



www.seiu36.com



Është Koha për Regjistrim!

2026

Udhëzues për Përfitimet e Punësimit të Rinj

Keni 20 ditë kohë për t'u regjistruar në 36Phlex Benefits për viti

Çfarë ka brenda

Mirë se vini në Fondin e Mirëqenies SEIU Lokal 32BJ Distrikti 36 BOLR	2
Një Përmbledhje e Programit të Përfitimeve të Planit 36Phlex	3
Fakte Bazë	4
Opsionet e Planit Tuaj Mjekësor	6 Shëndeti
dhe Mirëqenia (Stili i Jetës së ShëndetshmeSM) - Duke punuar për të Mbështetur Shëndetin Tuaj Çdo Ditë!	8
Përfitimet e Shëndetit të Sjelljes	9
Një Pamje e Përgjithshme e Përfitimeve të Planit të Opsionit të Lartë	10
Një Përmbledhje e Përfitimeve të Planit Bazë.....	11
Terma të Rëndësishëm.....	12
Përfitimet e Barnave me Recetë	13
Përfitimet Dentare	14
Përfitimet e Shikimit	16
Sigurimi i Jetës dhe Sigurimi i Vdekjes	
Aksidentale dhe Shkatërrimit (AD&D)	18
Përfitimet Afatshkurtra të Invaliditetit	19
Llogaritë e Rimbursimit.....	20
Njoftime të Rëndësishme	24

Keni nevojë për një formular?

Shikoni pjesën e përparme të

këtij Udhëzuesi - dhe në faqen tonë

të internetit!

Formularët që duhet të plotësoni për regjistrim janë në faqet e para të këtij udhëzuesi dhe në Kontaktet dhe Burimet

faqe (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) në faqen tonë të internetit.

Formularët në faqe mund të plotësohen në internet.

Thjesht duhet t'i printoni për t'i nënshkruar dhe më pas t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.



Çdo formular do t'ju tregojë kushtet në të cilat duhet ta

plotësoni. Plotësoni vetëm formularët që ju përkasin.

Grisni çdo formular të plotësuar në skajin e shpuar dhe dërgojeni me postë në Zyrën e Fondit duke përdorur zarfin e kthimit të përfshirë në këtë udhëzues.

Mirë se vini në SEIU Local 32BJ Fondi i Mirëqenies BOLR i Distriktit 36

2026

Në këtë udhëzues dhe materialet shoqëruese, do të gjeni informacionin, formularët dhe udhëzimet që ju nevojiten për t'u regjistruar për mbulimin e përfitimeve Phlex në vitin 2026.

Ju lutemi shqyrtoni me kujdes materialet bashkëngjitur dhe merrni në konsideratë nevojat e familjes suaj përpara se të regjistroheni në mbulim. Plani 36Phlex ju jep fleksibilitetin për t'u regjistruar vetëm në atë që ju nevojitet. Për shembull, nëse familja juaj tashmë ka mbulim mjekësor sipas planit të bashkëshortit/es tuaj, mund të përdorni përfitimet tuaja 36Phlex për mbulim dentar dhe të shikimit. Zgjedhja është e juaja.

Ju duhet ta ktheni Fletën/Formularin e Regjistrimit në Planin 36Phlex të plotësuar (të përfshirë në pjesën e përparme të këtij libri) në Zyrën e Fondit jo më vonë se 20 ditë pasi të keni marrë këtë paketë regjistrimi.

Çfarë duhet të bësh tani

Pasi ta keni lexuar këtë udhëzues:

1. Plotësoni të dyja anët e **Formularit tuaj të Regjistrimit Demografik/Përfituesit**. Nëse shtoni persona në varësi në plan, plotësoni formularin e Regjistrimit të Personave në Varësi. Duhet të sigurohet dokumentacioni i duhur për të regjistruar personat në varësi.
2. Rishikoni **Fletën/Formularin e Regjistrimit në Planin 36Phlex** për të parë opsionet e disponueshme dhe kostot e PhlexPoint.
3. Rishikoni me kujdes këtë Udhëzues. Konsideroni se cilat opsione përfitimesh janë më të mirat për ju dhe familjen tuaj.
4. Plotësoni, nënshkruani dhe vendosni datën në **Fletën/Formularin e Regjistrimit në Planin 36Phlex**. Sigurohuni që të zgjidhni një nivel mbulimi për mbulimin mjekësor, dentar, të shikimit dhe të sigurimit të jetës.
5. Duhet të keni një mjek të kujdesit parësor (PCP). Mund të zgjidhni një duke kontaktuar Independence Blue Cross në numrin 800-ASK-BLUE (800-275-2583), ose duke shkruar në internet në www.ibx.com.
Duhet të zgjidhni një mjek të kujdesit parësor (PCP) për të minimizuar kostot tuaja personale.
6. Nëse hiqni dorë nga mbulimi mjekësor:
 - Plotësoni dhe nënshkruani **Formularin e Vërtetimit të Mbulimit Tjetër** dhe verifikoni mbulimin tuaj tjetër me një kopje të kartës suaj të identifikimit mjekësor; dhe
 - Kthejini të gjitha formularët e nevojshëm në zarfin e bashkëngjitur të përgjigjes.
7. Plotësoni formularin e bashkëngjitur të **Përputhjes së të Dhënave të Sigurimeve Shoqërore** dhe jepni një kopje të formularit tuaj Karta e Sigurimeve Shoqërore. Nëse shtoni persona në varësi në plan, duhet të paraqisni edhe kopje të kartave të tyre të Sigurimeve Shoqërore.

Shënim: Nëse formularët tuaj janë të paplotë, ato do t'ju kthehen. Nëse ndonjë nga formularët tuaj kthehet, duhet të plotësoni informacionin që mungon dhe t'i ktheni formularët në Zyrën e Fondit brenda 72 orëve.

E RËNDËSISHME: Kujtesë për Ndryshimin e Statusit

Vendimet tuaja të përfitimeve të Planit 36Phlex do të mbeten në fuqi për pjesën tjetër të këtij viti. Ju mund të ndryshoni zgjedhjet tuaja të Llogarisë Mjekësore, Dentare, të Objektivit të Shikimit ose të Rimbursimit gjatë vitit vetëm nëse keni një ndryshim në status. Ndryshimet e kualifikuara në status janë:

- Një ndryshim në statusin tuaj martesor (si martesa, divorci ose anulimi i martesës);
- Një ndryshim në numrin e personave në varësi tuaj (si lindja, birësimi ligjor i fëmijës suaj, vendosja e një fëmije tek ju për birësim ose vdekja e një personi në varësi);
- Disa ndryshime në statusin e punësimit që ndikojnë në të drejtën për përfitime për ju, bashkëshorti/bashkëshortja ose fëmijët, si p.sh.: ndërprerja e punësimit, një grevë ose mbyllje pune, fillimi ose kthimi nga një leje e papaguar, një ndryshim në vendin e punës ose një ndryshim në orarin e punës (për shembull, midis punës me kohë të plotë dhe asaj me kohë të pjesshme ose një ulje ose rritje e orëve);

- Fëmija juaj nuk është më i kualifikuar për mbulim;
- E drejta për Medicare ose Medicaid (vlen vetëm për personin që ka të drejtë për Medicare ose Medicaid);
- Ndryshim për t'u pajtuar me një urdhër shtetëror për marrëdhëniet familjare që lidhet me mbulimin e të drejtave tuaja fëmijë i varur;
- E drejta juaj, e bashkëshortit/es tuaj ose e fëmijës suaj për mbulimin COBRA;
- Një rritje e ndjeshme e koston së mbulimit ose një ulje e ndjeshme e mbulimit të përfitimeve sipas planit tuaj të kujdesit shëndetësor ose të bashkëshortit/es tuaj;
- Shtimi, eliminimi ose shkurtimi i konsiderueshëm i një opsioni mbulimi;
- Një ndryshim në mbulimin e bashkëshortit/bashkëshortes ose fëmijës suaj gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të një punëdhënësi tjetër, kur plani tjetër ka një periudhë të ndryshme mbulimi; ose
- Një ndryshim në ofruesit e kujdesit në varësi ose koston nëse ofruesit nuk janë të afërm të punonjësit (vlen vetëm për Llogarinë e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi).

Ju duhet të njoftoni Zyrën e Fondit me shkrim për kërkesën tuaj për një ndryshim në mbulim brenda 31 ditëve nga ndryshimi i statusit (afati i fundit është 90 ditë për shtimin e një fëmije të porsalindur; ose 60 ditë nëse humbni mbulimin Medicaid ose Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për programin e ndihmës për primet e një shteti sipas Medicaid ose CHIP), dhe duhet të paraqisni prova të ngjarjes.

Një Përmbledhje e 36Phlex Programi i Përfitimeve të Planit

Plani 36Phlex është një program përfitimesh që ofron përfitime bazë, të tilla si mbulim mjekësor, dentar, të shikimit dhe të sigurimit të jetës, si dhe mundësi zgjedhjeje. Ju mund të zgjidhni nga një menu opsionesh mbulimi dhe nivelesh mbulimi për t'u siguruar që të krijoni një paketë përfitimesh që përbush nevojat tuaja specifike.

Si funksionon Plani

Plani përdor një sistem pikësh, të quajtur PhlexPoints. Çdo përfitim ju kushton një sasi të caktuar PhlexPoints.

Nëse përfitimet që zgjidhni kushtojnë **më pak se 100 PhlexPoints**, mund të përdorni shumën e mbetur PhlexPoints për:

- Regjistrohuni në një Llogari Rimbursimi të Kujdesit Shëndetësor; dhe/ose
- Regjistrohuni në një Llogari Rimbursimi për Kujdesin e Personit në Varësi.

Nëse përfitimet tuaja kushtojnë 100 PhlexPoints ose më shumë, NUK do të keni të drejtë të merrni pjesë në llogaritë e rimbursimit.

Nëse përfitimet tuaja kushtojnë **më shumë se 100 PhlexPoints**, do të duhet të kontribuoni në koston e mbulimit tuaj. Shihni Formularin e Regjistrimit për të kuptuar shumën e kontributit tuaj.

Ky dokument dhe materialet në paketën tuaj të regjistrimit ofrojnë një përshkrim përmbledhës të përfitimeve tuaja nga Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32BJ, District 36 dhe ndryshimet që do të hyjnë në fuqi më 1 janar 2026. Këto materiale plotësojnë përshkrimet e tjera të përfitimeve tuaja të Planit. Ndryshimet e përshkruara në këto dokumente dhe materialet bashkëngjitur janë në fuqi që nga 1 janari 2026. Fondi shpreson të vazhdojë Planin dhe përfitimet e përmendura në këto dokumente dhe të përshkruara në broshurën tuaj të përfitimeve për një kohë të pacaktuar, por rezervon të drejtën për të ndryshuar, pezulluar ose përfunduar Planin, tërësisht ose pjesërisht, në çdo kohë dhe për çdo arsye. As marrja e kësaj pakete regjistrimi dhe as regjistrimi në ndonjë nga përfitimet e ofruara sipas Planit nuk përbëjnë një kontratë punësimi. Ju lutemi lexoni me kujdes këto dokumente dhe ruajeni këtë informacion të rëndësishëm së bashku me materialet tuaja të tjera të përfitimeve për referencë në të ardhmen.

36Phlex Phact!

MOS MOS HARRONI:

Zgjidhni me kujdes!

Pasi të mbarojë regjistrimi

20-ditor, nuk do të jeni

në gjendje të ndryshoni

zgjedhjet tuaja deri në

periudhën tjetër të Regjistrimit

të Hapur në vitin 2026,

për mbulim që hyn në fuqi

më 1 janar 2027,

përveç nëse keni një ndryshim stat

36Phlex Phact!

Pyetje? Telefononi Zyrën e

Fondit në numrin 215-568-3262

zgjatim 1400 ose në 800-338-

9025 zgjatim 1400.

Fakte Bazë

Kush është i kualifikuar?

Ju keni të drejtë për Planin 36Phlex nëse punoni në një punësim të mbuluar dhe punëdhënësi juaj është i detyruar, nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive, të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse jeni të kualifikuar për të marrë pjesë në Planin 36Phlex, mund të regjistroni edhe personat në varësi të të cilëve u takon përfitime mjekësore, dentare dhe për sytë. Personat në varësi të të cilëve u takon përfshijnë:

- Bashkëshorti/ja juaj ligjor/e (përfshirë një bashkëshort/e të të njëjtit seks)
- Fëmijë nga lindja deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar (nga data e vendosjes në shtëpinë tuaj) deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të vendosur për birësim
- Fëmijë mbi moshën 26 vjeç të paaftë për të vazhduar punën për shkak të dëmtimit mendor ose aftësisë së kufizuar fizike

Çdo fëmijë për të cilin ju merrni përsipër mbështetjen pa nevojë nuk do të konsiderohet person në varësi.

Regjistrimi i personave në varësi

Ju duhet të plotësoni dhe të dorëzoni informacionin e mëposhtëm për të regjistruar personat në varësi tuaj në Plan:

- **Formulari i Regjistrimit për Personin e Varur** (mos harroni të plotësoni të dyja anët)
- **Statusi i Varësisë nga Dokumenti** —shembuj të dokumentacionit përfshijnë:
 - Licencë martese shtetërore e vlefshme për bashkëshortin/en
 - Certifikatë lindjeje e vlefshme shtetërore që emërton të dy prindërit për fëmijët biologjikë ose fëmijët e adoptuar që kanë adoptuar një fëmijë të dytë nën moshën 26 vjeç
 - Dëshmi birësimi për një fëmijë të birësuar ligjorisht nën moshën 26 vjeç
 - Nëse kërkohet të shtoni fëmijët tuaj nën moshën 26 vjeç si rezultat i një Urdhri të Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë, ju lutemi të paraqisni një kopje të Urdhrit
 - Dëshmi e numrit të Sigurimeve Shoqërore
 - Nëse keni një fëmijë i cili duhet të mbetet në mbulimin tuaj përtej moshës 26 vjeç për shkak të dëmtimit fizik ose mendor, si rezultat i të cilit ai nuk është në gjendje të mbështesë veten, Zyra e Fondit kërkon dokumentacion të aftësisë së kufizuar të tij në mënyrë periodike. Ky informacion duhet të jepet brenda 31 ditëve pas ditëlindjes së 26-të të fëmijës.

MOS HARRONI: Keni 20 ditë kohë për të regjistruar veten dhe personat në varësi të jush. Nëse nuk i marrim formularët tuaj të regjistrimit brenda kohës së caktuar, do t'ju duhet të prisni deri në regjistrimin tonë të ardhshëm të hapur, përveç nëse ka ndonjë ndryshim statusi kualifikues.

Urdhër i Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë (QMCSO)

Nëse ju kërkohet të ofroni mbështetje për fëmijë dhe mbulim shëndetësor sipas një Urdhri të Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë (UMKS), kontaktoni Zyrën e Fondit për një shpjegim të informacionit të kërkuar. Një UMKS është çdo vendim, dekret ose urdhër i lëshuar nga gjykata që ju kërkon të ofroni mbulim shëndetësor për një fëmijë. Për informacione shtesë në lidhje me procedurat për administrimin e UMKS-ve, kontaktoni Zyrën e Fondit.

Kush paguan për përfitimet

Plani juaj i përfitimeve dhe kontributet e kërkuara përcaktohen nga një marrëveshje kolektive. Punëdhënësi juaj paguan kontribute mujore në emrin tuaj në Fond, i cili paguan për të gjitha ose një pjesë të përfitimeve tuaja shëndetësore dhe të mirëqenies. Ju paguani një pjesë të kostos së shërbimeve të kujdesit shëndetësor që merrni përmes zbritjeve, bashkëpagesave dhe/ose bashkësigurimit.

Ju mund të ndani koston e mbulimit duke paguar një pjesë të kostos mujore të primit përmes zbritjeve nga paga, në varësi të opsionit të përfitimit dhe nivelit të mbulimit që zgjidhni.

Ju mund të paguani për mbulim para taksave

Nëse ju kërkohet të kontribuoni për koston e mbulimit tuaj, kontributet tuaja do të zbriten nga paga juaj para taksave. Kjo do të thotë që kontributet tuaja zbriten nga paga juaj para se të zbriten taksat federale dhe të Sigurimeve Shoqërore. Kontributet para taksave ulin të ardhurat tuaja të tatueshme dhe, për këtë arsye, ju kursejnë para.

