



www.seiu36.com



¡Es tiempo de inscripción!

2026

Guía de beneficios para nuevos empleados

¡Tienes 20 días para inscribirte en los
beneficios de tiempo completo de
BOLR para 2026!

Contenido

Bienvenido al Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR del Local 32BJ de SEIU	2
Datos básicos	4
Beneficios médicos	6
Términos importantes.....	7
Resumen de beneficios.....	8
Salud y Bienestar (Estilos de Vida SaludablesSM): ¡ Trabajando para apoyar su salud todos los días!	10
Beneficios para la salud conductual	11
Beneficios de los medicamentos recetados	12
Beneficios dentales	13
Beneficios de la visión	15
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	16
Prestaciones por incapacidad temporal	17
Avisos importantes	18

¿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.

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

2026

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. Debe tener un médico de atención primaria (PCP). Puede elegir uno comunicándose con Independence Blue Cross al 800-ASK-BLUE (800-275-2583) o visitando www.ibx.com. Es fundamental que elija un PCP para minimizar sus gastos de bolsillo.
5. 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.
6. 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 Completo de BOLR 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 Completo de BOLR, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Niños desde el nacimiento hasta los 26 años
- Hijastros de hasta 26 años
- 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 dentro de los 31 días posteriores al cumpleaños número 26 del niño.

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.

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?

Su plan de beneficios y las contribuciones requeridas se establecen mediante un convenio colectivo.

Su empleador realiza contribuciones mensuales en su nombre al Fondo, que paga la totalidad o parte de sus beneficios de salud y bienestar. Usted paga una parte del costo de los servicios de atención médica que recibe a través de deducibles, copagos y/o coseguro.

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 médico, dental o de la vista para 2026 durante el año, a menos que experimente alguno de los cambios de estado que califican, descritos en las páginas 2 y 3.

También puede inscribirse en el plan médico en cualquier momento del año si:

- Usted

renunció a la cobertura para usted o sus dependientes elegibles porque usted o sus dependientes tenían cobertura médica y la perdieron debido a divorcio, separación legal, fallecimiento, terminación del empleo, reducción de horas de trabajo o agotamiento del período de cobertura COBRA del otro plan. En este caso, puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles que perdieron la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la misma.

- Usted adquiere un nuevo dependiente a través del matrimonio, la adopción o la colocación en adopción. En este caso, puede inscribirse usted y sus nuevos dependientes siempre que lo haga dentro de los 31 días posteriores al evento. Si su nuevo dependiente es un recién nacido, tiene 90 días después del 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) para solicitar la inscripción.
- Si usted o su dependiente pierden la cobertura de Medicaid o del Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque usted o su dependiente ya no son elegibles para dicha cobertura—o si usted o un dependiente reúne los requisitos para recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted mismo o a sus dependientes en este Plan, siempre que solicite la inscripción y proporcione la documentación adecuada dentro de los 60 días posteriores al evento.

Beneficios médicos

Recordatorios importantes:

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

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

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

Requisitos de precertificación

Para recibir tratamiento, es necesario aprobar ciertos servicios que se consideren médicamente necesarios.

Esto se denomina precertificación. Algunos servicios que requieren precertificación incluyen: • TODOS los ingresos

hospitalarios no urgentes • Cirugía electiva para pacientes

hospitalizados • Determinados equipos

médicos duraderos

• Atención médica domiciliaria

• Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados

• Resonancia magnética/angiografía por resonancia magnética

• Tomografía computarizada/angiografía computarizada

• Tomografía por emisión de positrones (PET)

Nota: Esta no es una lista completa de servicios. Blue Cross puede modificar los requisitos de preautorización periódicamente.

Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross.

No te olvides de 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. Pregúntele qué pruebas y exámenes de detección le corresponden. Por ejemplo, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las personas comiencen a hacerse pruebas de detección de cáncer colorrectal a los 45 años. Las pruebas regulares de colesterol permiten detectar signos de enfermedad de las arterias coronarias. Y las revisiones ginecológicas anuales pueden detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales.

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

Términos importantes

Copago máximo anual—

Este 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 límite máximo anual, el plan cubrirá el 100% del costo de los servicios dentro de la red durante 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 parte de sus gastos cubiertos que usted paga cada año antes de que su plan médico comience a pagar beneficios por servicios específicos.

Proveedores dentro de la red—

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

Gastos médicamente necesarios—

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

Proveedores fuera de la red—

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

Modelo de atención médica centrada en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés)—

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

Médico de atención primaria (PCP)—

A veces se le denomina "médico de familia". Este es el médico que le brinda el primer contacto cuando tiene un problema de salud. El médico de atención primaria también proporciona atención continua y derivaciones a especialistas según sea necesario. Blue Cross ha designado a ciertos médicos como "médicos de atención primaria"; debe consultar el Directorio de Médicos de Blue Cross para seleccionar un médico de atención primaria elegible.

