamiento de salud conductual/uso de sustancias.
8. El límite máximo anual de gastos de bolsillo incluye los gastos necesarios para cubrir su deducible anual, así como el dinero que gasta en copagos y coseguros durante el año. Existe un límite máximo de gastos de bolsillo independiente para medicamentos recetados (véase la página 11).

## 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 (solo plan de opción alta)—

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

### 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.

### Asignación del plan (solo para el plan de opción alta)—

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

### 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.

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

es la atención que no recibe de su médico de cabecera o la atención que recibe sin una derivación de su médico de cabecera. Esta es la forma más cara de recibir atención médica. Para la atención médica autoderivada, el plan generalmente paga el 70% del monto asignado por el plan después de que usted haya cubierto el deducible anual.

## Beneficios de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada por CVS Caremark, se activa automáticamente al inscribirse en la cobertura médica bajo una de las opciones del Plan 36Phlex. 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.

## 36Phlex Phact!

Los pedidos para 90 días disponibles solo en farmacias CVS.

### 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.

## 36Phlex Phact!

Utilizando la marca CVS Caremark  
La farmacia por correo para medicamentos de mantenimiento le ahorrará dinero.  
tu dinero.

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

La inscripción en el Plan Dental es opcional; inscríbase si usted (o sus dependientes) necesitan cobertura. Puede inscribirse en el Plan Dental incluso si renuncia a la cobertura médica, y puede elegir un nivel de cobertura diferente. Por ejemplo, podría inscribirse en la cobertura médica individual y en la cobertura dental familiar. O bien, puede optar por no participar y usar sus Puntos Phlex en otro lugar. La decisión es suya.

### Tabla de beneficios dentales

Deductible	Ninguno
Beneficio máximo anual	\$3,000 por persona al año
Atención preventiva y diagnóstica <ul style="list-style-type: none"><li>Examen bucal, limpieza, radiografías de aleta de mordida (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses</li><li>Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites)</li><li>Sellantes o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)</li></ul>	100%
Restaurativa básica <ul style="list-style-type: none"><li>Empastes</li></ul>	100%
Restauración mayor <ul style="list-style-type: none"><li>Reparación de coronas existentes</li><li>Incrustaciones, onlays, coronas, restauraciones coladas</li><li>Puentes y prótesis dentales</li></ul>	50%
Endodoncia <ul style="list-style-type: none"><li>Conducto radicular</li></ul>	80%
Periodoncia <ul style="list-style-type: none"><li>Tratamiento de encías</li></ul>	80%
Ortodoncia	50% límite máximo de por vida de \$1,000

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.

## 36Phlex Phact!

Con el Plan de Descuentos para la Vista, puede usar su tarjeta de identificación cuantas veces quiera para obtener servicios de cuidado de la vista o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta junto con ofertas especiales, como cupones o promociones.

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

### Beneficios de la visión

El plan 36Phlex le ofrece dos opciones de cobertura de visión:

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

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

#### El Plan de Visión Mejorada: Cómo funciona el plan

Tiene la opción de recibir atención oftalmológica de un proveedor participante de 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; se aplican algunos límites.

Cuando utilice un proveedor que no participe en la red, el plan le reembolsará los exámenes, las monturas y los lentes de anteojos o de contacto, según un calendario establecido. 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 recibe servicios de un proveedor participante de NVA, el plan cubre el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses. Para menores de 19 años, el plan cubre un examen de la vista una vez cada 12 meses.

El plan también cubre un par de lentes y monturas nuevas, o lentes de contacto, hasta un máximo de \$120 cada 24 meses. Para menores de 19 años, el plan cubrirá lentes y monturas nuevas o lentes de contacto hasta un máximo de \$120 cada 12 meses.

Cuando reciba servicios de un proveedor de servicios de la vista que no participe en la red, el plan cubrirá hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses. Para menores de 19 años, el plan cubrirá hasta \$30 cada 12 meses.

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 u obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o
- Gafas de sol normales o graduadas.

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

### Programa de Descuentos para la Visión: Cómo funciona el plan

El Programa de Descuentos en Cuidado de la Vista no es un plan de cobertura total. Si se inscribe en este plan, obtendrá una tarifa con descuento de ciertos proveedores para productos y servicios disponibles para el público en general.

El Programa de Descuentos en Servicios de Visión es ofrecido por National Vision Administrators (NVA). NVA cuenta con una red de oftalmólogos, optometristas y ópticos participantes para atenderle. Para obtener los servicios con descuento, debe acudir a un proveedor participante de NVA y presentar su tarjeta de identificación de NVA. Simplemente elija un proveedor participante llamando a NVA al 800-672-7723 o a la Oficina del Fondo.