Për shembull, nëse fitoni 24,000 dollarë, por kontribuoni 1,200 dollarë në vit për mbulim, ju paguani taksa federale mbi të ardhurat, Sigurimet Shoqërore dhe taksat FICA për 22,800 dollarë. Trajtimi i taksave shtetërore (dhe çdo takse lokale) mbi të ardhurat ndryshon në varësi të shtetit. Në përgjithësi, kontributet tuaja i nënshtrohen taksave mbi të ardhurat nga shteti i New Jersey-t. Megjithatë, kontributet tuaja nuk i nënshtrohen taksave mbi të ardhurat nga shteti i Delaware-it, Maryland-it ose Pensilvanisë.

Ndryshimi i Përfitimeve Tuaja

Zgjedhjet tuaja të përfitimeve janë në fuqi nga data e regjistrimit deri më 31 dhjetor 2026. Ju nuk do të jeni në gjendje të ndryshoni zgjedhjet tuaja të Llogarive Mjekësore, Dentare, të Objekteve ose të Rimbursimit për vitin 2026 gjatë vitit, përveç nëse përfaton një nga ndryshimet e kualifikuara në status të përshkruara në faqet 2 dhe 3.

Gjithashtu, mund të regjistroheshi në një nga planet Mjekësore në çdo kohë gjatë vitit nëse: • Ju

keni hequr dorë nga mbulimi për veten tuaj ose personat në varësi të kualifikuar sepse ju ose personat në varësi të juaj keni pasur mbulim shëndetësor dhe e keni humbur atë për shkak të divorcit, ndarjes ligjore, vdekjes, ndërprerjes së punësimit, reduktimit të orarit të punës ose shterimit të periudhës së mbulimit COBRA të planit tjetër. Në këtë rast, ju mund të regjistroni veten dhe personat në varësi të kualifikuar që kanë humbur mbulimin brenda 31 ditëve pas humbjes së mbulimit.

- Ju fitoni një person të ri në varësi përmes martesës, birësimit ose vendosjes në shtëpi për birësim. Në këtë rast, ju mund të regjistroni veten, bashkëshortin/en tuaj dhe personat në varësi të sapo fituar, me kusht që të regjistroheshi brenda 31 ditëve nga ngjarja. Nëse personi në varësi të ri është një fëmijë i porsalindur, keni 90 ditë pas lindjes për të kërkuar regjistrimin (ose 60 ditë nëse humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për një program ndihme për primet e shtetit sipas Medicaid ose CHIP).

- Nëse ju ose personi në varësi të jush humbisni mbulimin Medicaid ose Planin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse ju ose personi në varësi të jush nuk jeni më të kualifikuar për atë mbulim—ose nëse ju ose një person në varësi kualifikoheni për një subvencion ndihme për primet sipas Medicaid ose CHIP - mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose personat në varësi të jush në këtë Plan, me kusht që të kërkon regjistrim dhe të paraqisni dokumentacionin e duhur brenda 60 ditëve nga ngjarja.

36Phlex Phact!

Të dy planet mjekësore
kërkojnë që ju të zgjidhni një
Mjek të Kujdesit Parësor dhe
duhet të merrni referime
për shërbime të

caktuara. Gjithashtu, mund
t'ju kërkohet të merrni
shërbime të caktuara nga

vendet e përcaktuara nga
mjeku kujdestar shëndetësor (PCP) në mënyrë që ato të mbulohen.

Nëse NUK zgjidhni një mjek
personal parësor (PCP), përfitimet e
planit mund të jenë të kufizuara ose të mos paguhen fare.

Nëse ndryshoni planet
mjekësore, konfirmoni
që mjeku juaj po pranon
pacientë të rinj dhe është
një Mjek i Kujdesit Parësor
pjesëmarrës.

Opsionet e Planit tuaj Mjekësor

Mund të zgjidhni midis dy planeve mjekësore dhe një opsioni për të mos marrë pjesë. Edhe pse të dy planet mjekësore ofrojnë mbulim për kujdesin e nevojshëm mjekësor, ato funksionojnë shumë ndryshe. Është e rëndësishme që ta kuptoni secilin plan përpara se të vendosni se cili opsion është më i miri për ju dhe personat në varësi të jush.

Për t'u mbuluar nga një nga dy planet, shërbimet ose furnizimet mjekësore që merrni duhet të jenë të nevojshme nga ana mjekësore, të përshtatshme dhe të pranueshme. Megjithatë, disa shërbime dhe furnizime nuk mbulohen fare, ndërsa përfitimet për shërbime të tjera janë të kufizuara. Rishikoni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj për më shumë detaje se çfarë mbulohet dhe çfarë nuk mbulohet.

Zgjedhjet tuaja të Planit Mjekësor

- **Plani i Opsionit të Lartë** —Ky është një Plan i Pikës së Shërbimit Direkt (DPOS). Nëse zgjidhni Planin e Opsionit të Lartë, do të keni më pak PhlexPoints për të shpenzuar për përfitime të tjera.
- **Plani Bazë** —Ky është një Plan i Organizatës së Mirëmbajtjes së Shëndetit (HMO). Nëse zgjidhni Planin Bazë me kosto më të ulët, Fondi do t'ju kalojë kursimet përmes PhlexPoints shtesë, të cilat mund t'i shpenzoni për përfitime të tjera.
- **Çregjistrohuni** —Nëse keni mbulim tjetër mjekësor përmes një punëdhënësi tjetër ose bashkëshortit/es tuaj, mund të zgjidhni të çregjistroheni nga plani mjekësor i Fondit dhe të shpenzoni PhlexPoints tuaj për përfitime të tjera. Do t'ju duhet të plotësoni një formular Dëshmie të Mbulimit Tjetër nëse zgjidhni të çregjistroheni. Do t'ju duhet t'ia jepni këtë informacion Fondit çdo vit, për aq kohë sa dëshironi të hiqni dorë nga mbulimi. Ky opsion ofron numrin më të madh të PhlexPoints.

Mos harroni për kujdesin parandalues

Është e rëndësishme t'i jepni përparësi ekzaminimeve, analizave dhe kontrolleve rutinë. Kujdesi parandalues mund të kapë sëmundjet kronike dhe infeksionet si kanceri, diabeti dhe sëmundjet e zemrës përpara se ato të shndërrohen në probleme serioze shëndetësore. Zbulimi i hershëm rrit shanset e shërimit tuaj.

Hapi i parë është të caktoni një takim mjekësor vjetor me mjekun tuaj të kujdesit parësor (PCP). Pyesni se cilat teste dhe kontrolle duhet të bëni. Për shembull, Shoqata Amerikane e Kancerit rekomandon që individët të fillojnë të bëjnë kontrolle për kancerin kolorektal në moshën 45 vjeç. Testet e rregullta të kolesterolit kontrollojnë për shenja të sëmundjes së arteries koronare. Dhe vizitat vjetore tek gratë mund ta kapin kancerin e gjirit herët.

Kujdesi parandalues është i lehtë dhe i përballueshëm. Shumica e shërbimeve parandaluese mbulohen 100% për sa kohë që vizitoni një ofrues brenda rrjetit.

Nëse nuk keni një ofrues të kujdesit parësor (PCP), mund ta gjeni një në internet në www.ibx.com ose mund të kontaktoni Shërbimet për Anëtarët e Independence në (800) 275-2583.

Dallimet kryesore midis Planit të Opsionit të Lartë dhe Planit Bazë

Grafiku më poshtë përmbledh ndryshimet kryesore midis dy planeve mjekësore. Lexoni pjesën tjetër të këtij udhëzuesi për përshkrime të hollësishme të secilit plan.

Plani i Opsioneve të Larta	Plani Bazë
Duhet të zgjidhni një PCP kur regjistroheni	
Mund të përdorni mjekët dhe spitalet që zgjidhni. Qëndrimi brenda rrjetit zvogëlon kostot tuaja personale.	Kujdesi juaj shëndetësor duhet t'ju ofrojë kujdesin shëndetësor ose t'ju referojë te specialistët e HMO-së.
Zbritja vlen për jashtë rrjetit/ vetëm shërbime kujdesi të vetëreferuara; zbritja juaj vjetore është 250 dollarë për person dhe 500 dollarë për familje	Pa zbritje
Shumica e shërbimeve mbulohen brenda rrjetit 100%, pa zbritje	Shumica e shërbimeve mbulohen 100%
Shërbimet spitalore për pacientë të shtruar brenda rrjetit mbulohen 100%, pa zbritje financiare	Shërbimet spitalore për pacientë të shtruar mbulohen 100%, pas bashkëpagesës prej 100 dollarësh në ditë (bashkëpagesa maksimale: 500 dollarë për çdo shtrim)
Kirurgjia e zëvendësimit të gjurit dhe legenit në Qendrën Blue Distinction + e mbuluar 100%; shërbimet në mjediset e tjera të rrjetit të mbuluara me 70%; nuk mbulohen jashtë rrjetit	Kirurgjia e zëvendësimit të gjurit dhe legenit në Qendrën Blue Distinction + e mbuluar 100%; shërbimet në mjediset e tjera të rrjetit të mbuluara me 70%; nuk mbulohen jashtë rrjetit
Ju paguani një bashkëpagesë prej 10 dollarësh për vizitat te mjekët e PCMH dhe 20 dollarë për vizitat te mjekët jo-PCMH.	Ju paguani një bashkëpagesë prej 15 dollarësh për vizitat te mjekët e PCMH dhe 30 dollarë për vizitat te mjekët jo-PCMH (përfshirë mjekët e përgjithshëm) dhe 40 dollarë për specialistët.
Për ato shërbime që mbulohen kur ofrohen nga një ofrues jashtë rrjetit, Plani paguan 70% pas zbritjes për shumicën e shpenzimeve të pranueshme.	Pa përfitime jashtë rrjetit
Maksimumi vjetor i pagesës personale është 6,750 dollarë për person dhe 13,500 dollarë për familje.	Maksimumi vjetor i pagesës personale është 6,750 dollarë për person dhe 13,500 dollarë për familje.

Kërkesat e para-certifikimit

Disa shërbime duhet të miratohen si të nevojshme nga ana mjekësore përpara se të merrni trajtim.

Kjo quhet paraçertifikim. Disa shërbime që kërkojnë paraçertifikim përfshijnë:

- TË GJITHA pranimet në spital jo-urgjente
- Kirurgji zgjedhore për pacientë të shtruar
- Zgjidhni pajisje mjekësore të qëndrueshme
- kujdes shëndetësor në shtëpi
- Kujdes paliativ për pacientë të shtruar
- MRI/MRA
- Skanim CT/CTA
- Skanim PET

Shënim: Kjo nuk është një listë e plotë e shërbimeve. Blue Cross mund të ndryshojë kërkesat e para-certifikimit herë pas here. Kontaktoni Shërbimet për Anëtarët e Blue Cross për më shumë informacion.

36Phlex Phact!

Duhet të regjistroheni në programin e Zgjidhjeve për Stilet e Jetës së Shëndetshme për t'u kualifikuar. Vlenë kufizime dhe udhëzime të veçanta. Programi i Zgjidhjeve për Stilet e Jetës së Shëndetshme administrohet nga Independence Blue Cross dhe detajet e programit mund të ndryshojnë në çdo kohë. Telefononi, shkoni në internet në www.ibx.com ose shkarkoni aplikacionin celular IBX për të marrë informacionin më të azhurnuar mbi programin e Zgjidhjeve për Stilet e Jetës së Shëndetshme.

36Phlex Phact!

Duhet të keni zgjedhur mbulim mjekësor me Independence për t'u kualifikuar për rimbursimet.

Shëndeti dhe Mirëqenia (Stil Jetese i ShëndetshëmSM)— Duke punuar për të mbështetur shëndetin tuaj çdo ditë!

Shumica e njerëzve kanë tendencë të mendojnë për shëndetin dhe përfitimet e kujdesit shëndetësor vetëm kur janë të sëmurë - ose një herë në vit kur është koha për kontrollin mjekësor vjetor. Në të vërtetë, duhet të mendoni për shëndetin dhe përfitimet e kujdesit shëndetësor çdo ditë.

Ja pse. Zgjedhjet që bëni çdo ditë - ushqimi që zgjidhni të hani, vendosja e rripit të sigurimit, marrja e ilaçeve sipas udhëzimeve të mjekut tuaj - mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në shëndetin tuaj, pozitivisht ose negativisht. Programet Independence Healthy Lifestyle Solutions mund t'ju ofrojnë mbështetje dhe udhëzime ndërsa ndërmerrni hapa pozitivë për të përmirësuar shëndetin tuaj dhe shanset tuaja për të qëndruar mirë.

Nga shpërblimi për zgjedhjet e zgjuara të stilit të jetesës që bëni deri te ofrimi i zgjidhjeve të personalizuar, aq individualë sa jeni ju, programi Zgjidhje për Stil Jetese të Shëndetshme është hartuar për t'ju mbajtur të shëndetshëm. Mbi të gjitha, programet janë falas për ju dhe personat që varen nga ju të kualifikuar.

Duhet të jeni të regjistruar në një nga planet mjekësore 36Phlex për t'u kualifikuar për të marrë pjesë në programin Zgjidhje për Stil Jetese të Shëndetshme.

Për më shumë informacion, ose për t'u regjistruar në ndonjë nga programet në kuadër të programit Zgjidhje për Stilet e Jetës së Shëndetshme, telefononi në 800-ASK-BLUE nga e hëna deri të premten, nga ora 8:00 deri në 18:00. ET dhe ndiqni udhëzimet për programin Zgjidhje për Stilet e Jetës së Shëndetshme. Gjithashtu mund të gjeni informacion mbi programin në internet në www.ibx.com ose duke shkarkuar aplikacionin celular IBX.

Bëhu i shëndetshëm DHE shpërblehu gjithashtu!

Shpërblehuni për hapat e vegjël që ndërmerrni çdo ditë, të cilët mund të sjellin ndryshime të mëdha në shëndetin tuaj. Rimbursimet e Zgjidhjeve të Jetesës së Shëndetshme ju ofrojnë:

• 150 dollarë mbapsht për programin e Zgjidhjeve për Stilet e Jetës së Shëndetshme

- 150 dollarë mbapsht për një program të miratuar për menaxhimin e peshës
- 150 dollarë mbapsht për programet që ju ndihmojnë të lini duhanin

Ne e bëjmë të lehtë për ju të fitoni para mbapsht për një jetë të shëndetshme me programet tona të rimbursimit. Nuk kërkohet regjistrim. Ju i përmbushni kërkesat e pranueshmërisë kur kryeni 120 vizita në një strukturë të miratuar. Thjesht dorëzoni dokumentacionin tuaj për të kërkuar rimbursim shpejt dhe në mënyrë të sigurt.

Shënim: Këto programe administrohen nga Independence Blue Cross. Ju duhet të keni mbulim nga Independence në kohën e kërkesës suaj për rimbursim.

Përfitimet e Shëndetit të Sjelljes

Përfitimi juaj i Shëndetit të Sjelljes mbulohet përmes MHC-së dhe nuk është pjesë e përfitimeve tuaja mjekësore me Planin tuaj Mjekësor të Kryqit Blu të Independence-it.

MHC është këtu për t'ju mbështetur ju dhe familjen tuaj që mund të keni probleme me përdorimin e substancave ose probleme me shëndetin emocional ose mendor. Profesionalistët me përvojë të MHC do t'ju japin kujdesin dhe vëmendjen më të mirë të mundshme. Për të mësuar më shumë rreth përfitimeve dhe shërbimeve të shëndetit të sjelljes që janë në dispozicion për ju, telefononi në 800-255-3081 ose vizitoni faqen e tyre të internetit në www.mhconsultants.com.

Tregoni kartën tuaj MHC nëse keni nevojë për trajtim me një ofrues të Shëndetit të Sjelljes. Kontaktoni MHC direkt në 800-255-3081 për të folur me një Menaxher Rasti të MHC.

