



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



¡Es tiempo de inscripción!

# 2026

Guía de beneficios para nuevos empleados

¡Tienes 20 días para inscribirte en los  
beneficios para empleados a tiempo  
parcial de BOLR BMCA para 2026!

# Contenido

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bienvenido al Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR del Local 32BJ de SEIU ..... | 2  |
| Datos básicos .....                                                                | 4  |
| Beneficios dentales .....                                                          | 6  |
| Beneficios de la visión .....                                                      | 7  |
| Seguro de vida y seguro por muerte accidental y<br>desmembramiento (AD&D) .....    | 8  |
| Prestaciones por incapacidad a corto plazo .....                                   | 9  |
| Avisos importantes .....                                                           | 10 |

## Bienvenidos al SEIU Local 32BJ Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR

2026

¿Necesitas un formulario?

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

Los formularios que debe completar para inscribirse se encuentran en las primeras páginas de esta guía y en la sección de Contactos y Recursos. página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) en nuestro sitio web. Los formularios del sitio se pueden completar en línea. Solo tendrá que imprimirlos, firmarlos y enviarlos por correo a la Oficina del Fondo.



Cada formulario 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.

En esta guía y los materiales que la acompañan, encontrará la información, los formularios y las instrucciones necesarias para inscribirse en la cobertura de beneficios para 2026. Por favor, revise detenidamente los materiales adjuntos y considere las necesidades de su familia antes de inscribirse.

Deberá devolver los formularios cumplimentados (incluidos al principio de este libro) a la Oficina del Fondo a más tardar 20 días después de recibir este paquete de inscripción.

### Lo que debes hacer ahora

Después de leer esta guía:

1. Complete ambos lados del formulario de censo demográfico/beneficiario. Si va a agregar dependientes a los planes, complete el formulario de inscripción de dependientes. Debe presentar la documentación correspondiente para inscribir a los dependientes.
2. Revise esta guía detenidamente. Considere qué opciones de beneficios son las mejores para usted y su familia.
3. Complete, firme y feche los formularios correspondientes que se encuentran al principio de esta guía. Lea los recuadros morados para determinar qué formularios debe completar.
4. Si renuncia a la cobertura médica:
  - Complete y firme el Formulario de Prueba de Otra Cobertura y verifique su otra cobertura con una copia de su tarjeta de identificación médica; y
  - Devuelva todos los formularios necesarios en el sobre de respuesta adjunto.
5. Complete el formulario de cotejo de datos del Seguro Social adjunto y proporcione una copia de su Tarjeta del Seguro Social. Si agrega dependientes al plan, también debe proporcionar copias de sus tarjetas del Seguro Social.

**Nota:** Si sus formularios están incompletos, le serán devueltos. Si le devuelven alguno, deberá completar la información faltante y devolverlo a la Oficina del Fondo en un plazo de 72 horas.

**IMPORTANTE: Recordatorio sobre cambios de**

estado. Sus decisiones sobre beneficios permanecerán vigentes durante el resto del año. Solo podrá modificar sus opciones de seguro médico, dental o de la vista durante el año si su estado cambia.

Los cambios de estado que cumplen los requisitos son:

