



www.seiu36.com



È ora di iscriversi!

2026

Guida ai benefit per i nuovi assunti

**Hai 20 giorni di tempo per iscriverti
al programma 36Phlex Benefits per il 2026!**

Cosa c'è dentro?

Benvenuti al Fondo di previdenza BOLR del distretto 36 della SEIU Local 32BJ	2
Panoramica del programma di benefici 36Phlex Plan	3
Informazioni di base	4
Le tue opzioni di piano sanitario	6 Salute e benessere (Healthy Lifestyles SM) - Al servizio della tua salute ogni giorno!
Benefici per la salute comportamentale	9
Una panoramica dei vantaggi del piano High Option	10
Una panoramica dei vantaggi del piano base.....	11
Termini importanti.....	12
Benefici dei farmaci su prescrizione	13
Benefici odontoiatrici.....	14
Benefici per la vista	16
Assicurazione sulla vita e assicurazione contro morte e invalidità accidentale (AD&D)	18
Prestazioni di invalidità temporanea	19
Conti di rimborso.....	20
Avvisi importanti	24

Hai bisogno di un modulo?

Consultate la prima pagina di questa guida e il nostro sito web!

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

pagina (<https://www.seiu36.com>).

I moduli sono disponibili nella sezione [com/contacts-resources/](https://www.seiu36.com/contacts-resources/) del nostro sito web. È possibile compilarli online. Basterà stamparli, firmarli e poi spedirli all'ufficio del Fondo.



Ogni modulo indicherà le condizioni in base alle quali è necessario compilarlo. Compilate solo i moduli che vi riguardano. Strappate ciascun modulo compilato lungo il bordo perforato e spedite all'ufficio del Fondo utilizzando la busta preindirizzata inclusa in questa guida.

Benvenuti alla SEIU Local 32BJ

Fondo di previdenza sociale BOLR del Distretto 36

2026

In questa guida e nei materiali allegati, troverete le informazioni, i moduli e le istruzioni necessarie per iscrivervi al programma di assistenza sanitaria Phlex per il 2026.

Vi preghiamo di esaminare attentamente la documentazione allegata e di valutare le esigenze della vostra famiglia prima di sottoscrivere la copertura assicurativa. Il piano 36Phlex vi offre la flessibilità di sottoscrivere solo ciò di cui avete bisogno. Ad esempio, se la vostra famiglia dispone già di una copertura sanitaria tramite il piano del vostro coniuge, potreste utilizzare i vantaggi del piano 36Phlex per la copertura odontoiatrica e oculistica. La scelta è vostra.

È necessario restituire il modulo/foglio di lavoro per l'iscrizione al piano 36Phlex compilato (incluso all'inizio di questo libro) all'ufficio del fondo entro e non oltre 20 giorni dalla ricezione del presente pacchetto di iscrizione.

Cosa devi fare ora

Dopo aver letto questa guida:

1. Compilare entrambi i lati del **modulo Censimento demografico/Beneficiario**. Se si aggiungono persone a carico al piano, compilare il modulo di iscrizione dei familiari a carico. Per l'iscrizione dei familiari a carico è necessario fornire la documentazione appropriata.
2. Esamina il tuo **modulo/foglio di lavoro per l'iscrizione al piano 36Phlex** per vedere le opzioni disponibili e i costi di PhlexPoint.
3. Esamina attentamente questa Guida. Valuta quali opzioni di benefit sono le migliori per te e la tua famiglia.
4. Compila, firma e data il **modulo/foglio di lavoro per l'iscrizione al piano 36Phlex**. Assicurati di scegliere un livello di copertura per l'assicurazione medica, odontoiatrica, oculistica e sulla vita.
5. Devi avere un medico di base (PCP). Puoi sceglierne uno contattando Independence Blue Cross al numero 800-ASK-BLUE (800-275-2583) o visitando il sito www.ibx.com. **È importante scegliere un medico di base per ridurre al minimo le spese a tuo carico.**
6. Se rinunci alla copertura medica:
 - Compilare e firmare il **modulo di prova di altra copertura** e verificare l'altra copertura con una copia della tessera sanitaria; e
 - Restituire tutti i moduli necessari nella busta di risposta allegata.
7. Compilare il **modulo di corrispondenza dei dati della previdenza sociale** allegato e fornire una copia del proprio Tessera di previdenza sociale. Se si aggiungono persone a carico al piano, è necessario fornire anche copie delle loro tessere di previdenza sociale.