MHC mund të ndihmojë me çështje të tilla

si: • Ankthi/Stresi •

Përdorimi i substancave

- Depresioni
- Stresi post-traumatik
- Dhimbje
- Probleme familjare
- Dhe shumë më tepër.

Një pamje e shkurtër e përfitimeve të planit të opsioneve të larta

Kjo tabelë ju jep një vështrim të shpejtë të Planit Mjekësor të Opsionit të Lartë. Ju lutemi referojuni Përshkrimit Përmbledhës të Planit tuaj për informacion të plotë rreth përfitimeve të Planit të Opsionit të Lartë.

PËRFITIMIN	BRENDA RRJETIT/I REFERUAR	JASHTË RRJETIT/VETËREFERUAR
Zbritje Vjetore	N/A	250 dollarë/person; 500 dollarë/familje
Maksimumi vjetor i pagesës nga xhepi 8	6,750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje	6,750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje
Vizitat e Klinikës Mjekësore në Shtëpi të Përqendruara te Pacienti	100%, pas bashkëpagesës prej 10 dollarësh	70% pas zbritjes
Vizitat në Zyrën e Mjekut (Jo-PCMH) Shërbime parësore dhe të specializuara)	100%, pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh (tek ofruesi jo-PCMH)	70% pas zbritjes
Ekzaminim rutinë gjinekologjik/Pap test 1 për vit kalendarik	100%	70%, pa zbritje
Mamografi	100%	70% pas zbritjes
Imunizimet pediatrike	100%	70% pas zbritjes
Terapi Fizike, Profesionale ose e të Folurit4, 5 deri në 30 vizita në vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	Nuk mbulohet
Rehabilitim Kardiak ose Pulmonar deri në 36 vizita për vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes
Kiropraktikë (Manipulim Kurrizor) 5 deri në 10 vizita në vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes
Pacient i Shtruar në Spital 1	100%	70% pas zbritjes deri në 70 ditë në vit kalendarik
Zëvendësimi i gjurit dhe ijes 1, 2 Qendra e Dallimit Blu + Të gjitha lehtësitë e tjera	100% 70%	Nuk mbulohet Nuk mbulohet
Kujdes urgjent	bashkëpagesë prej 40 dollarësh	70% pas zbritjes
Dhoma e Urgjencës Vizita 1 dhe 2 në urgjencë	Bashkëpagesë prej 100 dollarësh (hiqet nëse pranohet)	Bashkëpagesë prej 100 dollarësh, pa zbritje (hiqet nëse pranohet)
Vizita në urgjencë 3 plus	Bashkëpagesë prej 200 dollarësh (hiqet nëse pranohet)	Bashkëpagesë prej 200 dollarësh, pa zbritje (hiqet nëse pranohet)
Laborator/Patologji ambulatorë 4,5	100%	70% pas zbritjes
Dializë/Rrezatim/Kimioterapi	100%	70% pas zbritjes
Kujdesi Shëndetësor në Shtëpi1 deri në 200 vizita në vit kalendarik	100%	70% pas zbritjes
Kujdesi palativ1 deri në 210 ditë në jetë	100%	Nuk mbulohet
Qendër Infermierie e Specializuar1 deri në 60 ditë për vit kalendarik	100%	Nuk mbulohet
Kirurgji Ambulatoriale (mund të kërkohet paraprakisht certifikim për disa operacione ambulatorë)1	100%	70% pas zbritjes
Rreze X/Radiologji Ambulatoriale1, 4, 5	100%	70% pas zbritjes
Pajisje Mjekësore të Qëndrueshme1	100%	Nuk mbulohet
Ambulancë Transporti emergjent Transporti jo-emergjent 1	100% 100%	100%, pa zbritje 70% pas zbritjes
Infermieri Private Ambulatoriale 1 deri në 360 orë për vit kalendarik	90%	70% pas zbritjes
Programi i Shëndetit Sjellor/Përdorimit të Substancave (mbulim për kujdesin psikiatrik dhe përdorimin e substancave) SHËNIM: Programi nuk është pjesë e planit mjekësor. Telefononi MHC në (800) 255-3081.		
Pacient i	100%	70% pas zbritjes
shtruar6, 7 Vizita ambulatorë jashtë	100%	70% pas zbritjes
zyrës6 Pacient i shtruar6	100%, pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% pas zbritjes

1 Kërkohet para-certifikim për këto shërbime. Ju lutemi të kontaktoni departamentin e shërbimeve për anëtarët e Keystone HPE (Kryqi Blu i Pavarësisë) për më shumë informacion mbi ato shërbime që kërkojnë para-certifikim.

2 Trajtimi i marrë në një Qendër Blue Distinction + për zëvendësimin e gjurit dhe legenit mbulohet 100%; trajtimi i marrë në një Qendër Blue Distinction ose në çdo strukturë tjetër pjesëmarrëse Keystone ose strukturë të caktuar nga AmeriHealth mbulohet 70%. Nuk ka mbulim për zëvendësimet e gjurit/legenit të kryera jashtë rrjetit.

3 Duhet të shkoni te Mjeku i Kujdesit Parësor (PCP) që keni zgjedhur.

4 Duhet të shkosh në vendin e caktuar nga mjeku i kujdesit parësor që të merret në konsideratë kujdesi brenda rrjetit.

5 Kërkohet referim nga Mjeku i Kujdesit Parësor (PCP).

6 Shërbime brenda rrjetit të administruara nga MHC, Inc. jo nga Keystone ose AmeriHealth. Kontaktoni MHC për një listë të ofruesve të rrjetit. Telefononi MHC në 800-255-3081 ose vizitoni HMC në internet në www.mhconsultants.com.

7 Kërkohet paraçertifikim për këto shërbime. Kontaktoni MHC për më shumë informacion në lidhje me paraçertifikimin e shërbimeve që lidhen me Shëndetin Sjellor/ Trajtimin e Përdorimit të Substancave.

8 Maksimumi vjetor i pagesës nga xhepi përfshin shpenzimet për të përmbushur zbritjen tuaj vjetore, si dhe paratë që shpenzoni në bashkëpagesa dhe bashkësigurime gjatë vitit. Ekziston një Maksimum i veçantë i pagesës nga xhepi për ilaçet me recetë (shih faqen 11).

Një pamje e shkurtër e përfitimeve të planit bazë

Kjo tabelë ju jep një vështrim të shpejtë të Planit Bazë Mjekësor. Plani Bazë ka vetëm mbulim brenda rrjetit. Kërkohen referime. NUK ka mbulim për ofruesit ose institucionet jashtë rrjetit. Ju lutemi referojuni Përshkrimit të Përbledhur të Planit tuaj për informacion të plotë rreth përfitimeve të Planit Bazë.

PËRFITIMIN	BRENDA RRJETIT
Maksimumi vjetor i pagesës nga xhepi***	6,750 dollarë/person; 13,500 dollarë/familje
Vizitat në Zyrën e Mjekut 3	Ofruesi i PCMH: 100%, pas bashkëpagesës prej 15 dollarësh PCP jo-PCMH: 100%, pas bashkëpagesës prej 30 dollarësh; Specialist: 100% pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh
Ekzaminim rutinë gjinekologjik/Pap test 1 për vit kalendarik; nuk nevojitet referim	100%
Mamografia e skringut - nuk nevojitet referim	100%
Imunizimet pediatrike	100%
Terapi Fizike dhe Okupacionale4, 5 deri në 30 vizita të kombinuara për vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh
Rehabilitimi Kardiak dhe Pulmonar 5 deri në 36 vizita për vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh
Terapia e të Folurit 5 deri në 20 vizita në vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh
Kiropraktikë (Manipulim Kurrizor) 5 deri në 20 vizita në vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh
Pacient i Shtruar në Spital 1	100%, pas bashkëpagesës prej 100 dollarësh në ditë; (Bashkëpagesa maksimale: 500 dollarë për hyrje)
Zëvendësimi i gjurit dhe ijes 1, 2 Qendra e Dallimit Blu + Të gjitha lehtësitë e tjera	100% 70%
Kujdes urgjent	bashkëpagesë prej 50 dollarësh
Dhoma e Urgjencës Vizita 1 dhe 2 në urgjencë Vizita në urgjencë 3 plus	Bashkëpagesë prej 100 dollarësh (nuk hiqet dorë nëse pranohet) Bashkëpagesë prej 200 dollarësh (nuk hiqet dorë nëse pranohet)
Laboratori/Patologjia e Ambulatorëve4, 5	100%
Dializë/Rrezatim/Kimioterapi 5	100%
Kujdesi Shëndetësor në Shtëpi1	100%
Kujdesi paliativ1	100%
Qendër Infermierie e Specializuar1 deri në 120 ditë për vit kalendarik	100%, pas bashkëpagesës prej 50 dollarësh në ditë; (Bashkëpagesa maksimale: 250 dollarë për hyrje) 100%,
Kirurgji Ambulatoriale 5	pas bashkëpagesës prej 50 dollarësh
Rreze X/Radiologji ambulare4, 5	Rutinë/Diagnostikues: 100%, pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh MRI/MRA, skanim CT/CTA, skanim PET: 100% pas bashkëpagesës prej 80 dollarësh
Pajisje dhe Proteza Mjekësore të Qëndrueshme1, 5	70%
Ambulancë (shërbimet e ambulancës jo-urgjente kërkojnë paraprakisht certifikim)	100%
Infermieri Private Ambulatoriale 1, 5 deri në 360 orë në vit	90%
Programi i Shëndetit Sjellor/Përdorimit të Substancave (mbulim për kujdesin psikiatrik dhe përdorimin e substancave) SHËNIM: Programi nuk është pjesë e planit mjekësor. Telefoni MHC në (800) 255-3081.	
Pacient i shtruar 6, 7	100%, pas bashkëpagesës prej 100 dollarësh në ditë (Bashkëpagesa maksimale: 500 dollarë për hyrje)
Vizita ambulatorie jashtë zyrës6	100%
Ambulator.....	100%, pas bashkëpagesës prej 30 dollarësh
Nuk paguhen përfitime për shërbimet jashtë rrjetit.	

1 Kërkohet para-certifikim për këto shërbime. Ju lutemi të kontaktoni departamentin e shërbimeve për anëtarët e Keystone HPE (Kryqi Blu i Pavarësisë) për më shumë informacion mbi ato shërbime që kërkojnë para-certifikim.

2 Trajtimi i marrë në një Qendër Blue Distinction + për zëvendësimin e gjurit dhe legenit mbulohet 100%; trajtimi i marrë në një Qendër Blue Distinction ose në çdo strukturë tjetër pjesëmarrëse Keystone ose strukturë të caktuar nga AmeriHealth mbulohet 70%. Nuk ka mbulim për zëvendësimet e gjurit/legenit të kryera jashtë rrjetit.

3 Duhet të shkoni te Mjeku i Kujdesit Parësor (PCP) që keni zgjedhur.

4 Duhet të shkosh në vendin e caktuar nga mjeku i kujdesit parësor që të merret në konsideratë kujdesi brenda rrjetit.

5 Kërkohet referim nga Mjeku i Kujdesit Parësor (PCP).

6 Shërbime brenda rrjetit të administruara nga MHC, Inc. jo nga Keystone ose AmeriHealth. Kontaktoni MHC për një listë të ofruesve të rrjetit. Telefoni MHC në 800-255-3081 ose vizitoni HMC në internet në www.mhconsultants.com.

7 Kërkohet para-certifikim për këto shërbime. Kontaktoni MHC për më shumë informacion në lidhje me para-certifikimin e shërbimeve që lidhen me Shëndetin Sjellor/Trajtimin e Përdorimit të Substancave.

8 Maksimumi vjetor i pagesës nga xhepi përfshin shpenzimet për të përmbyshur zbritjen tuaj vjetore, si dhe paratë që shpenzoni në bashkëpagesa dhe bashkësigurime gjatë vitit. Ekziston një Maksimum i veçantë i pagesës nga xhepi për ilaçet me recetë (shih faqen 11).

11

Terma të Rëndësishëm

Maksimumi i bashkëpagesës vjetore—

është shuma maksimale që do të paguani nga xhepi juaj në bashkëpagesa për shërbimet brenda rrjetit që merrni gjatë vitit. Pasi të arrini maksimumin tuaj vjetor, plani paguan 100% të koston për shërbimet brenda rrjetit për pjesën tjetër të vitit.

Qendra e Dallimit Blu + —

Qendra kirurgjikale ambulatorie të përcaktuara nga Kryqi Blu, të specializuara në zëvendësimin e gjurit dhe të legenit. Qendrat Blue Distinction + përmbushin standarde të larta të cilësisë, koston, ekspertizës, efektivitetit dhe efikasitetit.

Bashkësigurimi—

është përqindja e kostove të pranueshme që ju paguani për shërbimet, pasi të jetë paguar zbritja.

Bashkëpagesa—

është shuma fikse në dollarë që paguani për disa shërbime mjekësore në kohën kur merrni kujdesin.

Zbritje—

është pjesa e shpenzimeve tuaja të mbuluara që paguani çdo vit përpara se plani juaj mjekësor të fillojë të paguajë përfitime për shërbime të caktuara.

Ofruesit e Shërbimeve Brenda Rrjetit—

janë një grup i zgjedhur ofruesish dhe institucionesh që kanë rënë dakord të ngarkojnë tarifa të negociuara për shërbimet e tyre. Kur përdorni këta ofrues, ju merrni "kujdes brenda rrjetit".

Shpenzime të Nevojshme Mjekësore—

mbulohen nga plani nëse ato janë shërbime ose furnizime që konsiderohen të nevojshme dhe të përshtatshme dhe mbulohen nga plani. Disa shërbime dhe furnizime nuk mbulohen fare, ndërsa përfitimet për shërbime të tjera (siç është kujdesi kiropraktik) janë të kufizuara. Përveç kësaj, shpenzimi duhet të kryhet ndërsa pacienti mbulohet nga plani, përveç nëse përcaktohet ndryshe në mënyrë specifike.

Ofruesit jashtë rrjetit (vetëm plani i opsionit të lartë)—

janë mjekë, ofrues të kujdesit shëndetësor ose institucione që nuk janë pjesë e grupit të zgjedhur të ofruesve të shërbimeve sipas Planit të Opsioneve të Larta.

Shtëpia Mjekësore e Përqendruar te Pacienti (PCMH)—

Blue Cross ka identifikuar disa mjekë, duke përfshirë edhe mjekët e kujdesit parësor (PCP), të cilët marrin pjesë në një Shtëpi Mjekësore të Përqendruar te Pacienti (PCMH). Një PCMH është një zyrë ose grup mjekësh që punojnë së bashku për të koordinuar dhe personalizuar më mirë kujdesin tuaj. Marrja e kujdesit në një PCMH dhe zgjedhja e një mjeku të PCMH si mjeku juaj i kujdesit parësor do t'ju kursejë para.

Pagesa e Planit (vetëm Planit i Opsionit të Lartë)—

është shuma që plani paguan për një shërbim specifik mjekësor në një zonë të caktuar gjeografike. Ju jeni përgjegjës për tarifat mbi lejinin e planit nëse nuk përdorni një ofrues rrjeti.

Mjek i Kujdesit Parësor (PCP)—

nganjëherë quhet "mjek familjeje". Ky është mjeku që ofron kontaktin e parë kur keni një shqetësim shëndetësor. Mjeku i kujdesit parësor (PCP) gjithashtu ofron kujdes të vazhdueshëm dhe referime te specialistët sipas nevojës. Kryqi Blu ka caktuar disa mjekë si "PCP"; ju duhet të konsultoheni me Drejtorinë tuaj të Mjekëve të Kryqit Blu për të zgjedhur një PCP të përshtatshëm.

Kujdes i Vetë-Referuar (vetëm Planit i Opsionit të Lartë)—

është kujdes që nuk e merrni nga mjeku juaj i kujdesit shëndetësor (PMC) ose kujdes që e merrni pa një referim nga mjeku juaj i kujdesit shëndetësor. Kjo është mënyra më e shtrënjtë për të marrë kujdes. Për kujdesin e vetëreferuar, plani përgjithësisht paguan 70% të shumës së lejuar të planit pasi të përmbushni zbritjen vjetore.