- Un cambio en su estado civil (como matrimonio, divorcio o anulación);
- Un cambio en el número de personas a su cargo (como el nacimiento, la adopción legal de un hijo, la colocación de un niño bajo su cuidado para su adopción o la muerte de una persona a su cargo);
- Ciertos cambios en el estado laboral que afectan la elegibilidad para los beneficios para usted, su cónyuge o hijos, tales como: terminación del empleo, una huelga o cierre patronal, el inicio o regreso de una licencia sin goce de sueldo, un cambio de lugar de trabajo o un cambio en el horario de trabajo (por ejemplo, entre trabajo de tiempo completo y tiempo parcial o una disminución o aumento de horas);
- Su hijo ya no reúne los requisitos para recibir cobertura;
- Derecho a Medicare o Medicaid (se aplica solo a la persona con derecho a Medicare o Medicaid);
- Cambiar para cumplir con una orden estatal de relaciones domésticas relacionada con la cobertura de su hijo dependiente;
- Su elegibilidad, la de su cónyuge o la de su hijo para la cobertura COBRA;
- Un aumento significativo en el costo de la cobertura o una reducción significativa en la cobertura de beneficios bajo su plan de atención médica o el de su cónyuge;
- La adición, eliminación o reducción significativa de una opción de cobertura;
- Un cambio en la cobertura de su cónyuge o hijo durante el período de inscripción anual de otro empleador cuando el otro plan tenga un período de cobertura diferente; o
- Un cambio en los proveedores de cuidado de dependientes o en los costos si los proveedores no son familiares del empleado (se aplica solo a la Cuenta de Reembolso de Cuidado de Dependientes).

Debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo su solicitud de cambio de cobertura dentro de los 31 días posteriores al cambio de estado (el plazo es de 90 días para agregar un recién nacido; o de 60 días si pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple los requisitos, o si cumple los requisitos para un programa estatal de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP), y debe proporcionar prueba del evento.

**RECUERDE: ¡Elija con cuidado!** Tiene 20 días para inscribirse. No podrá cambiar su elección hasta el próximo período de inscripción abierta en 2026, para la cobertura que entrará en vigor el 1 de enero de 2027, a menos que tenga un cambio de estado que lo justifique.

¿Preguntas? Llame a la oficina del fondo al 215-568-3262. ext. 1400 o al 800-338-9025 ext. 1400.

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 continuar con el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios de forma indefinida, 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 bajo el Plan constituyen un contrato de trabajo. Lea atentamente estos documentos y guarde esta información importante junto con sus demás materiales de beneficios para futuras consultas.

## Datos básicos

¿Quiénes pueden optar a esta plaza?

Usted puede acogerse al Plan de Tiempo Parcial BOLR BMCA si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado, mediante un convenio colectivo, a realizar aportaciones en su nombre al Fondo.

Si usted reúne los requisitos para participar en el Plan de Tiempo Parcial de BOLR BMCA, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios dentales y de visión. Sus dependientes elegibles incluyen:

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

Cualquier niño por el que usted asuma gratuitamente el sustento 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 ambos lados)
  - Estado de dependencia de documentos : algunos ejemplos de documentación incluyen:
    - Certificado de nacimiento estatal válido que nombre a ambos padres para hijos biológicos o hijastros menores de 26 años
    - Prueba de adopción para un niño adoptado legalmente menor de 26 años.
    - Si se le exige agregar a sus hijos menores de 26 años como resultado de una Orden de Manutención Infantil por Gastos Médicos Calificados, proporcione una copia de la Orden.
    - Prueba del número de Seguro Social
- Si tiene un hijo que debe permanecer cubierto por su seguro médico después de los 26 años debido a una discapacidad física o mental que le impide mantenerse económicamente, la Oficina del Fondo requiere documentación periódica que acredite su discapacidad. Esta información debe proporcionarse a la Oficina del Fondo a más tardar 31 días después de que el niño cumpla 26 años.

**RECUERDE:** Tiene 20 días para inscribirse usted y sus dependientes. Si no recibimos sus formularios de inscripción dentro del plazo establecido, deberá esperar hasta nuestro próximo período de inscripción abierta, a menos que haya un cambio de estatus que justifique su inscripción.

### Orden de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO)

Si está obligado a proporcionar manutención infantil y cobertura médica conforme a una Orden de Manutención Médica Infantil Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación de 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 de administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

### ¿Quién paga las prestaciones?

Tu plan de beneficios y las contribuciones requeridas se establecen mediante un convenio colectivo. Tu empleador realiza contribuciones mensuales en tu nombre al Fondo, que cubre la totalidad o parte de tus beneficios de salud y bienestar. Tú pagas una parte del costo de los servicios de atención médica que recibes mediante deducibles, copagos o coseguros.