Nota: se i moduli sono incompleti, verranno restituiti. Qualora i moduli vengano restituiti, è necessario compilare le informazioni mancanti e restituirli all'ufficio del Fondo entro 72 ore.

IMPORTANTE: Promemoria sul cambio di stato Le decisioni

relative alle prestazioni del tuo piano 36Phlex rimarranno valide per il resto dell'anno. Puoi modificare le tue scelte relative a spese mediche, dentistiche, oculistiche o al conto di rimborso durante l'anno solo in caso di cambio di stato. I cambi di stato validi sono:

- Un cambiamento del tuo stato civile (come matrimonio, divorzio o annullamento);
- Una variazione del numero dei tuoi familiari a carico (come la nascita, l'adozione legale di un figlio, l'affidamento di un minore in vista dell'adozione o il decesso di un familiare a carico);
- Alcuni cambiamenti nello stato occupazionale che influiscono sull'ammissibilità ai benefici per te, il tuo coniuge o figli, ad esempio: cessazione del rapporto di lavoro, sciopero o serrata, inizio o rientro da un congedo non retribuito, cambio di sede di lavoro o cambio di orario di lavoro (ad esempio, passaggio da un lavoro a tempo pieno a uno a tempo parziale o riduzione o aumento delle ore);

- Il tuo bambino non ha più diritto alla copertura assicurativa;
- Diritto a Medicare o Medicaid (si applica solo alla persona avente diritto a Medicare o Medicaid);
- Modifica per conformarsi a un ordine statale in materia di rapporti familiari relativo alla copertura del tuo figlio a carico;
- La tua idoneità, quella del tuo coniuge o dei tuoi figli alla copertura COBRA;
- Un aumento significativo del costo della copertura o una riduzione significativa della copertura delle prestazioni previste dal tuo piano sanitario o da quello del tuo coniuge;
- L'aggiunta, l'eliminazione o la significativa riduzione di un'opzione di copertura;
- Una modifica della copertura del coniuge o del figlio durante il periodo di iscrizione annuale di un altro datore di lavoro, quando l'altro piano ha un periodo di copertura diverso; oppure
- Un cambiamento nei fornitori di assistenza ai familiari a carico o nei costi se i fornitori non sono parenti del dipendente (si applica solo al conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico).

È necessario notificare per iscritto all'Ufficio del Fondo la richiesta di modifica della copertura entro 31 giorni dalla modifica dello stato (il termine è di 90 giorni per l'aggiunta di un neonato; o di 60 giorni se si perde la copertura Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si soddisfano più i requisiti di ammissibilità, oppure se si diventa idonei a un programma statale di assistenza per il pagamento dei premi nell'ambito di Medicaid o CHIP), e si deve fornire una prova dell'evento.

Panoramica del 36Phlex

Programma di benefici del piano

Il piano 36Phlex è un programma di benefit che offre prestazioni di base come copertura medica, odontoiatrica, oculistica e assicurazione sulla vita, oltre a diverse opzioni di scelta. Puoi selezionare e combinare tra un'ampia gamma di opzioni e livelli di copertura per creare un pacchetto di benefit che soddisfi le tue esigenze specifiche.

Come funziona il piano

Il piano utilizza un sistema a punti, chiamato PhlexPoints. Ogni beneficio ha un costo in PhlexPoints.

Se i vantaggi che scegli costano **meno di 100 PhlexPoints**, puoi utilizzare i tuoi rimanenti Phlex indica:

- Iscriverti a un conto di rimborso delle spese sanitarie; e/o
- Iscriverti a un conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico.

Se i tuoi benefit hanno un costo pari o superiore a 100 PhlexPoints, **NON** avrai diritto a partecipare ai programmi di rimborso.

Se il costo delle tue prestazioni **supera i 100 PhlexPoints**, dovrai contribuire al costo della copertura. Consulta il tuo modulo di iscrizione per conoscere l'importo del tuo contributo.