Përfitimet e Barnave me Recetë

Mbulimi për ilaçet me recetë, i ofruar përmes CVS Caremark, fillon automatikisht kur regjistroheni në mbulim mjekësor sipas njëres prej opsioneve të Planit 36Phlex. Mund të merrni deri në një furnizim 30-ditor me ilaçe duke shkuar në çdo farmaci të rrjetit dhe duke treguar kartën tuaj të identifikimit të ilaçeve me recetë CVS Caremark. Mund të merrni deri në një furnizim 90-ditor me ilaçe mirëmbajtjeje duke shkuar direkt në çdo farmaci CVS ose duke përdorur farmacinë e porosisë me postë CVS Caremark. **Nuk do të keni të drejtë për përfitime të ilaçeve me recetë nëse zgjidhni të mos merrni pjesë në planin mjekësor.**

Kopjet tuaja

- Çdo herë që plotësoni një recetë, do të paguani një bashkëpagesë në varësi të klasifikimit të ilaçit. Ekzistojnë tre nivele të barnave me recetë:
- **Gjenerike**—Ilaçe me recetë që janë ekuivalentët me kosto më të ulët të barnave me emër marke. Ato janë të miratuara nga Administrata Amerikane e Ushqimit dhe Barnave dhe kanë të njëjtët përbërës aktivë si ekuivalentët e tyre me emër marke.
 - **Formulari**—Një listë e barnave me emër marke të zgjedhura nga një panel mjekësh dhe farmacistësh. Barnat në formular zgjidhen me kujdes për efektivitetin, sigurinë dhe koston e tyre.
 - **Jo-Formulari**—Barna të markës që nuk janë në formular. Ju paguani 100% të koston së jo-ilaje formulare.

Nëse receta juaj është për:	Pakicë (Furnizim 30-ditor)	Pakicë (Furnizim 90-ditor)*	Shtëpi Dorëzimi (furnizim 90-ditor)
Ju paguani			
Barna gjenerike	7 dollarë	14 dollarë	14 dollarë
Barna me Emër të Markës Formulari	22 dollarë	44 dollarë	44 dollarë
Barna jo-Formulare	Ju paguani 100% të koston.		

Për të plotësuar një recetë për një furnizim 90-ditor me ilaçe në një farmaci me pakicë, duhet të përdorni një farmaci CVS.

Maksimumi juaj vjetor nga xhepi

Ekziston një limit maksimal vjetor për shpenzimet e barnave me recetë. Pasi të arrini maksimumin vjetor të pagesave nga xhepi, Plani paguan 100% të kostove tuaja të barnave me recetë. Bashkëpagesat tuaja zbatohen për Maksimumin Vjetor të Pagesës nga Xhepi. Shpenzimet e paguara për barnat që nuk mbulohen nga Plani i Barnave me Recetë nuk zbatohen. Ekziston një Maksimum Vjetor i Pagesës nga Xhepi i veçantë për përfitimet mjekësore.

Maksimumi vjetor i pagesave nga xhepi për ilaçet me recetë është:

- Për beqarë: 1,950 dollarë
- Për familje: 3,900 dollarë

Çfarë është një Formular?

Një formular është një listë e barnave gjenerike dhe të markave të njohura. Formulari u zhvillua nga një komitet mjekësh dhe farmacistësh në CVS Caremark. Komiteti e shqyrton dhe e përditëson rregullisht formularin bazuar në informacionin më të fundit të disponueshëm në lidhje me efektivitetin e secilit ilaç.

Mund ta gjeni formularin aktual duke u regjistruar në www.caremark.com. Formulari mund të ndryshojë gjatë vitit, ndërsa shtohen barna të reja, barnat e markave kanë alternativa gjenerike ose statusi i tyre në formular ndryshon.

36Phlex Phact!

Mbushjet me pakicë 90-ditore janë të disponueshme vetëm në farmacitë CVS.

36Phlex Phact!

Duke përdorur CVS Caremark Farmacia me porosi postare për ilaçe mirëmbajtjeje do të kursejë ti para.

Përfitimet dentare

Kujdesi i rregullt dhe profesional dentar nuk është vetëm thelbësor për shëndet të mirë, por gjithashtu mund të parandalojë probleme serioze ose të kushtueshme. Kjo është arsyeja pse Plani ynë Dentar, i ofruar përmes Delta Dental, mbulon një gamë të plotë shërbimesh dentare, duke përfshirë kujdesin diagnostikues dhe parandalues.

Grafiku i Përfitimeve Dentare

Zbritje	Asnjë
Përfitimi Maksimal Vjetor	3,000 dollarë për person në vit
Kujdes Parandalues dhe Diagnostikues • Ekzaminim oral, pastrim, radiografi për kafshimin e gojës (dy herë në vit); radiografi të plotë të gojës çdo 36 muaj • Trajtime me fluor deri në moshën 19 vjeç (zbatohen kufizime) • Materiale izoluese ose mirëmbajtëse hapësirash (zbatohen kufizime moshe)	100%
Restauruese Bazë • Mbushje	100%
Restaurime të mëdha • Riparime të kurorave ekzistuese • Inlay, onlay, kurora, restaurime me gips • Ura dhe proteza	50%
Endodonci • Kanali rrënjor	80%
Periodontikë • Trajtim i mishrave të dhëmbëve	80%
Ortodoncia	50% Maksimumi 1,000 dollarë për gjithë jetën

Si mund t'ju kursejë para përdorimi i një dentisti pjesëmarrës

Ky është një shembull se si përdorimi i një dentisti të rrjetit Delta Dental mund t'ju kursejë para.

Procedura: Kurorë	Nëse përdorni një dentisti pjesëmarrës	Nëse përdorni një dentist jo pjesëmarrës
Tarifa e dentistit	900 dollarë	900 dollarë
Tarifa e kontraktuar e Delta Dental (shpenzim i pranueshëm)	700 dollarë	700 dollarë
Plani paguan (50% të çmimit të kontraktuar)	350 dollarë	350 dollarë
Ju paguani	350 dollarë	550 dollarë (diferenca midis tarifës së kontraktuar të Delta dhe tarifës prej 900 dollarësh të dentistit)

Shënim: Ky grafik është vetëm për qëllime ilustrimi. Kostot aktuale do të ndryshojnë.

Paracaktimi i Përfitimit për Trajtimin Mbi 300 dollarë

Nëse trajtimi juaj pritet të kushtojë 300 dollarë ose më shumë, kërkojini dentistit tuaj të "paracaktojë përfitimet" me Delta Dental para se të fillojë trajtimi (kjo do të thotë të vlerësoni nëse trajtimi i sugjeruar është i përshtatshëm dhe të përcaktoni se sa do të paguajë Plani për kujdesin). Me paracaktim, ju e dini saktësisht se sa do të paguajë Plani - dhe sa do të paguani ju. Në këtë mënyrë, mund të bëni rregullime financiare para se të fillojë trajtimi.

Për të paracaktuar përfitimet, dentisti juaj duhet të dërgojë një formular kërkesë te Delta Dental që përshkruan trajtimin e propozuar dhe tarifat e vlerësuara. Delta Dental do t'ju dërgojë një deklaratë që tregon shërbimet që do të mbulohen dhe sa do të paguajë Plani. Ju mund ta rishikoni planin e trajtimit me dentistin tuaj dhe të bini dakord për shërbimet që do të kryhen. Pasi të përfundojë trajtimi, kthejeni deklaratën origjinale, me datat e shërbimeve dhe nënshkrimet e nevojshme, te Delta Dental për pagesë.

Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e Përmbledhur të Planit tuaj për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve dentare.

36Phlex Phact!

Sipas Planit të Vizionit me Zbritje, nuk ka kufizim për numrin e herëve që mund të përdorni kartën tuaj të identitetit për të marrë shërbime të kujdesit për sytë ose syze. Megjithatë, nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me oferta speciale, siç janë kuponët ose promovimet speciale.

Sipas Planit të Vizionit të Përmirësuar, nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me oferta speciale, siç janë kuponët ose promovimet speciale.

Përfitimet e shikimit

Plani 36Phlex ju ofron dy mundësi për mbulimin e shikimit:

- **Një program për përmirësimin e shikimit—Kujdesi** ofrohet përmes një rrjeti optometristësh dhe oftalmologësh. Ju duhet të merrni kujdes nga mjekë ose optometristë pjesëmarrës për të marrë përfitimet maksimale; dhe
- **Një program me zbritje për shikimin—Ky** program ju lejon të përfitoni çmime me zbritje për ekzaminimet e syve, syzet dhe lentet e kontaktit.

Mund të regjistroheni vetë ose të zgjidhni mbulim për ju dhe familjen tuaj.

Plani i Vizionit të Përmirësuar—Si Funksonon Plani

Ju keni mundësinë të merrni kujdes për sytë nga një ofrues pjesëmarrës i Administratorit Kombëtar të Shikimit (NVA) ose nga çdo specialist tjetër i kujdesit për sytë. Megjithatë, ju merrni përfitimet maksimale kur përdorni një mjek okulist ose optometrist pjesëmarrës.

- **Kur përdorni një ofrues pjesëmarrës**, merrni përfitimet maksimale sepse plani paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë; zbatohen disa kufizime.

Kur përdorni një ofrues jo-pjesëmarrës, plani do t'ju rimbursojë për ekzaminimet, kornizat e syzeve dhe lentet, ose lentet e kontaktit, sipas një grafiku. Ju paguani koston e plotë kur merrni shërbime. Pastaj, duhet të paraqisni një kërkesë për t'u rimbursuar për pjesën e koston së planit.

Çfarë paguan plani

Kur merrni shërbime nga një ofrues pjesëmarrës i NVA-së, plani paguan koston për një kontroll të syve një herë në 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, plani paguan për një kontroll të syve një herë në 12 muaj.

Plani gjithashtu paguan për një palë lente dhe korniza të reja, ose lente kontakti, deri në 120 dollarë çdo 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, plani do të paguajë për lente dhe korniza të reja ose lente kontakti deri në 120 dollarë çdo 12 muaj.

Kur merrni shërbime nga një ofrues shërbimesh të syve jo-pjesëmarrës, plani do të paguajë deri në 30 dollarë për një ekzaminim të syve një herë në 24 muaj. Për fëmijët nën 19 vjeç, plani do të paguajë deri në 30 dollarë çdo 12 muaj.

Plani gjithashtu paguan deri në 60 dollarë për lentet dhe deri në 60 dollarë për kornizat, ose deri në 120 dollarë për lentet e kontaktit, një herë në 24 muaj për fëmijët dhe të rriturit.

Shpenzime të Pambuluara (Ju lutemi vini re se kjo është vetëm një listë e pjesshme.)

Plani i Vizionit nuk mbulon:

- Fotografimi i fundusit;
- Trajtim mjekësor ose kirurgjikal i syve; shërbime ose materiale të ofruara si rezultat i ligjit të kompensimit të punëtorëve ose të marra nga ndonjë agjenci ose program qeveritar; ose
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e Planit Përmbledhës për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve të vizionit.

Programi i Vizionit me Zbritje—Si Funksionon Plani

Programi i Kujdesit për Shikimin me Zbritje nuk është një plan me mbulim të plotë. Nëse regjistroheni në këtë plan, përfitoni një çmim të zbritur nga ofrues të caktuar për produktet dhe shërbimet e disponueshme për publikun e gjerë.

Programi i Shikimit me Zbritje ofrohet nga Administratorët Kombëtarë të Shikimit (NVA). NVA ka një rrjet oftalmologësh, optometristësh dhe optikësh pjesëmarrës për t'ju shërbyer. Ju duhet të përdorni një ofrues pjesëmarrës të NVA-së dhe të tregoni kartën tuaj të identitetit të NVA-së për të marrë shërbimet me zbritje. Thjesht zgjidhni një ofrues pjesëmarrës duke telefonuar NVA-në në 800-672-7723 ose duke telefonuar Zyrën e Fondit.

Shpenzime të Pambuluara (Ju lutemi vini re se kjo është vetëm një listë e pjesshme.)

Programi i Vizionit me Zbritje nuk mbulon:

- Trajtime mjekësore ose kirurgjikale të syve;
- Ilaçe ose medikamente;
- Lente pa recetë;
- Ekzaminim ose materiale që nuk janë të listuara si shërbim i mbuluar;
- Shërbime ose materiale të ofruara nga qeveria federale, shtetërore ose lokale, ose nga punëtorët kompensim; dhe
- Ndihma për shikim të dobët.

Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e Planit Përmbledhës për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve të vizionit.

36Phlex Phact!

Ky përfitim i sigurimit të jetës në përgjithësi paguhet vetëm nëse vdisni ndërsa jeni në punësim aktiv të mbuluar.

Çdo përfitim AD&D i pagueshëm si rezultat i vdekjes suaj aksidentale është i barabartë me shumën e sigurimit tuaj të jetës dhe paguhet përveç përfitimit tuaj të sigurimit të jetës.

Shuma e përfitimit AD&D varet nga lloji i humbjes aksidentale.

Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj ose telefononi Zyrën e Fondit për detaje.

Mund të aplikohen

përjashtime dhe kufizime të caktuara.

Mos harroni - Përfituesi juaj Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.

Sigurimi i Jetës dhe Vdekja Aksidentale & Sigurim për shpërbërje (AD&D)

Sot, sigurimi i jetës është më shumë sesa një "përfitim për qetësi mendore" - është një nga domosdoshmëritë e jetës.

Sigurimi i jetës është hartuar për të ofruar mbrojtje për familjen tuaj, ose për këdo që mbështetet në të ardhurat tuaja, në rast se vdisni. Sigurimi i Vdekjes Aksidentale dhe Gjymtimit (AD&D) ju paguan një përfitim nëse pësoni humbje aksidentale të një gjymtyre ose të shikimit tuaj, dhe u paguan një përfitim përfituesve tuaj nëse vdisni si rezultat i një aksidenti të mbuluar. Përfitimi juaj i sigurimit të jetës paguhet vetëm nëse vdisni ndërsa jeni në punësim aktiv të mbuluar. Çdo përfitim AD&D i pagueshëm si rezultat i vdekjes suaj aksidentale është i barabartë me shumën e sigurimit tuaj të jetës dhe paguhet përveç përfitimit tuaj të sigurimit të jetës. Shuma e përfitimit tuaj AD&D varet nga lloji i humbjes aksidentale. Mund të aplikohen përjashtime dhe kufizime të caktuara. Shihni Përshkrimin e Planit tuaj Përmbledhës ose telefononi Zyrën e Fondit për detaje.

Ofrimi i sigurisë financiare për të dashurit tuaj në rast vdekjeje është i rëndësishëm. Fondi paguan koston e plotë prej 10,000 dollarësh sigurim jete dhe 10,000 dollarë mbulim AD&D për ju. Ju mund të zgjidhni të blini një sasi më të madhe sigurimi jete dhe AD&D siç shpjegohet më poshtë.

Personat në varësi nuk kanë të drejtë të mbulim të sigurimit të jetës dhe AD&D.

Shuma e Sigurimit të Jetës

Meqenëse sasia e mbulimit të duhur për secilin person ndryshon, Plani 36Phlex ju ofron tre shuma mbulimi:

- 10,000 dollarë
- 25,000 dollarë
- 50,000 dollarë

Shihni formularin tuaj të regjistrimit për shumën e PhlexPoints që ju nevojiten për të blerë mbulim sigurimi për jetë dhe AD&D.

Për t'u siguruar që çdo përfitim i paguhet personit që dëshironi, duhet të emërtoni përfituesin tuaj dhe t'i mbani të përditësuar përcaktimet e përfituesve ndërsa jeta juaj ndryshon. Nëse jeni të kualifikuar për herë të parë ose keni ndryshime në statusin tuaj të varur, plotësoni një formular të Regjistrimit Demografik/Informacionit të Përfituesit. Kontaktoni Zyrën e Fondit nëse keni nevojë për një formular të ri. Kthejeni formularin në Zyrën e Fondit.

Përfitimet Afatshkurtra të Invaliditetit

Nëse jeni punonjës me kohë të plotë dhe punëdhënësi juaj jep një kontribut shtesë në Fond për përfitimet afatshkurtra të paaftësisë, ju keni të drejtë për përfitime afatshkurtra të paaftësisë.