### Cambiar tus beneficios

Sus opciones de beneficios estarán vigentes desde la fecha de inscripción hasta el 31 de diciembre de 2026. No podrá modificar sus opciones de seguro dental o de visión para 2026 durante el año, a menos que experimente alguno de los cambios de estado que califican, descritos en las páginas 2 y 3.

## Beneficios dentales

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

Tabla de beneficios dentales

| Deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En red                                | Fuera de la red                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Beneficio máximo anual <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3.000 dólares por persona al año.     | 3.000 dólares por persona al año. |
| Preventivo y<br>Atención diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen oral, limpieza, Radiografías interproximales (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses.</li> <li>Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites)</li> <li>Selladores o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)</li> </ul> | 100%                                  | 100%<br>(cantidad permitida)      |
| Restauración básica <ul style="list-style-type: none"> <li>Empastes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%                                  | 100%<br>(cantidad permitida)      |
| Restauración mayor <ul style="list-style-type: none"> <li>Reparación de coronas existentes</li> <li>Incrustaciones, recubrimientos, coronas, restauraciones coladas</li> <li>Puentes y dentaduras postizas</li> </ul>                                                                                                                                         | 100%                                  | 100%<br>(cantidad permitida)      |
| Ortodoncia<br>(Solo para niños, con un límite máximo de por vida de \$4,500, excepto en casos de ortodoncia médicamente apropiada).                                                                                                                                                                                                                           | 100%<br>Máximo de por vida de \$1,000 | 100%<br>(cantidad permitida)      |

1. El límite máximo anual para atención dental es un máximo combinado para la atención dentro y fuera de la red. Según las directrices de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), la atención dental pediátrica no está sujeta a los límites máximos anuales.

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

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

Consulte el Resumen de su Plan para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales.

## Beneficios de la visión

### Cómo funciona el plan

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

- Al utilizar un proveedor participante, usted recibe los máximos beneficios porque el Plan cubre el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina.
- Cuando utilice un proveedor que no participe en la red, el Plan le reembolsará los exámenes, las monturas de gafas y los lentes o lentes de contacto. Usted paga el costo total al recibir los servicios. Posteriormente, debe presentar una reclamación para que se le reembolse la parte del costo que corresponde al Plan.

### Lo que paga el plan

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

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

Cuando reciba servicios de un proveedor de servicios oftalmológicos que no participe en el plan, este pagará hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

El plan también cubre hasta 60 dólares para lentes y hasta 60 dólares para monturas, o hasta 120 dólares para lentes de contacto, una vez cada 24 meses para niños y adultos.

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

El Plan Visión no cubre:

- Fotografía del fondo 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.

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

## Seguro de vida y muerte accidental

### Seguro por desmembramiento (AD&D)

Hoy en día, el seguro de vida es más que una "prestación de tranquilidad": es una de las necesidades básicas de la vida.

El seguro de vida está diseñado para ofrecer protección a su familia, o a cualquier persona que dependa de sus ingresos, en caso de su fallecimiento. El seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) le paga una indemnización si sufre la pérdida accidental de una extremidad o de la vista, y paga una indemnización a sus beneficiarios si fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Los dependientes no tienen derecho a la cobertura de seguro de vida ni de seguro por muerte accidental y desmembramiento.

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

## No lo olvides: tu beneficiario

Para garantizar que los beneficios se paguen a la persona que usted desea, debe designar a su beneficiario y mantener actualizada la información sobre sus beneficiarios a medida que cambien sus circunstancias. Si cumple con los requisitos por primera vez o si su situación de dependiente ha cambiado, complete el formulario de Censo Demográfico/Información del Beneficiario.

Si necesita un nuevo formulario, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Devuelva el formulario a la oficina del Fondo.

Esta prestación del seguro de vida generalmente solo se paga si usted fallece mientras se encuentra en un empleo activo cubierto por el seguro.