Resumen de beneficios

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/ AUTORREFERENCIA
Deducible (anual)		
Individual	\$0	\$250
Familia	\$0	\$500
Límite máximo anual de gastos de bolsillo		
Individual	\$6,750	\$6,750
Familia	\$13,500	\$13,500
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
Paciente hospitalizado ¹	100%	70% del monto permitido, después de la deducción. Hasta 70 días por año natural
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	100%	70% del monto permitido, después de la deducción.
Reemplazo de rodilla y cadera ^{1,2} Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Sala de emergencia	Para las visitas 1 y 2: 100% después de un copago de \$100. Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Se exime si se admite	Para las visitas 1 y 2: 100% después de un copago de \$100. Para visitas 3 o más: 100% después de un copago de \$200 Se exime si se admite
Atención de urgencias	100% después de un copago de \$40	70% del monto permitido, después de la deducción.
Centro de enfermería especializada ¹ Hasta 60 días al año	100%	No cubierto
Consultorio médico PCMH PCP	100% después de un copago de \$10	70% del monto permitido, después de la deducción.
Consultorio médico (no perteneciente al modelo PCMH) - Médicos de atención primaria y especialistas	100% después de un copago de \$20	70% del monto permitido, después de la deducción.
Atención preventiva para adultos y Niños ³	100%	70% del monto permitido, sin deducible.
Examen ginecológico de rutina/Citología vaginal (uno por año)	100%	70% del monto permitido, sin deducible.
Mamografía	100%	70% del monto permitido, después de la deducción.
Vacunas pediátricas	100%	70% del monto permitido, después de la deducción.
Cirugía ¹ (para algunas cirugías ambulatorias puede ser necesaria una autorización previa).	100%	70% del monto permitido, después de la deducción.
Laboratorio/Patología (pacientes ambulatorios) ^{4,5}	100%	70% del monto permitido, después de la deducción.

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

1. Se requiere preautorización 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 preautorización.

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 u otro centro Keystone participante o 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. Para que la atención se considere dentro de la red de su seguro médico, debe acudir al centro designado por su médico de cabecera.

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

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

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

Salud y Bienestar (Estilos de Vida SaludablesSM)— ¡Trabajamos para cuidar tu salud cada día!

Para ser elegible, debe inscribirse en el programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable. Se aplican restricciones y pautas especiales. El programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable es administrado por Independence Blue Cross, y los detalles del programa pueden cambiar en cualquier momento. Llame, visite www.ibx.com o descargue la aplicación móvil de IBX para obtener la información más actualizada sobre el programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable.

Para poder optar a los reembolsos, debe tener contratado un seguro médico con Independence.

La mayoría de las personas solo piensan en su salud y en sus beneficios de atención médica cuando están enfermas, o una vez al año, cuando les toca el chequeo médico anual. En realidad, deberíamos pensar en nuestra salud y en nuestros beneficios de atención médica todos los días.

He aquí la razón. 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, tanto positivo como negativo. Los programas de Independence Healthy Lifestyles Solutions te ofrecen apoyo y orientación para que tomes medidas positivas que mejoren tu salud y aumenten tus posibilidades de mantenerte sano.

Desde recompensarte por tus decisiones de estilo de vida saludables hasta ofrecerte soluciones personalizadas tan únicas como tú, el programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable está diseñado para ayudarte a mantenerte sano. Y lo mejor de todo: los programas son gratuitos para ti y tus dependientes elegibles.

Para poder participar en el programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable, debe estar inscrito en el plan médico .

Para obtener más información o para inscribirse en cualquiera de los programas del programa Soluciones para Estilos de Vida Saludables, llame al 800-ASK-BLUE de lunes a viernes, de 8:00 a 18:00. Sintone la aplicación ET y siga las instrucciones del programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable. También puede encontrar información sobre el programa en línea en www.ibx.com o descargando la aplicación móvil de IBX.

¡Ponte en forma y recibe recompensas!

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

- Hasta \$150 de reembolso en sus cuotas del gimnasio.

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

Con nuestros programas de reembolso, te facilitamos la obtención de dinero para un estilo de vida saludable. No es necesario inscribirse. Cumple 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.

Beneficios para la salud conductual

Su prestación por salud mental está cubierta 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 experimentados de MHC 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 en www.mhconsultants.com.

Muestre su tarjeta de MHC si necesita tratamiento con un profesional 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.

Las dispensaciones de medicamentos para 90 días solo están disponibles en las farmacias CVS.

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

Beneficios de los medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada por CVS Caremark, comienza automáticamente al inscribirse en el plan de cobertura médica. Puede obtener hasta 30 días de medicamentos en cualquier farmacia de la red presentando su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de CVS Caremark. Para medicamentos de mantenimiento, puede obtener hasta 90 días en cualquier farmacia CVS o a través del servicio de farmacia por correo de CVS Caremark. No tendrá derecho a la cobertura de medicamentos recetados si decide no participar en el plan médico.

Sus copagos

Cada vez que surta una receta, deberá pagar 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 seleccionados por un panel de médicos y farmacéuticos. Los medicamentos incluidos en el formulario se seleccionan cuidadosamente por su eficacia, seguridad y coste.
- **No incluidos en el formulario:** medicamentos de marca que no están en el formulario. Usted paga el 100% del costo de los medicamentos no incluidos en el formulario.