Përfitimet afatshkurtra të paaftësisë ju sigurojnë juve dhe familjes suaj një pagesë shtesë javore nëse bëheni të paaftë dhe nuk mund të punoni për shkak të një sëmundjeje ose dëmtimi që nuk lidhet me punën.

Ndihma specifike kohore për një paaftësi afatshkurtër përcaktohet nga diagnoza dhe udhëzimet e përcaktuara për paaftësinë. Megjithatë, asnjë paaftësi afatshkurtër nuk mund të kalojë përfitim maksimal prej 26 javësh. Që përfitimet e paaftësisë afatshkurta të merren në konsideratë, duhet të plotësoni një formular kërkesë për paaftësi afatshkurtër dhe duhet të paraqisni dokumentacion nga një mjek i kualifikuar ligjërësht që vërteton se jeni me aftësi të kufizuara dhe i paaftë të kryeni detyrat tuaja normale të punës. Ju lutemi vini re: Ofruesit e MHC gjithashtu mund të vërtetojnë paaftësinë.

Nëse kualifikoheni, do të merrni një përfitim javor të barabartë me një përqindje të pagës suaj të rregullt, deri në një maksimum javor, për sa kohë që jeni me aftësi të kufizuara dhe mbeten nën kujdesin e rregullt të drejtpërdrejtë të një mjeku të kualifikuar ligjërësht ose kujdesi juaj menaxhohet nga një ofrues i Shëndetit Mendor/Përdorimit të Substancave i MHC.

Kërkesa juaj për paaftësi afatshkurtër fillon në ditën e katërt të punës pasi të keni vizituar mjekun tuaj si rezultat i paaftësisë suaj. Përfitimet e paaftësisë afatshkurta nuk do të paguhet për asnjë periudhë në të cilën keni munguar në punë para se të vizitonit mjekun tuaj.

Formularët e paaftësisë afatshkurta duhet të dorëzohen në kohë. Nëse jeni pa punë për shkak të një paaftësie të vazhdueshme që tejkalon një muaj, duhet të dorëzoni formularët e vazhdimit ("formularët blu") rregullisht - zakonisht një herë në muaj. Shihni formularin për më shumë informacion në lidhje me kohën dhe afatet. Kontaktoni Zyrën e Fondit për të marrë një formular. Do të merrni kredi të përshtatshme vetëm gjatë kohës që merrni përfitime afatshkurta të paaftësisë.

Për më shumë informacion në lidhje me përfitimet afatshkurta të paaftësisë, shihni Përshkrimin e Planit tuaj Përmbledhës ose telefononi Zyrën e Fondit në (215) 568-3262 ose (800) 338-9025 jashtë zonës lokale të thirrjeve.

36Phlex Phact!

Nëse jeni pa punë për më shumë se një muaj, duhet të vazhdoni të plotësoni formularët e paaftësisë rregullisht, zakonisht çdo muaj.

36Phlex Phact!

Mjeku që vërteton aftësinë tuaj të kufizuar DUHET të jetë një mjek rrjeti.

36Phlex Phact!

"Mjek i kualifikuar ligjërësht" përfshin Mjekët (MD), Mjekët e Osteopatisë (DO), Mjekët e Kirurgjisë Dentare (DDS), Mjekët e Mjekësisë Dentare (DMD) ose Mjekët e Mjekësisë Podiatrike (DPM).

36Phlex Phact!

Çdo kërkesë për paaftësi afatshkurtër duhet të paraqitet në Zyrën e Fondit brenda 60 ditëve nga data fillestare e paaftësisë suaj. Sigurohuni që të gjitha seksionet të jenë plotësuar dhe nënshkruar nga ju, punëdhënësi juaj dhe mjeku juaj kujdestar përpara se ta dorëzoni në Zyrën e

36Phlex Phact!

Duhet të regjistroheni ose të reregjistroheni për këto llogari sepse pjesëmarrja nuk vazhdon automatikisht nga viti në vit.

36Phlex Phact!

Dokumentacioni i duhur duhet të përfshihet në formularin përkatës të kërkesës. Dorëzoni kërkesën për rimbursim në Zyrën e Fondit të Përfitimeve.

Llogaritë e Rimbursimit

Në varësi të zgjedhjeve të përfitimeve që bëni, mund të keni të drejtë të merrni pjesë në Llogaritë e Rimbursimit të Fondit.

Dy llogari të ndara

Ekzistojnë dy llogari të ndara—një Llogari Rimbursimi Kujdesi Shëndetësor dhe një Llogari Rimbursimi Kujdesi për Personin në Varësi. Ju mund të zgjidhni të merrni pjesë në njërin ose në të dyja llogaritë. Nëse zgjidhni të merrni pjesë në të dyja llogaritë, nuk mund të transferoni para nga njëra llogari në tjetrën—ose të përdorni paratë në Llogarinë e Rimbursimit Kujdesi Shëndetësor për të paguar shpenzimet e kujdesit për personin në vartësi ose anasjelltas.

Është e rëndësishme që t'i vlerësoni me kujdes shpenzimet tuaja përpara se të kontribuoni PhlexPoints në këto llogari, sepse **do të humbni çdo bilanc të mbetur në këtë llogari pas 15 prillit**. Shihni **Afatin e Fundit “Përdore ose Humbe”** për detaje.

Kush është i kualifikuar

Ju keni të drejtë të merrni pjesë në Llogaritë e Rimbursimit nëse totali juaj i PhlexPoints është më pak se 100. Nëse përfitimet tuaja kushtojnë **më pak se 100 PhlexPoints**, mund të zgjidhni të depozitoni PhlexPoints e mbetura në njërin ose të dyja llogaritë e rimbursimit. Çdo PhlexPoint që depozitoni në një llogari rimbursimi ka një vlerë prej 5 dollarësh. Për shembull, nëse kostoja e përfitimeve që zgjidhni është 81 PhlexPoints, do të keni 19 PhlexPoints në dispozicion për të depozituar në një Llogari Rimbursimi. Kjo do të thotë që do të keni 95 dollarë çdo muaj (19 PhlexPoints shumëzuar me 5 dollarë) për të depozituar në llogarinë tuaj. IRS përcakton kufij për shumën e parave që mund të kontribuoni në Llogarinë tuaj të Rimbursimit. Kontributet tuaja mujore nuk mund të kalojnë limitin e IRS.

KUJTESË: Barnat pa recetë pa recetë të mjekut nuk rimbursohen.

Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit Shëndetësor

Me çdo plan përfitimesh, ka disa artikuj që nuk mbulohen, siç janë zbritjet dhe bashkëpagesat e planit. Duke depozituar të gjitha ose një pjesë të PhlexPoints tuaj në Llogarinë tuaj të Rimbursimit të Kujdesit Shëndetësor, mund të vini mënjatë para për të paguar shpenzimet e kujdesit shëndetësor - mjekësore, të barnave me recetë, kujdesit dentar dhe të shikimit - të cilat nuk rimbursohen nga asnjë plan. Kur dorëzoni dokumentacionin e kërkuar për shpenzimet e pranueshme, ju paguheni pa taksa nga llogaria juaj.

Si funksionon Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit Shëndetësor

Ju vendosni se sa nga PhlexPoints dëshironi të kontribuoni bazuar në shpenzimet tuaja të vlerësuara për vitin e ardhshëm. Ju mund të kontribuoni deri në shumën totale të PhlexPoints-ave të mbetura, deri në limitet e përcaktuara nga IRS.

Fletë pune për llogarinë e rimbursimit të kujdesit shëndetësor	
Kujdesi shëndetësor	Shpenzime të Vlerësuara
Zbritje	
Pjesa juaj e shpenzimeve të mbuluara (bashkëpagesat dhe/ose bashkësigurimi)	
Artikuj që nuk mbulohen ose mbulohen pjesërisht nga përfitimet e Fondit	
Shpenzime mjekësore dhe/ose dentare mbi limitet e planit	
Shpenzime mjekësore dhe/ose dentare mbi tarifat UCR	
Shpenzime të tjera që nuk mbulohen nga përfitimet e Fondit, por që mund të të zbritet në deklaratën tuaj të tatimit mbi të ardhurat	
Shpenzimet Totale Vjetore	

Shpenzime të Kualifikueshme të Kujdesit Shëndetësor

Vetëm disa shpenzime të kujdesit shëndetësor janë të pranueshme për rimbursim. Shpenzimet e pranueshme përfshijnë:

- Zbritjet, bashkëpagesat dhe shumat e bashkësigurimit;
- Barna me recetë të blera në Shtetet e Bashkuara; • Shpenzime që nuk mbulohen ose mbulohen pjesërisht nga shpenzimet tuaja mjekësore, dentare ose plani i vizionit; dhe
- Shpenzime përtej kufijve maksimalë të përfitimeve mjekësore dhe/ose dentare, dhe/ose mbi zakonisht, tarifa ose lejime të zakonshme dhe të arsyeshme (UCR).

Shpenzimet e kujdesit shëndetësor nuk kualifikohen për rimbursim

Ju nuk mund ta përdorni llogarinë tuaj të kujdesit shëndetësor për të rimbursuar:

- Shpenzime të rimbursuara nga çdo plan tjetër mjekësor/dentar/optik;
- Artikuj pa recetë për të ruajtur shëndetin e përgjithshëm, siç janë vitaminat, kozmetika dhe shampo;
- Tarifat e klubit të shëndetit, spa-së ose klasave të ushtrimeve;
- Programe për humbje peshe ose lënie të duhanit pa recetën e mjekut;
- Kirurgji kozmetike (përveç nëse kryhet për të korrigjuar një deformim kongjenital ose deformim) që vijnë si pasojë e lëndimit ose sëmundjes);
- Kontribute ose prime për mbulimin e kujdesit shëndetësor, për ju, bashkëshortin/en tuaj dhe/ose fëmijë; dhe
- Ilaçe pa recetë, përveç nëse përshkruhen nga mjeku juaj.

Afati i fundit për ta përdorur ose për ta humbur

Rregulloret e IRS-së ju lejojnë të përdorni Llogaritë e Rimbursimit (nëse jeni të kualifikuar) për të rimbursuar veten për shpenzimet e kualifikueshme të kryera deri më 15 mars të vitit pas vitit në të cilin keni bërë kontributin; çdo dollar që nuk është shpenzuar deri në atë datë humbet, në varësi të rregullave të transferimit të IRS-së. Kjo do të thotë që çdo para e mbetur në Llogarinë/Llogaritë tuaja të Rimbursimit më 31 dhjetor mund të përdoret për të rimbursuar shpenzimet që keni kryer deri më 15 mars të vitit pasardhës.

Shënim: Ju duhet të paraqisni shpenzimet e bëra gjatë periudhës së hirit në Zyrën e Fondit deri më 15 prill të vitit pasardhës.

36Phlex Phact!

Mund ta përdorni

Llogarinë e

Shpenzimeve të Kujdesit

për Personin në Varësi nëse

jeni përgjegjës për kujdesin

ndaj një personi në varësi

që i plotëson kushtet - dhe duhet

t'i paguani dikujt tjetër për ta

ofruar këtë kujdes në mënyrë

që të mund të punoni. Nëse jeni i

martuar, mund ta përdorni këtë

llogari vetëm nëse të dy

punoni, ose nëse bashkëshorti/

ja juaj është student/e me

kohë të plotë ose me aftësi të kufizuara dhe i/e paaftë të kujdeset për veten,

Me fjalë të tjera, nëse njëri prej

jush qëndron në shtëpi për t'u

kujdesur për personat në

varësi, ose ndjek shkollën me

kohë të pjesshme, nuk mund ta përdorësh llogarinë.

Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit për Personat e Varur

Nëse duhet të paguani dikë që të kujdeset për personat në varësi në mënyrë që ju (dhe bashkëshorti/ja juaj, nëse jeni i/e martuar) të mund të punoni, merrni në konsideratë hapjen e një Llogarie Rimbursimi të Kujdesit për Personat në Varësi për të paguar shpenzimet e kujdesit për personat në varësi që i plotësojnë kushtet. Këto shpenzime përfshijnë koston e një kujdesi ditor ose qendre kujdesi për të moshuarit ose koston e një kujdestari. Ju nuk mund ta përdorni Llogarinë e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi për shpenzime shëndetësore për personat në varësi (Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit Shëndetësor mbulon këto shpenzime).

Kush kualifikohet si person i varur

Shpenzimet duhet të jenë për "persona të varur të kualifikuar", të cilat përfshijnë:

- Fëmijët tuaj të varur nën moshën 13 vjeç në kohën kur ndodh shpenzimi nëse kërkonin ata si person në varësi në deklaratën tuaj federale të taksave; dhe
- Persona të tjerë në varësi, siç është bashkëshorti/ja juaj, prindi i moshuar ose një fëmijë më i madh, nëse janë me aftësi të kufizuara fizike ose mendore, të paaftë për t'u kujdesur për veten e tyre, dhe ju i deklaroni ata si persona në varësi për qëllime tatimore.

Shpenzimet e Kujdesit për Personat e Varur të Kualifikuar

Ja disa nga shpenzimet për të cilat mund të përdorni Llogarinë e Kujdesit për Personin në Varësi (me kusht që shpenzimet të jenë të nevojshme që ju dhe bashkëshorti/ja juaj të punoni):

- Kujdesi në shtëpinë tuaj (ofruesi i kujdesit nuk mund të jetë personi në ngarkim ose fëmija juaj nën moshë 19 vjeç);
- Kopsht parashkollor ose kopsht i licencuar (vetëm kostoja e kujdesit është një shpenzim i pranueshëm nëse mund të ndahet nga kostoja e shkollimit);
- Qendër e kualifikuar për kujdes ditor ose kujdes familjar që kërkon një tarifë për shërbimin; duhet gjithashtu të përmbushë rregulloret shtetërore dhe federale nëse kujdeset për më shumë se gjashtë persona jo-rezidentë në të njëjtën kohë;
- Programe para dhe pas shkolle; dhe • Kamp veror ditor (jo kamp me fjetje).

Shpenzimet e Kujdesit për Personat në Varësi që nuk janë të pranueshme

Ju nuk mund ta përdorni Llogarinë tuaj të Rimbursimit të Kujdesit për Personat e Varur për të rimbursuar:

- Kujdes që nuk lidhet me punësimin (siç është kujdestaria e fëmijëve gjatë orarit tuaj jo të punës);
- Shpenzime që IRS nuk do t'i konsideronte të pranueshme për një zbritje tatimore federale;
- Shpenzime të paguara nga një polisë ose plan tjetër (duke përfshirë sigurimin shëndetësor, Medicare ose program tjetër federal ose shtetëror);
- Shpenzime për çdo periudhë tjetër përveç vitit kalendarik në të cilin keni hapur llogarinë, ose shpenzime të bëra gjatë kohës që nuk ishit pjesëmarrës në këtë plan;
- Shtëpi pleqsh; dhe • Kamp për të fjetur.

Provë Shpenzimi

Kur paraqisni kërkesën tuaj për rimbursim, duhet të plotësoni një formular kërkesë dhe të paraqisni një faturë të detajuar ose provë që shpenzimi është i pranueshëm për Fondin. Kërkesa juaj për pagesë duhet të përfshijë numrin e identifikimit të tatimpaguesit (NIPT) të ofruesit të kujdesit. Për ofruesit individualë, NIPT është zakonisht numri i Sigurimeve Shoqërore i atij personi. Nëse personi punon në shtëpinë tuaj, ju jeni përgjegjës për paraqitjen e një deklarate të punëdhënësit në IRS dhe për pagesën e taksës së Sigurimeve Shoqërore mbi pagat e paguara atij punonjësi.

Kredi Federale Tatimore ose Llogari Rimbursimi për Kujdesin e Personave të Varur?