Cualquier prestación por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagadera como consecuencia de su fallecimiento accidental es igual al importe de su seguro de vida y se abona adicionalmente a dicha prestación.

El monto de la prestación por muerte accidental y desmembramiento depende del tipo de pérdida accidental. Consulte el Resumen del Plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones.

Consulte el Resumen de su Plan para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

## 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 recibir dichas prestaciones.

Las prestaciones por incapacidad temporal le proporcionan a usted y a su familia un pago semanal complementario si queda incapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

La duración específica de la baja por incapacidad temporal se determina según el diagnóstico y las directrices establecidas. Sin embargo, ninguna baja por incapacidad temporal puede exceder el máximo de 26 semanas. Para que se consideren las prestaciones por incapacidad temporal, debe completar un formulario de solicitud y presentar un certificado médico expedido por un médico cualificado que acredite su incapacidad y su incapacidad para desempeñar sus funciones laborales habituales. Tenga en cuenta que los proveedores de servicios de salud mental también pueden certificar la incapacidad.

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

Su solicitud de prestaciones por incapacidad temporal comienza el cuarto día hábil después de su visita al médico debido a 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 sin trabajo por una incapacidad continua que supera un mes, debe presentar los formularios de continuación (formularios azules) periódicamente, generalmente una vez al mes. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario. Solo recibirá el crédito de elegibilidad mientras esté recibiendo beneficios por incapacidad temporal.

Para obtener más información sobre las prestaciones por incapacidad temporal, consulte el Resumen de su Plan o llame a la Oficina del Fondo al 215-568-3262 o al 800-338-9025 si llama desde fuera del área de cobertura local.

---

\* Si su empleador está obligado a realizar una contribución adicional para los beneficios por discapacidad a corto plazo.

Tenga en cuenta: Algunos empleadores aún pueden estar sujetos al subsidio de tarifa fija, según los requisitos de su contrato. Si usted cumple con los requisitos para el subsidio semanal de tarifa fija para empleados de medio tiempo que trabajan menos de 30 horas a la semana, la tarifa será de \$130 por semana.

El término “médico legalmente cualificado” incluye a los médicos (MD), los doctores en osteopatía (DO), los doctores en cirugía dental (DDS), los doctores en medicina dental (DMD) o los doctores en medicina pediátrica (DPM).

Toda solicitud de 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 enviarla a la Oficina del Fondo.

## Avisos importantes

El Fondo de Bienestar del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR ("el Fondo") tiene la obligación de proporcionarle los siguientes avisos importantes. Léalos atentamente para que comprenda sus derechos y responsabilidades.

### Derechos de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción en el plan de seguro médico para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que ya cuentan con otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y proporcione la documentación justificativa. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, la adopción o la colocación en adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado del nacimiento, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento (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 cumple con los requisitos para un programa estatal de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP).

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

- Perder 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 acceder al 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 de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debido a cambios en los requisitos de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Los formularios 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 formularios de inscripción y proporcionar la documentación que acredite la condición de dependiente dentro del plazo establecido (por ejemplo, si necesita más tiempo para obtener el certificado de nacimiento de un recién nacido), el plazo podría prorrogarse.

### COBRA

Según la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada 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
- Tienes una reducción en tus horas de trabajo.

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

- Mueres,
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente,
- Usted se vuelve elegible para Medicare, o
- Sus dependientes ya no tienen derecho a la cobertura del plan médico.

Usted y sus dependientes generalmente pueden optar por continuar la cobertura en cualquier momento dentro de los primeros 60 días posteriores a la finalización de la misma o 60 días después de la fecha en que se reciba la notificación, lo que ocurra más tarde. La continuación de la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que causó su finalización, siempre y cuando usted pague la prima correspondiente. Solo puede continuar la cobertura que estaba vigente un día antes del evento. Sin embargo, puede modificar sus opciones cada año durante el período de inscripción abierta anual. 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 la elección a tiempo y efectuar pagos mensuales de la prima.