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

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

Su límite máximo anual de gastos de bolsillo

Existe un límite máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Una vez que alcance dicho límite, el plan cubrirá 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 desarrollado 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 sobre la eficacia de cada medicamento.

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

Beneficios dentales

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	Ninguno
Beneficio máximo anual	3.000 dólares por persona al año
Atención preventiva y diagnóstica • Examen bucal, limpieza, radiografías interproximales (dos veces al año); radiografías de toda la boca cada 36 meses. • Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites) • Selladores o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)	100%
Restauración básica • Empastes	100%
Restauraciones mayores • Reparación de coronas existentes • Incrustaciones, recubrimientos, coronas, restauraciones coladas • Puentes y dentaduras postizas	50%
Endodoncia • Tratamiento de conducto radicular	80%
Periodoncia • Tratamiento de las encías	80%
Ortodoncia	50% \$1,000 máximo de por vida

Cómo usar un dentista participante puede ahorrarle dinero

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

Procedimiento: Corona	Si utiliza 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 (50% de la tarifa contratada)	\$350	\$350
Tú pagas	\$350	\$550 (diferencia entre la tarifa contratada por Delta y los \$900 que cobra el dentista)

Nota: Este gráfico es solo a título ilustrativo. 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 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, utilice su tarjeta de identificación para acceder a servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede combinar su tarjeta con ofertas especiales, como cupones o promo

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.

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.

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.

Prestaciones por incapacidad temporal

Si eres empleado a tiempo completo, tienes derecho a prestaciones por incapacidad temporal. Estas prestaciones te proporcionan a ti y a tu familia un pago semanal complementario si quedas incapacitado y no puedes 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 mientras su atención esté a cargo de 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.

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

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 después de que finalice la cobertura o 60 días después de la fecha en que se reciba el aviso, lo que ocurra más tarde. La cobertura continua entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de la

Si la cobertura finaliza durante un evento que la provocó, deberá pagar la prima correspondiente. Solo podrá mantener la cobertura vigente el día anterior al evento. Sin embargo, puede modificar sus opciones cada año durante el período 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 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).

Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar accesible. Contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Fondo de Bienestar del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR, y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información le ayudará a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando inscribirse, compare 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 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 los que Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te inscribes en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. El Fondo de Bienestar del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR ha determinado que el La cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan de Bienestar del Sindicato Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR, se estima que, en promedio, para todos los participantes, cubre tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura válida. Dado que su cobertura actual es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin que sea culpa tuya, también serás elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Independientemente de si se inscribe o no en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de medicamentos recetados continuará siempre que siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad del Plan de Bienestar SEIU Local 32BJ, Distrito 36 BOLR. Su cobertura actual cubre otros gastos de salud además de los medicamentos recetados y, siempre que siga cumpliendo las normas de elegibilidad del Fondo, seguirá siendo elegible para 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 participa activamente, su cobertura con este plan será primaria y Medicare pagará de forma secundaria una vez 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 los requisitos de elegibilidad e inscripción del Fondo, incluidas las normas de inscripción especiales.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

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

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura válida para medicamentos recetados, 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 una 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 para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

Para obtener más información, póngase en contacto con la persona que figura a continuación.

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

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

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

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

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

Si 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, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar 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

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

Fecha	Se proporciona al momento de la contratación y anualmente a partir de entonces.
Nombre de la entidad remitente	Fondo de Bienestar de SEIU 32 BJ, Distrito 36 BOLR
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 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.

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 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 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	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Teléfono de Medicaid	800-692-7462
Sitio web de CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Teléfono CHIP	800-986-KIDS (5437)
NUEVA JERSEY	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-356-1561
Teléfono de asistencia premium de CHIP	609-631-2392
Sitio web de CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK	Seguro de enfermedad
Sitio web de Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Teléfono de Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sitio web de CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Teléfono CHIP	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Teléfono de Medicaid	855-642-8572
Sitio web de CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Teléfono 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 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:	• Obtenga una copia de su historial médico y de reclamaciones. • Corrija sus registros de salud y reclamaciones. • Solicitar comunicación confidencial • Pídenos que limitemos la información que compartimos. • Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información • Obtenga una copia de este aviso de privacidad • Elija a alguien para que actúe en su nombre. • Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad.
Tus opciones	
Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos la información. como nosotros:	• Responde a las preguntas sobre cobertura que te hagan tus familiares y amigos. • Proporcionar ayuda en caso de desastre • Promocionar nuestros servicios y vender su información.
Nuestros usos y divulgaciones	
Podemos usar y compartir su información cuando:	• Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe. • Dirigir nuestra organización • Paga tus servicios de salud • Administrar tu plan de salud • Ayudar con cuestiones de salud y seguridad pública. • Investiga • Cumplir con la ley • Responder a la donación de órganos y tejidos solicitudes y trabajar con un médico forense o un director de funeraria • Atender solicitudes relacionadas con compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales. • Responder a demandas y acciones legales

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 corriendo 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/.
- 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.

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.

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.

¿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.

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. (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.

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