Në fakt, ekzistojnë dy opsione të favorshme për taksat kur paguani për kujdesin ditor - kjo Llogari e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi ose Kredia Federale Tatimore për Kujdesin e Fëmijëve e qeverisë. Ju nuk mund të kërkonti të njëjtat shpenzime si në Llogarinë e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi ashtu edhe në kredinë federale tatimore, por ju mund të:

- të përdorni Llogarinë e Rimbursimit të Kujdesit për Personat e Varur; ose
- përdorni kredinë federale tatimore. (Sipas ligjit aktual, dhe në varësi të të ardhurave tuaja bruto të rregulluara, ju mund të merrni një kredi tatimore për 20% deri në 35% të shpenzimeve të kujdesit për personin tuaj në ngarkim.
Shuma maksimale që mund të përdoret për të përcaktuar kredinë tatimore është 3,000 dollarë për një fëmijë dhe 6,000 dollarë për dy ose më shumë fëmijë. Pra, nëse kredia juaj është 20%, kredia maksimale për një fëmijë është 600 dollarë (20% e 3,000 dollarëve).

Shpenzimet që rimbursoni përmes Llogarisë së Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi kompensojnë drejtpërdrejt çdo dollar shpenzimet që mund të paraqisni për një kredi tatimore federale. Për shembull, nëse keni një fëmijë dhe merrni një rimbursim prej 3,000 dollarësh nga Llogaria juaj e Kujdesit për Personat në Varësi, i keni shteruar shpenzimet e disponueshme (3,000 dollarë) që mund të kërkonti për një fëmijë si kredi tatimore.

Nëse kredia tatimore apo Llogaria e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi është metoda më e mirë në rastin tuaj, varet nga të ardhurat tuaja bruto dhe statusi i deklarimit të taksave. Për të marrë më shumë informacion se cili opsion i plotëson më mirë nevojat tuaja, duhet të kontrolloni me këshilltarin tuaj personal tatimor.

Planifikimi i Depozitës së Llogarisë së Kujdesit për Personin e Varur

Mund ta gjeni të dobishme të përdorni fletën e punës në faqen vijuese për të vlerësuar shpenzimet e kujdesit për personat në varësi për vitin e ardhshëm. Kur llogaritni shpenzimet tuaja totale për vitin, merrni parasysh ndryshimet që mund të ndodhin.

- Për shembull: • A do
- ta shtoni familjen tuaj? • A do të mbushë personi në ngarkim 13
- vjeç gjatë vitit?
- A ka ndërmend bashkëshorti/ja juaj të ndërpresë punën këtë vit?
- Mbani mend, humbni **atë që nuk** e përdorni - prandaj vlerësoni me kujdes.

Fletë pune për Llogarinë e rimbursimit të kujdesit për personat në varësi	
Kujdesi për personat në varësi	Shpenzime të Vlerësuara
Kujdes ditor, kujdes për fëmijë	
Parashkollë ose kopësht i licencuar	
Programet e kujdesit ditor para dhe pas shkollës	
Kamp veror ditor	
Shërbimet shtëpiake që lidhen me kujdesin për personat në varësi	
Taksa e Sigurimeve Shoqërore (FICA) për ofruesin e kujdesit	
Shërbime të tjera shtëpiake të pranueshme	
Kostoja Totale Vjetore e Shpenzuar	

Njoftime të Rëndësishme

Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 ("Fondi") është i detyruar t'ju ofrojë njoftimet e mëposhtme të rëndësishme. Ju lutemi t'i shqyrtoni ato me kujdes në mënyrë që të kuptoni të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja.

Të Drejtat e Regjistrimit Special të HIPAA-s

Nëse po refuzoni regjistrimin në planin e sigurimit shëndetësor për veten ose personat në varësi të juaj (përfshirë bashkëshortin/en tuaj) për shkak të mbulimit tjetër të sigurimit shëndetësor, në të ardhmen mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose personat në varësi të juaj në këtë plan, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas përfundimit të mbulimit tuaj tjetër dhe të paraqisni dokumentacion mbështetës. Përveç kësaj, nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i martesës, birësimit ose vendosjes për birësim, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të juaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas martesës, birësimit ose vendosjes për birësim. Nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i lindjes, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të juaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 90 ditëve pas lindjes (ose 60 ditë nëse humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për një program ndihme për primet e shtetit sipas Medicaid ose CHIP).

Fondi do të lejojë gjithashtu një mundësi të veçantë regjistrimi nëse ju ose personat në varësi të tyre të kualifikuar:

- Humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose
- Të bëheni të kualifikuar për programin e ndihmës për premium të një shteti sipas Medicaid ose CHIP.

Për këto mundësi regjistrimi, do të keni 60 ditë nga data e Medicaid/ Ndryshimi i kualifikimit për CHIP për të kërkuar regjistrim në mbulimin e Fondit. Vini re se kjo zgjatje 60-ditore vlen **vetëm** për mundësitë e regjistrimit për shkak të ndryshimeve të kualifikimit për Medicaid/ CHIP.

Materialet e regjistrimit duhet të plotësohen dhe të gjitha provat e statusit të personit në varësi t'i ofrohen Planit brenda 31, 60 ose 90 ditëve nga kërkesa për Regjistrim Special. Nëse nuk jeni në gjendje të plotësoni materialet e regjistrimit dhe të paraqisni prova të statusit të personit në varësi brenda afatit kohor (për shembull, nëse nevojitet kohë shtesë për të marrë një certifikatë lindjeje për një të porsalindur), afati mund të zgjatet.

KOBRA

Sipas Aktit të Pajtitimit të Buxhetit të Konsoliduar Omnibus të vitit 1986 (COBRA), ju dhe personat në varësi të tyre të kualifikuar mund të vazhdoni mbulimin mjekësor deri në 18 muaj nëse mbulimi përfundon për shkak të:

- Ju e ndërprisni punësimin për çfarëdo arsye (përveç sjelljes së rëndë të pahijshme), ose
- Keni një reduktim të orëve të punës.

COBRA gjithashtu u lejon personave në varësi tuaj të kualifikuar të vazhdojnë mbulimin e tyre mjekësor deri në 36 muaj nëse mbulimi do të përfundonte përndryshe për shkak të:

- Ti vdes,
- Ju dhe bashkëshorti/ja juaj divorcoheni ose ndaheni ligjërisht,
- Ju bëheni të kualifikuar për Medicare, ose
- Personat në varësi tuaj nuk janë më të kualifikuar për mbulim sipas planit mjekësor.

Ju dhe personat në varësi të jush në përgjithësi mund të zgjidhni të vazhdoni mbulimin në çdo kohë brenda 60 ditëve të para pas përfundimit të mbulimit ose 60 ditëve nga data e marrjes së njoftimit, cilado qoftë më vonë. Mbulimi i vazhdueshëm hyn në fuqi në datën e parë të muajit pas datës së

ngjarja që shkaktoi përfundimin e mbulimit, për sa kohë që paguani primin e nevojshëm. Ju mund të vazhdoni mbulimin që ishte në fuqi vetëm një ditë para ngjarjes. Megjithatë, ju mund të bëni ndryshime në zgjedhjet tuaja çdo vit gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur.

Nëse plani mjekësor ndryshon, këto ndryshime do të zbatohen edhe për mbulimin sipas COBRA-s.

Për të marrë mbulim sipas COBRA, ju dhe/ose personat në varësi të tyre të kualifikuar duhet të bëni një zgjedhje në kohë dhe të bëni pagesat mujore të primeve.

Akti për Mbrojtjen e Shëndetit të Porsalindur dhe Nënave

Planet shëndetësore në grup dhe lëshuesit e sigurimeve shëndetësore në përgjithësi nuk mund të kufizojnë përfitimet për çdo kohëzgjatje qëndrimi në spital në lidhje me lindjen e fëmijës për nënën ose fëmijën e porsalindur në më pak se 48 orë pas një lindjeje vaginale, ose më pak se 96 orë pas një prerjeje cezariene. Megjithatë, ligji federal në përgjithësi nuk e ndalon ofruesin e kujdesit shëndetësor të nënës ose të të porsalindurit, pas konsultimit me nënën, që ta nxjerrë nënën ose të porsalindurin e saj nga spitali më herët se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Sidoqoftë, planet dhe lëshuesit nuk mund të kërkojnë, sipas ligjit federal, që një ofrues të marrë autorizim nga plani ose lëshuesi për të përcaktuar një kohëzgjatje qëndrimi jo më shumë se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Akti i Shëndetit të Grave dhe të Drejtave kundër Kancerit

Akti i Shëndetit të Grave dhe të Drejtave nga Kanceri kërkon që planet shëndetësore në grup dhe kompanitë e tyre të sigurimeve dhe HMO-të të ofrojnë përfitime të caktuara për pacientët me mastektomi që zgjedhin rindërtimin e gjirit. Në rastin e një pjesëmarrësi në plan që merr përfitime në lidhje me një mastektomi, mbulimi do të ofrohet në një mënyrë të përcaktuar në konsultim me mjekun që merr pjesë për:

- Të gjitha fazat e rindërtimit të gjirit mbi të cilin është kryer mastektomia;
- Kirurgji dhe rindërtim i gjirit tjetër për të krijuar një pamje simetrike; dhe
- Proteza dhe trajtimi i ndërlikimeve fizike të mastektomisë, duke përfshirë limfedemë

Përfitimet e rindërtimit të gjirit i nënshtrohen zbritjeve dhe kufizimeve të bashkësigurimit që janë në përputhje me ato të përcaktuara për përfitimet e tjera sipas planit.

Kujtesë për Njoftimin e Privatësisë të HIPAA-s

Rregullat e privatësisë sipas Aktit të Portabilitetit dhe Përgjegjësisë së Sigurimit Shëndetësor (HIPAA) kërkojnë që Planit i Mirëqenies BOLR i Distriktit 36 të SEIU Lokal 32 BJ ("Planit") t'u dërgojë periodikisht një kujtesë pjesëmarrësve në lidhje me disponueshmërinë e Njoftimit të Privatësisë të Planit dhe mënyrën e marrjes së këtij njoftimi. Njoftimi i Privatësisë shpjegon të drejtat e pjesëmarrësve dhe detyrimet ligjore të Planit në lidhje me informacionin e mbrojtur shëndetësor (PHI) dhe se si Planit mund ta përdorë dhe zbulojë PHI-në. Ju gjithashtu mund të merrni një kopje të Njoftimit të Privatësisë duke kontaktuar Zyrën e Fondit në 215-568-3262, Zgjatimi 1400 ose 800-338-9025, Zgjatimi 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve).

Mbulimi juaj i barnave me recetë dhe Medicare

Ju lutemi lexoni me kujdes këtë njoftim dhe ruajeni aty ku mund ta gjeni. Ky njoftim përmban informacion në lidhje me mbulimin tuaj aktual të barnave me recetë me Fondin e Mirëqenies BOLR të SEIU Lokal 32 BJ, District 36 dhe rreth opsioneve tuaja në kuadër të mbulimit të barnave me recetë të Medicare. Ky informacion mund t'ju ndihmojë të vendosni nëse doni apo jo të bashkoheni me një plan barnash me recetë të Medicare. Nëse po mendoni të bashkoheni, duhet të krahasoni mbulimin tuaj aktual, duke përfshirë cilat barna mbulohen me çfarë kostoje, me mbulimin dhe kostot e planeve që ofrojnë mbulim të barnave me recetë të Medicare në zonën tuaj. Informacioni se ku mund të merrni ndihmë për të marrë vendime në lidhje me mbulimin tuaj të barnave me recetë është në fund të këtij njoftimi.

Ka dy gjëra të rëndësishme që duhet të dini rreth mbulimit tuaj aktual dhe Mbulimi i barnave me recetë nga Medicare:

- 1. Mbulimi i barnave me recetë nga Medicare u bë i disponueshëm në vitin 2006 për të gjithë ata me Medicare. Mund ta merrni këtë mbulim nëse bashkoheni me një Plan Medicare për Barna me Recetë ose bashkoheni me një Plan Medicare Advantage (si një HMO ose PPO) që ofron mbulim për barna me recetë. Të gjitha planet e Medicare për barna me recetë ofrojnë të paktën një nivel standard mbulimi të përcaktuar nga Medicare. Disa plane mund të ofrojnë gjithashtu më shumë mbulim për një prim më të lartë mujor.**
- 2. Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 ka përcaktuar që Mbulimi për ilaçet me recetë i ofruar nga SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 BOLR, Plani i Mirëqenies, mesatarisht për të gjithë pjesëmarrësit në plan, pritet të paguajë aq sa paguan mbulimi standard i ilaçeve me recetë nga Medicare dhe për këtë arsye konsiderohet Mbulim i Kreditueshëm. Meqenëse mbulimi juaj ekzistues është të paktën po aq i mirë sa mbulimi standard i ilaçeve me recetë nga Medicare, ju mund ta mbani këtë mbulim dhe të mos paguani një prim më të lartë (një penalitet) nëse më vonë vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh të Medicare.**

Kur mund të bashkoheni me një plan barnash Medicare?

Ju mund të regjistroheni në një plan ilaçesh Medicare kur të kualifikoheni për herë të parë për Medicare dhe çdo vit nga 15 tetori deri më 7 dhjetor. Megjithatë, nëse humbni mbulimin tuaj aktual të besueshëm të ilaçeve me recetë, pa ndonjë faj tuajin, do të jeni gjithashtu të kualifikuar për një Periudhë të Veçantë Regjistrimi (SEP) dy (2) mujore për t'u bashkuar me një plan ilaçesh Medicare.

Çfarë ndodh me mbulimin tuaj aktual nëse vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh me recetë të Medicare?

Pavarësisht nëse regjistroheni apo jo në një plan ilaçesh me recetë të Medicare, mbulimi juaj aktual i ilaçeve me recetë do të vazhdojë për aq kohë sa vazhdoni të përmbushni kërkesat e pranueshmërisë të Planit të Mirëqenies BOLR të SEIU Local 32BJ, District 36. Mbulimi juaj aktual paguan për shpenzime të tjera shëndetësore përveç ilaçeve me recetë, dhe, me kusht që të vazhdoni të përmbushni rregullat e pranueshmërisë së Fondit, do të jeni ende të kualifikuar për të marrë të gjitha përfitimet tuaja shëndetësore dhe të ilaçeve me recetë edhe nëse zgjidhni të regjistroheni në një plan ilaçesh me recetë të Medicare.

Nëse regjistroheni në një plan ilaçesh me recetë të Medicare dhe jeni pjesëmarrës aktiv, mbulimi juaj me këtë Plan do të jetë parësor dhe Medicare do të paguajë në bazë dytësore pasi ky Plan të ketë paguar përfitimet e tij.

Nëse vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh të Medicare dhe të hiqni dorë nga mbulimi juaj aktual i Fondit të Mirëqenies SEIU 32BJ, Distrikti 36 BOLR, do të jeni në gjendje ta merrni atë mbrapsht vetëm nëse përmbushni rregullat e pranueshmërisë dhe regjistrimit të Fondit, duke përfshirë rregullat e veçanta të regjistrimit.

Kur do të paguani një prim (gjobjë) më të lartë për t'u anëtarësuar në një plan ilaçesh Medicare?

Gjithashtu duhet të dini se nëse e humbni mbulimin tuaj aktual me SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund dhe nuk bashkoheni me një plan ilaçesh Medicare brenda 63 ditëve të vazhdueshme pas përfundimit të mbulimit tuaj aktual, mund të paguani një prim më të lartë (një penalitet) për t'u bashkuar me një plan ilaçesh Medicare më vonë.

Nëse kaloni 63 ditë të vazhdueshme ose më shumë pa mbulim të kreditueshëm për ilaçet me recetë, primi juaj mujor mund të rritet me të paktën 1% të primit të përfituesit bazë të Medicare në muaj për çdo muaj që nuk e keni pasur atë mbulim. Për shembull, nëse kaloni nëntëmbëdhjetë muaj pa mbulim të kreditueshëm, primi juaj mund të jetë vazhdimisht të paktën 19% më i lartë se primi i përfituesit bazë të Medicare. Mund t'ju duhet të paguani këtë prim më të lartë (një penalitet) për sa kohë që keni mbulim të ilaçeve me recetë të Medicare. Përveç kësaj, mund t'ju duhet të prisni deri në tetorin e ardhshëm për t'u anëtarësuar.

Për më shumë informacion rreth këtij njoftimi ose mbulimit tuaj aktual të barnave me recetë

Kontaktoni personin e listuar më poshtë për më shumë informacion.

SHËNIM: Do ta merrni këtë njoftim çdo vit. Gjithashtu do ta merrni para periudhës tjetër, mund të regjistroheni në një plan ilaçesh Medicare dhe, nëse kjo mbulim përmes SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ndryshon, mund të kërkonti gjithashtu një kopje të këtij njoftimi në çdo kohë.