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

En general, según la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto, ya sea para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con ella, les dé el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una 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 coseguro que son coherentes con las establecidas para otras prestaciones del plan.

#### Recordatorio del Aviso de Privacidad de HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exigen que el Plan de Bienestar del Sindicato Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR (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 de salud protegida (PHI), así como la forma en que el Plan puede usar y divulgar dicha información. 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 local).

## Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

### Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para 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 uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay disponible ayuda 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 podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 877-KIDS NOW o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si cumple con 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 son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, así como también lo son a través del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 866-444-EBSA (3272).

La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

| 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 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 de CHIP | 609-631-2392                                                                                                                                                                                                                    |
| Sitio web de CHIP                      | <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>                                                                                                                                     |
| Teléfono CHIP                          | 800-701-0710 (TTY: 711)                                                                                                                                                                                                         |
| NUEVA YORK                             | Seguro de enfermedad                                                                                                                                                                                                            |
| Sitio web de Medicaid                  | <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>                                                                                                                   |
| Teléfono de Medicaid                   | 800-541-2831                                                                                                                                                                                                                    |
| DELAWARE                               | Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                 |
| Sitio web de Medicaid                  | <a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html</a>                                                                                                                 |
| Teléfono de Medicaid                   | 302-571-4900 o 866-843-7212                                                                                                                                                                                                     |
| Sitio web de CHIP                      | <a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html</a>                                                                                                                         |
| Teléfono CHIP                          | 302-571-4900 o 866-843-7212                                                                                                                                                                                                     |
| MARYLAND                               | Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                 |
| Sitio web de Medicaid                  | <a href="https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx</a>                                                                                                                 |
| Teléfono de Medicaid                   | 855-642-8572                                                                                                                                                                                                                    |
| Sitio web de CHIP                      | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx</a>                                                                                                         |
| Teléfono CHIP                          | 855-642-8572 (TTY 711)                                                                                                                                                                                                          |

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

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
Centros de Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados 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

## Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Léalo atentamente.

| Sus derechos                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted tiene derecho a:                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga una copia de su historial médico y de reclamaciones.</li> <li>• Corrija sus registros de salud y reclamaciones.</li> <li>• Solicitar comunicación confidencial</li> <li>• Pídenos que limitemos la información que compartimos.</li> <li>• Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información</li> <li>• Obtenga una copia de este aviso de privacidad</li> <li>• Elija a alguien para que actúe en su nombre.</li> <li>• Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad.</li> </ul>                                                                                        |
| Tus opciones                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos la información.<br><small>como nosotros:</small> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde a las preguntas sobre cobertura que te hagan tus familiares y amigos.</li> <li>• Proporcionar ayuda en caso de desastre</li> <li>• Promocionar nuestros servicios y vender su información.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nuestros usos y divulgaciones                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Podemos usar y compartir su información cuando:                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe.</li> <li>• Dirigir nuestra organización</li> <li>• Paga tus servicios de salud</li> <li>• Administrar tu plan de salud</li> <li>• Ayudar con cuestiones de salud y seguridad pública.</li> <li>• Investiga</li> <li>• Cumplir con la ley</li> <li>• Responder a la donación de órganos y tejidos solicitudes y trabajar con un médico forense o un director de funeraria</li> <li>• Atender solicitudes relacionadas con compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales.</li> <li>• Responder a demandas y acciones legales</li> </ul> |

### Sus derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de sus registros médicos y de reclamaciones.

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico, registros de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones.

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si considera que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono fijo o de oficina) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dices que estarías corremos peligro si no lo hacemos.

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para su tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si nos afectara tu cuidado.

Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Puedes solicitar una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido tu información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de tu solicitud, con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relativas al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe contable anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable, basada en los costos, si solicita otro dentro de los 12 meses siguientes.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien para que actúe en tu nombre.

- Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presenta una queja si consideras que se han violado tus derechos.