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

El programa Discount Vision no cubre:

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- Drogas o medicamentos;
- Lentes sin graduación;
- Examen o materiales no incluidos en la lista de servicios cubiertos;
- Servicios o materiales proporcionados por el gobierno federal, estatal o local, o por los trabajadores compensación; y

• Ayudas para personas con baja visión.

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

## 36Phlex Phact!

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.

## 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 su familia o a cualquier persona que dependa de sus ingresos en caso de fallecimiento. El seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) le otorga una indemnización si sufre la pérdida accidental de una extremidad o la vista, y una indemnización a sus beneficiarios si fallece como resultado de un accidente cubierto. La indemnización por muerte accidental y desmembramiento solo se paga si fallece mientras se encuentra trabajando y tiene un empleo cubierto. La indemnización por muerte accidental y desmembramiento es igual al monto de su seguro de vida y se paga adicionalmente a la indemnización por muerte accidental y desmembramiento. El monto de la indemnización por muerte accidental y desmembramiento depende del tipo de pérdida accidental. Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones. Consulte la Descripción Resumida de su Plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más información.

Es importante brindar seguridad financiera a sus seres queridos en caso de fallecimiento. El Fondo cubre el costo total de \$10,000 en seguro de vida y \$10,000 en cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Si lo desea, puede adquirir una cobertura mayor de seguro de vida y AD&D, como se explica a continuación.

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

### Monto del seguro de vida

Dado que la cantidad de cobertura adecuada para cada persona varía, el Plan 36Phlex le ofrece tres niveles de cobertura:

- \$10,000
- 25.000 dólares
- 50.000 dólares

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

### 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.

## Prestaciones por incapacidad temporal

Si usted es un empleado a tiempo completo y su empleador realiza una contribución adicional al Fondo para prestaciones por incapacidad temporal, usted tiene derecho a dichas prestaciones.

Las prestaciones por incapacidad temporal le proporcionan a usted y a su familia un pago semanal suplementario 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 regular directo 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.

## 36Phlex Phact!

Si lleva más de un mes sin trabajo, debe seguir completando sus formularios de discapacidad de forma regular, normalmente mensual.

## 36Phlex Phact!

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

## 36Phlex Phact!

“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).

## 36Phlex Phact!

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.

## Cuentas de gastos flexibles

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

### Dos cuentas separadas

Existen dos cuentas separadas: una Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica y una Cuenta de Gastos Flexibles para el Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes. Puede optar por participar en una o en ambas cuentas. Si elige participar en ambas, no podrá transferir dinero de una a otra, ni utilizar el dinero de la Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica para pagar gastos de cuidado de dependientes, ni viceversa.

Es importante que calcules tus gastos con cuidado antes de ingresar tus PhlexPoints en estas cuentas, ya que perderás el saldo restante una vez finalizado el período de gracia. Consulta la sección «Úsalo o piérdelo» a continuación para obtener más información.

### ¿Quiénes son elegibles?

Puedes participar en las Cuentas de Gastos Flexibles si tu total de PhlexPoints es inferior a 100. Si tus beneficios cuestan menos de 100 PhlexPoints, puedes optar por depositar los PhlexPoints restantes en una o ambas Cuentas de Gastos Flexibles. Cada PhlexPoint que deposites en una Cuenta de Gastos Flexibles tiene un valor de \$5. Por ejemplo, si el costo de los beneficios que eliges es de 81 PhlexPoints, tendrás 19 PhlexPoints disponibles para depositar en una Cuenta de Gastos Flexibles. Esto significa que tendrás \$95 cada mes (19 PhlexPoints x \$5) para depositar en tu cuenta. El IRS establece límites para la cantidad de dinero que puedes aportar a tu Cuenta de Gastos Flexibles. Tus aportaciones mensuales no pueden exceder el límite del IRS.

### Plazo límite: úsalo o piérdelo

Puedes usar las Cuentas de Gastos Flexibles (si cumples con los requisitos) para reembolsarte los gastos elegibles incurridos hasta el 15 de marzo del año siguiente a aquel en que hiciste la aportación; cualquier monto no gastado para esa fecha se perderá, sujeto a las normas de reinversión del IRS. Esto significa que cualquier saldo restante en tus Cuentas de Gastos Flexibles al 31 de diciembre se puede usar para reembolsar los gastos incurridos hasta el 15 de marzo del año siguiente.