Për më shumë informacion rreth opsioneve tuaja sipas mbulimit të barnave me recetë nga Medicare

Informacion më i detajuar rreth planeve të Medicare që ofrojnë mbulim për ilaçet me recetë gjendet në manualin "Medicare & You". Do të merrni një kopje të manualit me postë çdo vit nga Medicare. Gjithashtu mund të kontaktoheni direkt nga planet e ilaçeve të Medicare.

Për më shumë informacion në lidhje me mbulimin e barnave me recetë nga Medicare:

- Vizitoni www.medicare.gov
- Telefononi Programin tuaj të Ndhmës së Sigurimeve Shëndetësore Shtetërore (shihni pjesën e brendshme të kopertinës së pasme të kopjes suaj të manualit "Medicare & You" për numrin e tyre të telefonit) për ndihmë të personalizuar
- Telefononi në numrin 800-MEDICARE (800-633-4227). Përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë në numrin 877-486-2048.

Nëse keni të ardhura dhe burime të kufizuara, është në dispozicion ndihmë shtesë për të paguar për mbulimin e barnave me recetë të Medicare. Për informacion në lidhje me këtë ndihmë shtesë, vizitoni Sigurimet Shoqërore në internet në www.socialsecurity.gov ose telefononi në 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Mos harroni: Ruajeni këtë njoftim për Mbulim të Kreditueshëm. Nëse vendosni të bashkoheni me një nga planet e barnave të Medicare, mund t'ju kërkohet të jepni një kopje të këtij njoftimi kur të bashkoheni për të treguar nëse keni ruajtur apo jo mbulim të kreditueshëm dhe, për rrjedhojë, nëse jeni të detyruar të paguani apo jo një prim më të lartë (një penalizim).

Informacion i rëndësishëm

Grafiku i mëposhtëm ofron informacione të rëndësishme në lidhje me këtë Njoftim të Pjesës D të Medicare.

Data	Ofrohet me qira dhe çdo vit më pas
Emri i Dërguesit të Entitetit	SEIU 32 BJ, Fondi i Mirëqenies BOLR i Distriktit 36
Kontakti – Pozicioni/Zyra	John J. Rongione, Administrator
Adresa	Rruga e Tregut 1515 Suita 1020 Filadelfia, PA 19102
Numri i telefonit	215-568-3262, Zgjatimi 1400

Medicaid dhe Programi i Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Ndihma për Premium sipas Medicaid dhe Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Nëse ju ose fëmijët tuaj keni të drejtë për Medicaid ose CHIP dhe keni të drejtë për mbulim shëndetësor nga punëdhënësi juaj, shteti juaj mund të ketë një program ndihme për primet që mund të ndihmojë në pagesën e mbulimit, duke përdorur fonde nga programet e tyre Medicaid ose CHIP. Nëse ju ose fëmijët tuaj nuk keni të drejtë për Medicaid ose CHIP, nuk do të keni të drejtë për këto programe ndihme për primet, por mund të jeni në gjendje të blini mbulim individual sigurimi përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Për më shumë informacion, vizitoni www.healthcare.gov.

Nëse ju ose personat në varësi tuaj jeni tashmë të regjistruar në Medicaid ose CHIP dhe jetoni në një nga shtetet e listuara më poshtë, kontaktoni zyrën e Medicaid ose CHIP të shtetit tuaj për të mësuar nëse ndihma për primet është e disponueshme.

Nëse ju ose personat në varësi të juaj NUK jeni aktualisht të regjistruar në Medicaid ose CHIP, dhe mendoni se ju ose ndonjë nga personat në varësi të juaj mund të jetë i/e kualifikuar për një nga këto programe, kontaktoni zyrën e Medicaid ose CHIP të shtetit tuaj ose telefononi **877-KIDS NOW** ose www.insurekidsnow.gov për të mësuar se si të aplikoni. Nëse kualifikoheni, pyeteni shtetin tuaj nëse ka një program që mund t'ju ndihmojë të paguani primet për një plan të sponsorizuar nga punëdhënësi.

Nëse ju ose personat në varësi tuaj jeni të kualifikuar për ndihmë me primet sipas Medicaid ose CHIP, si dhe të kualifikuar sipas planit tuaj të punëdhënësit, punëdhënësi juaj duhet t'ju lejojë të regjistroheni në planin tuaj të punëdhënësit nëse nuk jeni regjistruar tashmë. Kjo quhet një mundësi "regjistrimi special" dhe **duhet të kërkonti mbulim brenda 60 ditëve nga përcaktimi i të drejtës për ndihmë me primet**. Nëse keni pyetje në lidhje me regjistrimin në planin tuaj të punëdhënësit, kontaktoni Departamentin e Punës në www.askebsa.dol.gov ose telefononi në **866-444-EBSA (3272)**.

Lista e mëposhtme e shteteve është aktuale që nga 31 janari 2026. Kontaktoni shtetin tuaj për më shumë informacion mbi të drejtën për pjesëmarrje.

PENSILLVANIA	Medicaid dhe CHIP
Uebfaqja e Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefoni i Medicaid	800-692-7462
Uebfaqja e CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefon me ÇIP	800-986-KIDS (5437)
NEW JERSEY	Medicaid dhe CHIP
Uebfaqja e Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefoni i Medicaid	800-356-1561
Telefoni i Ndihmës Premium CHIP	609-631-2392
Uebfaqja e CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefon me ÇIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NJU YORK	Medicaid
Uebfaqja e Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefoni i Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid dhe CHIP
Uebfaqja e Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefoni i Medicaid	302-571-4900 ose 866-843-7212
Uebfaqja e CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefon me ÇIP	302-571-4900 ose 866-843-7212
MERILEND	Medicaid dhe CHIP
Uebfaqja e Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefoni i Medicaid	855-642-8572
Uebfaqja e CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefon me ÇIP	855-642-8572 (TTY 711)

Për të parë nëse shteti juaj ka një program ndihme premium, ose për më shumë informacion mbi të drejtat e regjistrimit special, kontaktoni njërin nga këto:

Departamenti i Punës i SHBA-së Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore i SHBA-së
Qendrat e Administrimit të Sigurisë së Përfitimave të Punonjësve për Shërbimet Medicare dhe Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opsioni 4 i Menysë, Zgjat. 61565

Informacioni juaj. Të drejtat tuaja. Përgjegjësitë tona.

Ky njoftim përshkruan se si mund të përdoret dhe zbulohet informacioni mjekësor rreth jush dhe si mund të keni akses në këtë informacion. **Ju lutemi ta shqyrtoni me kujdes.**

Të drejtat tuaja	
Ju keni të drejtë të:	- Merrni një kopje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim - Korrigjoni të dhënat tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim - Kërkesë për komunikim konfidencial - Na kërkoni të kufizojmë informacionin që ndajmë - Merrni një listë të atyre me të cilët kemi ndarë informacioni juaj - Merrni një kopje të këtij njoftimi për privatësinë - Zgjidhni dikë që të veprojë për ju - Paraqitni një ankesë nëse besoni se të drejtat tuaja të privatësisë janë shkelur
Zgjedhjet tuaja	
Ju keni disa zgjedhje në mënyrën se si ne përdorim dhe ndajmë informacionin siç ne:	- Përgjigjuni pyetjeve të mbulimit nga familja dhe miqtë tuaj - Ofroni ndihmë për fatkeqësitë natyrore. - Tregtoni shërbimet tona dhe shisni informacionin tuaj
Përdorimet dhe Zbulimet tona	
Ne mund ta përdorim dhe ndajmë informacionin tuaj pasi:	- Ndihmoni në menaxhimin e trajtimit shëndetësor që merrni - Drejtojmë organizatën tonë - Paguani për shërbimet tuaja shëndetësore - Administroni planin tuaj shëndetësor - Ndihmë me çështjet e shëndetit dhe sigurisë publike - Bëni kërkime - Zbatoni ligjin - Përgjigjuni dhurimit të organeve dhe indeve kërkesat dhe puna me një ekzaminues mjekësor ose drejtor funerali - Adresoni kërkesat e kompensimit të punëtorëve, zbatimin e ligjit dhe kërkesa të tjera qeveritare - Përgjigje ndaj padive dhe veprimeve ligjore

Të drejtat tuaja

Kur bëhet fjalë për informacionin tuaj shëndetësor, ju keni të drejta të caktuara. Ky seksion shpjegon të drejtat tuaja dhe disa nga përgjegjësitë tona për t'ju ndihmuar.

Merrni një kopje të të dhënave shëndetësore dhe të kërkesave

- Mund të kërkoni të shihni ose të merrni një kopje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kemi për ju. Na pyetni se si ta bëni këtë.
- Ne do t'ju ofrojmë një kopje ose një përmbledhje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave, zakonisht brenda 30 ditëve nga kërkesa juaj. Ne mund të aplikojmë një tarifë të arsyeshme, të bazuar në kosto.

Na kërkoni të korrigojmë të dhënat shëndetësore dhe të kërkesave

- Mund të na kërkoni të korrigojmë të dhënat tuaja shëndetësore dhe të kërkesave nëse mendoni se ato janë të pasakta ose të paplota. Na pyetni se si ta bëjmë këtë.
- Ne mund t'i themi "jo" kërkesës suaj, por do t'ju tregojmë arsyen me shkrim brenda 60 ditëve.

Kërko komunikime konfidenciale

- Mund të na kërkoni të kontaktojmë me ju në një mënyrë specifike (për shembull, telefon shtëpie ose zyre) ose për të dërguar postë në një adresë tjetër.
- Ne do të shqyrtojmë të gjitha kërkesat e arsyeshme dhe duhet të themi "po" nëse na tregoni se do të ishit në rrezik nëse nuk e bëjmë.

Na kërkoni të kufizojmë atë që përdorim ose ndajmë

- Ju mund të na kërkoni të mos përdorim ose ndajmë informacione të caktuara shëndetësore për trajtim, pagesë ose operacionet tona.
- Nuk jemi të detyruar të pajtohemi me kërkesën tuaj dhe mund të themi "jo" nëse kjo do të ndikonte kujdesin tuaj.

Merrni një listë të atyre me të cilët kemi ndarë informacione

- Mund të kërkoni një listë (llogaritje) të rasteve kur kemi ndarë informacionin tuaj shëndetësor për gjashtë vjet para datës që kërkoni, me kë e kemi ndarë atë dhe pse.
- Ne do të përfshijmë të gjitha deklaratimet përveç atyre në lidhje me trajtimin, pagesën dhe operacionet e kujdesit shëndetësor, si dhe disa deklaratime të tjera (si çdo gjë që na keni kërkuar të bëjmë). Ne do të ofrojmë një kontabilitet në vit falas, por do të aplikojmë një tarifë të arsyeshme, të bazuar në kosto nëse kërkoni një tjetër brenda 12 muajve.

Merrni një kopje të këtij njoftimi për privatësinë

Ju mund të kërkoni një kopje të printuar të këtij njoftimi në çdo kohë, edhe nëse keni rënë dakord ta merrni njoftimin elektronikisht. Ne do t'ju ofrojmë një kopje të printuar menjëherë.

Zgjidhni dikë që të veprojë për ju

- Nëse i keni dhënë dikujt prokurë mjekësore ose nëse dikush është kujdestari juaj ligjor, ai person mund të ushtrojë të drejtat tuaja dhe të bëjë zgjedhje në lidhje me informacionin tuaj shëndetësor.
- Ne do të sigurohemi që personi e ka këtë autoritet dhe mund të veprojë për ju përpara se të ndërmarrim çdo veprim.

Paraqitni një ankesë nëse mendoni se të drejtat tuaja janë shkelur

- Ju mund të ankoheni nëse mendoni se ne kemi shkelur të drejtat tuaja duke na kontaktuar duke përdorur informacionin më poshtë.
- Ju mund të paraqisni një ankesë pranë Departamentit të Shëndetësisë dhe Zyrës së Shërbimeve Njerëzore të SHBA-së për të Drejtat Civile duke dërguar një letër në adresën 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, duke telefonuar në numrin 877-696-6775 ose duke vizituar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ankesa/.
- Ne nuk do të hakmerremi ndaj jush për paraqitjen e një ankese.

Zgjedhjet tuaja

Për informacione të caktuara shëndetësore, mund të na tregoni zgjedhjet tuaja në lidhje me atë që ndajmë. Nëse keni një preferencë të qartë për mënyrën se si e ndajmë informacionin tuaj në situatat e përshkruara më poshtë, na kontaktoni. Na tregoni se çfarë dëshironi të bëjmë dhe ne do t'i ndjekim udhëzimet tuaja.

Në këto raste, ju keni si të drejtën ashtu edhe zgjedhjen për të na thënë:

- Ndani informacionin me familjen tuaj, miqtë e ngushtë ose të tjerët të përfshirë në pagesën për kujdesi juaj
- Ndani informacion në një situatë ndihme në rast fatkeqësie

• Të kontaktojmë për përjekjet e mbledhjes së fondeve për t'ju ndihmuar të mbledhni fonde.

- Përfshini informacionin tuaj në një drejtori spitali

Nëse nuk jeni në gjendje të na tregoni preferencën tuaj, për shembull nëse jeni pa ndjenja, ne mund të vazhdojmë dhe të ndajmë informacionin tuaj nëse besojmë se është në interesin tuaj më të mirë. Ne gjithashtu mund të ndajmë informacionin tuaj kur është e nevojshme për të zvogëluar një kërcënim serioz dhe të menjëhershëm për shëndetin ose sigurinë.

Në këto raste, ne nuk i ndajmë kurrë informacionet tuaja, përveç nëse na jepni leje me shkrim:

- Qëllime marketingu
- Shitja e informacionit tuaj
- Ndarja më e madhe e shënimeve të psikoterapisë

Përdorimet dhe Zbulimet tona

Si e përdorim ose e ndajmë zakonisht informacionin tuaj shëndetësor?

Ne zakonisht e përdorim ose e ndajmë informacionin tuaj shëndetësor në mënyrat e mëposhtme.

Ndihmoni në menaxhimin e trajtimit shëndetësor që merrni

Ne mund të përdorim informacionin tuaj shëndetësor dhe ta ndajmë atë me profesionistët që ju trajtojnë.

Shembull: Një mjek na dërgon informacion në lidhje me diagnozën dhe planin tuaj të trajtimit, në mënyrë që të mund të organizojmë shërbime shtesë.

Drejtoni organizatën tonë

- Ne mund të përdorim dhe zbulojmë informacionin tuaj për të drejtuar organizatën tonë dhe për t'ju kontaktuar kur është e nevojshme.
- Nuk na lejohet të përdorim informacionin gjenetik për të vendosur nëse do t'ju japim mbulimin dhe çmimin e atij mbulimi. Kjo nuk vlen për planet e kujdesit afatgjatë.

Shembull: Ne përdorim informacionin tuaj shëndetësor për të zhvilluar shërbime më të mira për ju.

Paguani për shërbimet tuaja shëndetësore

Ne mund ta përdorim dhe zbulojmë informacionin tuaj shëndetësor ndërsa paguajmë për shërbimet tuaja shëndetësore.

Shembull: Ne ndajmë informacionin tuaj me planin tuaj dentar për të koordinuar pagesën për punën tuaj dentare.

Administroni planin tuaj

Ne mund t'ia zbulojmë informacionin tuaj shëndetësor sponsorit të planit tuaj shëndetësor për administrimin e planit.

Shembull: Kompania juaj lidh kontratë me ne për të ofruar një plan shëndetësor, dhe ne i ofrojmë kompanisë suaj statistika të caktuara për të shpjeguar primet që ne aplikojmë.

Si tjetër mund ta përdorim ose ndajmë informacionin tuaj shëndetësor?