- Si considera que hemos vulnerado sus derechos, puede presentar una queja poniéndose en contacto con nosotros a través de la información que figura a continuación.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/Quejas/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/Quejas/hipaa/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Respecto a cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre cómo la compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

• Nos pondremos en contacto con usted para iniciativas de recaudación de fondos.

• Incluya su información en el directorio del hospital.

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayuda a gestionar el tratamiento médico que recibe.

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pague sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administra tu plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa contrata nuestros servicios para que le proporcionemos un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?

Tenemos permiso u obligación de compartir su información de otras maneras, generalmente para fines que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con numerosas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública.

Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como por ejemplo:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de productos del mercado
- Notificar las reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

## Investiga

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones en el ámbito de la salud.

## Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si así lo exigen las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria.

- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un forense, un médico legista o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales.

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para reclamaciones de indemnización laboral
- Con fines policiales o en presencia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
- Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como las militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida. información.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y brindarle una copia de ello.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita, a menos que nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/avisopp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/avisopp.html).

## Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo postal.

Octubre de 2018

Tyema Sánchez

Responsable de protección de datos

215-568-3262, Extensión 1400

## Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal finalice. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, consulte el Resumen del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan.

Es posible que tengas otras opciones disponibles cuando pierdas la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, usted podría ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, podría obtener primas mensuales más bajas y menores gastos de bolsillo. Además, podría ser elegible para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

## ¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una extensión de la cobertura del Plan cuando esta finalizaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "evento que da derecho a la cobertura". Los eventos que dan derecho a la cobertura se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que da derecho a la cobertura, se debe ofrecer la cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea un "beneficiario que da derecho a la cobertura". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que dan derecho a la cobertura si esta se pierde debido al evento que da derecho a la cobertura. Según el Plan, los beneficiarios que dan derecho a la cobertura que eligen la cobertura de continuación COBRA deben pagarla.

Si usted es empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Se reducen sus horas de trabajo o
- Su relación laboral finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que dan derecho a dicha cobertura:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos que dan derecho a la cobertura:

- El padre/madre empleado fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre empleado/a;
- El empleo del padre/madre empleado/a finaliza por cualquier motivo que no sea su pérdida bruta. mala conducta;
- El padre o madre empleado/a tiene derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de tener derecho a la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

### ¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento que califica. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos que califican:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El hecho de que el empleado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que dan derecho a la cobertura (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento. Debe entregar esta notificación a la oficina del fondo.

### ¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento que da derecho a la cobertura, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá derecho independiente a optar por la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden optar por la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden optar por la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una extensión temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que dan derecho a la cobertura, o un segundo evento que dé derecho a la cobertura durante el período inicial, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen maneras de extender este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

#### Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA

Si usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan es declarado discapacitado por la Seguridad Social y usted notifica al Administrador del Plan oportunamente, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado antes del día 60 de la cobertura de continuación COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de dicha cobertura.

#### Segunda extensión del período de cobertura continua de 18 meses tras un evento que califica

Si su familia experimenta otro evento que califique durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si el primer evento que califica no hubiera ocurrido.

### ¿Existen otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial".

Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

### ¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza en la fecha que ocurra primero de

- El mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y opta por la cobertura de continuación COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que experimente una interrupción en su cobertura si decide inscribirse en la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación COBRA y posteriormente se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice la cobertura de continuación COBRA, el Plan podría cancelarla. Sin embargo, si Medicare Parte A o B está vigente en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no se interrumpirá debido a la elegibilidad para Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si usted está inscrito tanto en la cobertura de continuación COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran complementarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite [www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you).

### Si tiene alguna pregunta

Si tiene preguntas sobre su plan o sus derechos de cobertura de continuación COBRA, comuníquese con la persona o personas de contacto que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### Mantén informado a tu Plan sobre los cambios de dirección.

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio de domicilio de sus miembros. Asimismo, conserve una copia de todas las notificaciones que envíe al administrador del plan.

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