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

## Cuenta de gastos flexibles del plan de asistencia para el cuidado de dependientes

Si necesita pagar a alguien para que cuide a sus dependientes para que usted (y su cónyuge, si está casado/a) puedan trabajar, considere abrir una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes (DCPA) para reembolsarse los gastos elegibles de cuidado de dependientes. Estos gastos incluyen el costo de una guardería o centro de cuidado para adultos mayores, o el costo de un cuidador. No puede usar la DCPA para gastos médicos de sus dependientes (la Cuenta de Gastos Flexibles para la Atención Médica cubre esos gastos).

## 36Phlex Phact!

### ¿Quiénes califican como dependientes?

Los gastos deben corresponder a "dependientes calificados", que incluyen:

- Sus hijos dependientes menores de 13 años en el momento en que se incurra en el gasto, si usted reclama ellos como dependientes en su declaración de impuestos federales; y
- Otros dependientes, como su cónyuge, un parente anciano o un hijo mayor, si los hubiera discapacidades físicas o mentales, incapacidad para valerse por sí mismos, y usted los declara como dependientes a efectos fiscales.

### Comprobante de gastos

Al solicitar el reembolso, debe completar un formulario y adjuntar una factura detallada o un comprobante de que el gasto es elegible para el Fondo. Su solicitud de pago debe incluir el número de identificación fiscal (TIN) del cuidador. Para los cuidadores individuales, el TIN suele ser su número de Seguro Social. Si la persona trabaja en su domicilio, usted es responsable de presentar la declaración de impuestos del empleador ante el IRS y de pagar el impuesto al Seguro Social sobre los salarios pagados a dicho empleado.

### ¿Crédito fiscal federal o cuenta de gastos flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes?

En realidad, existen dos opciones con ventajas fiscales para pagar el cuidado infantil: la Cuenta de Gastos Flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes o el Crédito Tributario Federal para el Cuidado Infantil. No se pueden reclamar los mismos gastos tanto con la Cuenta de Gastos Flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes como con el crédito tributario federal, pero sí se pueden:

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

Los gastos que usted reembolsa a través de la Cuenta de Gastos Flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes compensan directamente, dólar por dólar, los gastos que puede presentar para obtener un crédito fiscal federal. Por ejemplo, si tiene un hijo y recibe un reembolso de \$3,000 de su Cuenta de Gastos Flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes, habrá agotado los gastos disponibles (\$3,000) que podría reclamar por un hijo como crédito fiscal.

La mejor opción para usted, ya sea el crédito fiscal o la cuenta de gastos flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes, depende de sus ingresos brutos y su estado civil para efectos fiscales. Para obtener más información sobre cuál se ajusta mejor a sus necesidades, consulte con su asesor fiscal.

Puede usar la Cuenta de Gastos Flexibles del Plan de Asistencia para el Cuidado de Dependientes si es responsable del cuidado de un dependiente elegible y debe pagarle a otra persona para que le brinde este cuidado y así poder trabajar. Si está casado/a, solo puede usar esta cuenta si ambos trabajan o si su cónyuge es estudiante de tiempo completo o tiene una discapacidad que le impide cuidarse a sí mismo/a. En otras palabras, si uno de ustedes se queda en casa para cuidar a los dependientes o estudia a tiempo parcial, no puede usar la cuenta.

## 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 ocurría 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.

Pueden aplicarse normas adicionales para las cuentas de gastos flexibles para la atención médica.

#### 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 acreditables, 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 pagarás una prima (penalización) más alta por unirte 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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	<a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>
Teléfono de Medicaid	800-692-7462
Sitio web de CHIP	<a href="https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx">https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx</a>
Teléfono con chip	800-986-KIDS (5437)
NUEVA JERSEY	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>
Teléfono de Medicaid	800-356-1561
Teléfono de asistencia premium CHIP	609-631-2392
Sitio web de CHIP	<a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>
Teléfono con chip	800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK	Seguro de enfermedad
Sitio web de Medicaid	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>
Teléfono de Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	<a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html</a>
Teléfono de Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sitio web de CHIP	<a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html</a>
Teléfono con chip	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	<a href="https://health.maryland.gov/mmc/Pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmc/Pages/home.aspx</a>
Teléfono de Medicaid	855-642-8572
Sitio web de CHIP	<a href="https://mmc.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx">https://mmc.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx</a>
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](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

## Notas





Octubre de 2025

Union Bug