Na lejohet ose na kërkohet të ndajmë informacionin tuaj në mënyra të tjera - zakonisht në mënyra që kontribuojnë në të mirën publike, siç janë shëndeti publik dhe kërkimi. Ne duhet të përmbushim shumë kushte në ligj përpara se të mund të ndajmë informacionin tuaj për këto qëllime. Për më shumë informacion, shihni: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ndihmë me çështjet e shëndetit dhe sigurisë publike

Ne mund të ndajmë informacione shëndetësore rreth jush për situata të caktuara, të tilla si:

- Parandalimi i sëmundjeve
- Ndihmë me tërheqjet e produkteve
- Raportimi i reaksioneve negative ndaj ilaçeve
- Raportimi i dyshimeve për abuzim, neglizhencë ose dhunë në familje
- Parandalimi ose zvogëlimi i një kërcënimi serioz për shëndetin ose sigurinë e kujtdo

Bëni kërtime

Ne mund ta përdorim ose ta ndajmë informacionin tuaj për kërtime shëndetësore.

Zbatoni ligjin

Ne do të ndajmë informacione rreth jush nëse ligjet shtetërore ose federale e kërkojnë këtë, duke përfshirë edhe me Departamentin e Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore nëse ai dëshiron të shohë që ne po i përmbahemi ligjit federal të privatësisë.

Përgjigjuni kërkesave për dhurim organesh dhe indesh dhe bashkëpunoni me një ekzaminues mjekësor ose drejtor funerali.

- Ne mund të ndajmë informacionin tuaj shëndetësor me organizatat e prokurimit të organeve.
- Ne mund të ndajmë informacionin shëndetësor me një mjek ligjor, një ekzaminues mjekësor ose një drejtor funerali kur një individ vdes.

Adresoni kërkesat e kompensimit të punëtorëve, zbatimin e ligjit dhe kërkesa të tjera qeveritare

Ne mund të përdorim ose të ndajmë informacionin tuaj shëndetësor:

- Për kërkesat për kompensim të punëtorëve
- Për qëllime të zbatimit të ligjit ose me një zyrtar të zbatimit të ligjit
- Me agjencitë mbikëqyrëse shëndetësore për aktivitete të autorizuar me ligj
- Për funksione të veçanta qeveritare, siç janë shërbimet ushtarake, të sigurisë kombëtare dhe të mbrojtjes presidenciale

Përgjigjuni padive dhe veprimeve ligjore

Ne mund të ndajmë informacione shëndetësore rreth jush në përgjigje të një urdhri gjyqësor ose administrativ, ose në përgjigje të një urdhri thirrjeje në gjyq.

Përgjegjësitë tona

- Ne jemi të detyruar me ligj të ruajmë privatësinë dhe sigurinë e shëndetit tuaj të mbrojtur informacion.
- Do t'ju njoftojmë menjëherë nëse ndodh një shkelje që mund të ketë kompromentuar privatësinë ose sigurinë e informacionit tuaj.
- Ne duhet të ndjekim detyrat dhe praktikatat e privatësisë të përshkruara në këtë njoftim dhe t'ju japim një kopje të saj.
- Ne nuk do ta përdorim ose ndajmë informacionin tuaj ndryshe nga sa përshkruhet këtu, përveç rasteve kur na njoftoni me shkrim se mund ta bëjmë këtë. Nëse na njoftoni se mundemi, mund të ndryshoni mendje në çdo kohë. Na njoftoni me shkrim nëse ndryshoni mendje.

Për më shumë informacion, shihni: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/njoftimpp.html.

Ndryshime në Kushtet e këtij Njoftimi

Ne mund të ndryshojmë kushtet e këtij njoftimi dhe ndryshimet do të zbatohen për të gjithë informacionin që kemi rreth jush. Njoftimi i ri do të jetë i disponueshëm me kërkesë, në faqen tonë të internetit, dhe ne do t'ju dërgojmë një kopje me postë.

Tetor 2018

Tyema Sanchez
Zyrtari i Privatësisë
215-568-3262, Zgjatimi 1400

Të Drejtat e Mbulimit të Vazhdueshëm sipas COBRA-s

Po e merrni këtë njoftim sepse kohët e fundit keni fituar mbulim sipas një plani shëndetësor në grup (Planit). Ky njoftim përmban informacione të rëndësishme në lidhje me të drejtën tuaj për mbulim të vazhdueshëm COBRA, i cili është një zgjatje e përkohshme e mbulimit sipas Planit. **Ky njoftim shpjegon mbulimin e vazhdueshëm COBRA, kur mund të bëhet i disponueshëm për ju dhe familjen tuaj dhe çfarë duhet të bëni për të mbrojtur të drejtën tuaj për ta marrë atë.** Kur të kualifikoheni për COBRA, mund të kualifikoheni edhe për opsione të tjera mbulimi që mund të kushtojnë më pak se mbulimi i vazhdueshëm COBRA.

E drejta për mbulim të vazhdueshëm COBRA u krijua nga një ligj federal, Akti i Pajtimt të Buxhetit Omnibus të Konsoliduar të vitit 1985 (COBRA). Mbulimi i vazhdueshëm COBRA mund të bëhet i disponueshëm për ju dhe anëtarët e tjerë të familjes suaj kur mbulimi shëndetësor në grup do të përfundonte ndryshe. Për më shumë informacion në lidhje me të drejtat dhe detyrimet tuaja sipas Planit dhe sipas ligjit federal, duhet të rishikoni Përshkrimin Përmbledhës të Planit ose të kontaktoni Administratorin e Planit.

Mund të keni mundësi të tjera në dispozicion kur humbni mbulimin shëndetësor në grup.

Për shembull, mund të keni të drejtë të blini një plan individual përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Duke u regjistruar në mbulim përmes Tregut, mund të kualifikoheni për kosto më të ulëta në primet tuaja mujore dhe kosto më të ulëta nga xhepi. Përveç kësaj, mund të kualifikoheni për një periudhë regjistrimi të veçantë 30-ditore për një plan tjetër shëndetësor në grup për të cilin keni të drejtë (siç është plani i bashkëshortit/bashkëshortes), edhe nëse ai plan në përgjithësi nuk pranon të regjistruar me vonesë.

Çfarë është mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Mbulimi i vazhdimësisë COBRA është një vazhdim i mbulimit të Planit kur përndryshe do të përfundonte për shkak të një ngjarjeje jetësore. Kjo quhet edhe një "ngjarje kualifikuese". Ngjarjet specifike kualifikuese renditen më vonë në këtë njoftim. Pas një ngjarjeje kualifikuese, mbulimi i vazhdimësisë COBRA duhet t'i ofrohet çdo personi që është një "përfitues i kualifikuar". Ju, bashkëshorti/ja juaj dhe fëmijët tuaj në varësi mund të bëheni përfitues të kualifikuar nëse mbulimi sipas Planit humbet për shkak të ngjarjes kualifikuese. Sipas Planit, përfituesit e kualifikuar që zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë COBRA duhet të paguajnë për mbulimin e vazhdimësisë COBRA.

Nëse jeni punonjës, do të bëheni përfitues i kualifikuar nëse humbni mbulimin tuaj sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Orët tuaja të punës janë të reduktuara, ose
- Punësimi juaj përfundon për çdo arsye tjetër përveç sjelljes suaj të rëndë të pahijshme.

Nëse jeni bashkëshorti/ja i/e një punonjësi/e, do të bëheni përfitues/e i/e kualifikuar nëse humbni mbulimin tuaj sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Bashkëshorti/ja juaj vdes;
- Orët e punës së bashkëshortit/bashkëshortes suaj janë të reduktuara;
- Punësimi i bashkëshortit/bashkëshortes suaj përfundon për ndonjë arsye tjetër përveç sjelljes së tij/saj të rëndë të pahijshme;
- Bashkëshorti/ja juaj fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave); ose
- Ju divorcoheni ose ndaheni ligjërisht nga bashkëshorti/bashkëshortja juaj.

Fëmijët tuaj në varësi do të bëhen përfitues të kualifikuar nëse humbasin mbulimin sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Prindi-punëmarrës vdes;
- Orët e punësimit të prindit-punonjës janë të reduktuara;
- Punësimi i prindit-punonjës përfundon për çdo arsye tjetër përveç bruto të tij ose të saj sjellje e keqe;
- Prindi-punonjës fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (Pjesa A, Pjesa B ose të dyja);
- Prindërit divorcohen ose ndahen ligjërisht; ose
- Fëmija nuk është më i kualifikuar për mbulim sipas Planit si "fëmijë i varur".

Kur është i disponueshëm mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Plani do t'u ofrojë mbulim të vazhdueshëm COBRA përfituesve të kualifikuar vetëm pasi Administratori i Planit të jetë njoftuar se ka ndodhur një ngjarje kualifikuese. Punëdhënësi duhet të njoftojë Administratorin e Planit për ngjarjet e mëposhtme kualifikuese:

- Përfundimi i punësimit ose zvogëlimi i orëve të punësimit;
- Vdekja e punonjësit; ose
- Punonjësi fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave).

Për të gjitha ngjarjet e tjera kualifikuese (divorc ose ndarje ligjore e punonjësit dhe bashkëshortit/es ose humbja e të drejtës për mbulim si fëmijë i varur nga një fëmijë), duhet të njoftoni Administratorin e Planit brenda 60 ditëve pasi të ndodhë ngjarja kualifikuese. Duhet ta paraqisni këtë njoftim në Zyrën e Fondit.

Si ofrohet mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Pasi Administratori i Planit të marrë njoftimin se ka ndodhur një ngjarje kualifikuese, mbulimi i vazhdimësisë së COBRA do t'u ofrohet secilit prej përfituesve të kualifikuar. Çdo përfitues i kualifikuar do të ketë të drejtë të pavarur për të zgjedhur mbulimin e vazhdimësisë së COBRA. Punonjësit e mbuluar mund të zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë së COBRA në emër të bashkëshortëve të tyre dhe prindërit mund të zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë së COBRA në emër të fëmijëve të tyre.

Mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s është një vazhdim i përkohshëm i mbulimit që përgjithësisht zgjat 18 muaj për shkak të ndërprerjes së punësimit ose reduktimit të orëve të punës. Disa ngjarje kualifikuese, ose një ngjarje e dytë kualifikuese gjatë periudhës fillestare të mbulimit, mund të lejojnë një përfitues të marrë një maksimum prej 36 muajsh mbulim.

Ekzistojnë gjithashtu mënyra se si kjo periudhë 18-mujore e mbulimit të vazhdueshëm të COBRA mund të zgjatet:

Zgjatja e periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s për paaftësi

Nëse ju ose dikush në familjen tuaj i mbuluar nga Plani përcaktohet nga Sigurimet Shoqërore si i paaftë dhe ju njoftoni Administratorin e Planit në kohën e duhur, ju dhe e gjithë familja juaj mund të keni të drejtë të merrni deri në 11 muaj shtesë të mbulimit të vazhdueshëm COBRA, për një maksimum prej 29 muajsh. Paaftësia duhet të ketë filluar diku para ditës së 60-të të mbulimit të vazhdueshëm COBRA dhe duhet të zgjasë të paktën deri në fund të periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm COBRA.

Zgjatja e dytë e periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm për ngjarjen kualifikuese

Nëse familja juaj përjeton një ngjarje tjetër kualifikuese gjatë 18 muajve të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s, bashkëshorti/ja dhe fëmijët në varësi në familjen tuaj mund të marrin deri në 18 muaj shtesë të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s, për një maksimum prej 36 muajsh, nëse Plani njoftohet siç duhet për ngjarjen e dytë kualifikuese. Ky zgjatim mund të jetë i disponueshëm për bashkëshortin/en dhe çdo fëmijë në varësi që merr mbulim të vazhdueshëm të COBRA-s nëse punonjësi ose ish-punonjësi vdes; fiton të drejtë për përfitime Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave); divorcohet ose ndahet ligjërisht; ose nëse fëmija në varësi pushon së qeni i/e kualifikuar sipas Planit si fëmijë në varësi. Ky zgjatim është i disponueshëm vetëm nëse ngjarja e dytë kualifikuese do të kishte shkaktuar që bashkëshorti/ja ose fëmija në varësi të humbiste mbulimin sipas Planit nëse nuk do të kishte ndodhur ngjarja e parë kualifikuese.

A ka mundësi të tjera mbulimi përveç Mbulimit të Vazhdueshëm të COBRA-s?

Po. Në vend të regjistrimit në mbulimin e vazhdueshëm COBRA, mund të ketë mundësi të tjera mbulimi për ju dhe familjen tuaj përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore, Medicare, Medicaid, Programit të Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP) ose opsioneve të tjera të mbulimit të planit shëndetësor në grup (siç është plani i bashkëshortit/bashkëshortes) përmes asaj që quhet "periudhë e veçantë regjistrimi".

Disa nga këto opsione mund të kushtojnë më pak se mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s. Mund të mësoni më shumë rreth shumë prej këtyre opsioneve në www.healthcare.gov.

A mund të regjistrohem në Medicare në vend të mbulimit të vazhdueshëm COBRA pasi të mbarojë mbulimi im shëndetësor në grup?

Në përgjithësi, nëse nuk regjistroheni në Medicare Part A ose B kur kualifikoheni për herë të parë sepse jeni ende i punësuar, pas periudhës fillestare të regjistrimit në Medicare, keni një periudhë të posaçme regjistrimi prej 8 muajsh për t'u regjistruar për Medicare Part A ose B, duke filluar nga data më e hershme midis

- Muaji pas përfundimit të punësimit tuaj; ose
- Muaji pas përfundimit të mbulimit të planit shëndetësor në grup bazuar në punësimin aktual.

Nëse nuk regjistroheni në Medicare dhe zgjidhni mbulimin e vazhdimtë të COBRA-s, mund t'ju duhet të paguani një gjorbë regjistrimi të vonë në Pjesën B dhe mund të keni një boshllëk në mbulim nëse vendosni që dëshironi Pjesën B më vonë. Nëse zgjidhni mbulimin e vazhdimtë të COBRA-s dhe më vonë regjistroheni në Pjesën A ose B të Medicare para se të përfundojë mbulimi i vazhdimtë të COBRA-s, Planit mund ta ndërpresë mbulimin tuaj të vazhdimtë. Megjithatë, nëse Pjesa A ose B e Medicare është në fuqi në ose para datës së zgjedhjes së COBRA-s, mbulimi i COBRA-s nuk mund të ndërpritet për shkak të të drejtës së Medicare, edhe nëse regjistroheni në pjesën tjetër të Medicare pas datës së zgjedhjes së mbulimit të COBRA-s.

Nëse jeni të regjistruar si në mbulimin e vazhdimësisë COBRA ashtu edhe në Medicare, Medicare në përgjithësi do të paguajë i pari (paguesi kryesor) dhe mbulimi i vazhdimësisë COBRA do të paguajë i dyti. Disa plane mund të paguajnë sikur të jenë dytësore ndaj Medicare, edhe nëse nuk jeni të regjistruar në Medicare.

Për më shumë informacion vizitoni www.medicare.gov/medicare-and-you.

Nëse keni pyetje

Pyetjet në lidhje me Planin tuaj ose të drejtat tuaja të mbulimit të vazhdueshëm COBRA duhet t'i drejtohen kontaktit ose kontakteve të identifikuar më poshtë. Për më shumë informacion në lidhje me të drejtat tuaja sipas Aktit të Sigurisë së të Ardhurave të Daljes në Pension të Punonjësve (ERISA), duke përfshirë COBRA-n, Aktin e Mbrojtjes së Pacientëve dhe Kujdesit të Përballeshëm, dhe ligje të tjera që ndikojnë në planet shëndetësore në grup, kontaktoni Zyrrën Rajonale ose të Distriktit më të afërt të Administratës së Sigurisë së Përfitimeve të Punonjësve (EBSA) të Departamentit të Punës të SHBA-së në zonën tuaj ose vizitoni www.dol.gov/ebsa. (Adresat dhe numrat e telefonit të Zyrrave Rajonale dhe të Rrethit të EBSA-s janë të disponueshme në faqen e internetit të EBSA-s.) Për më shumë informacion në lidhje me Tregun, vizitoni www.HealthCare.gov.

Mbajeni Planin tuaj të informuar për ndryshimet e adresës

Për të mbrojtur të drejtat e familjes suaj, njoftoni Administratorin e Planit për çdo ndryshim në adresat e anëtarëve të familjes. Gjithashtu, duhet të mbani një kopje, për të dhënat tuaja, të çdo njoftimi që i dërgoni Administratorit të Planit.

www.seiu36.com