Questo documento e il materiale contenuto nel pacchetto di iscrizione forniscono una descrizione sintetica delle prestazioni del Fondo di previdenza SEIU Local 32BJ, Distretto 36 BOLR e delle modifiche che entreranno in vigore il 1° gennaio 2026. Tale materiale integra le altre descrizioni delle prestazioni previste dal Piano. Le modifiche descritte in questi documenti e nel materiale allegato sono in vigore dal 1° gennaio 2026. Il Fondo auspica di poter mantenere il Piano e le prestazioni menzionate in questi documenti e descritte nel libretto informativo a tempo indeterminato, ma si riserva il diritto di modificare, sospendere o interrompere il Piano, in tutto o in parte, in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Né il ricevimento di questo pacchetto di iscrizione né l'adesione a una qualsiasi delle prestazioni offerte dal Piano costituiscono un contratto di lavoro. Si prega di leggere attentamente questi documenti e di conservare queste importanti informazioni insieme agli altri documenti relativi alle prestazioni per riferimento futuro.

36Phlex Phact!

RICORDA: scegli con attenzione! Una volta terminati i 20 giorni di iscrizione, non potrai modificare le tue scelte fino al successivo periodo di iscrizione aperta del 2026, per una copertura effettiva dal 1° gennaio 2027, a meno che tu non abbia subito un cambio di stato che ti qualifichi.

36Phlex Phact!

Domande? Chiama l'ufficio del fondo al numero 215-568-3262 interno 1400 o al numero 800-338-9025 interno 1400.

Informazioni di base

Chi può partecipare?

Hai diritto a partecipare al Piano 36Phlex se lavori in un'azienda coperta dal piano e il tuo datore di lavoro è tenuto, in base a un contratto collettivo di lavoro, a versare contributi al Fondo per tuo conto.

Se hai i requisiti per partecipare al piano 36Phlex, puoi iscrivere anche i tuoi familiari a carico idonei per usufruire di prestazioni mediche, dentistiche e oculistiche. I tuoi familiari a carico idonei includono:

- Il tuo coniuge (anche se dello stesso sesso)
- Bambini dalla nascita fino ai 26 anni
- Figliastri fino a 26 anni
- Bambini adottati (a partire dalla data di collocamento nella vostra famiglia) fino all'età di 26 anni
- Bambini dati in adozione
- Figli di età superiore ai 26 anni incapaci di mantenere un'occupazione a causa di disabilità mentale o fisica

Qualsiasi figlio per il quale ti assumi gratuitamente il mantenimento non sarà considerato a tuo carico.

Iscrizione dei familiari a carico

Per iscrivere i vostri familiari a carico al Piano, è necessario compilare e inviare le seguenti informazioni:

- **Modulo di iscrizione per i familiari a carico** (ricordarsi di compilare entrambi i lati)
- **Stato dipendente dal documento** : alcuni esempi di documentazione includono:
 - Certificato di matrimonio statale valido per il coniuge
 - Certificato di nascita statale valido che indichi entrambi i genitori, sia per i figli naturali che per i figliastri. meno di 26 anni
 - Documento comprovante l'adozione per un minore legalmente adottato di età inferiore ai 26 anni
 - Se è necessario aggiungere i vostri figli di età inferiore a 26 anni a seguito di un ordine di mantenimento per motivi medici, si prega di fornire una copia dell'ordine.
 - Documento comprovante il numero di previdenza sociale
 - Se hai un figlio che, a causa di una disabilità fisica o mentale che gli impedisce di mantenersi, deve rimanere coperto dalla tua assicurazione oltre i 26 anni, l'Ufficio del Fondo richiede periodicamente la documentazione relativa alla sua disabilità. Tale documentazione deve essere fornita entro 31 giorni dal 26° compleanno del figlio.

RICORDA: Hai 20 giorni di tempo per iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico. Se non riceviamo i moduli di iscrizione entro il termine specificato, dovrai attendere la prossima sessione di iscrizioni, a meno che non si verifichi un cambiamento di stato che dia diritto all'iscrizione.

Ordine di mantenimento qualificato per figli a carico in ambito medico (QMCSO)

Se sei tenuto a fornire il mantenimento dei figli e la copertura sanitaria in base a un ordine di mantenimento medico qualificato per i figli (QMCSO), contatta l'ufficio del Fondo per ottenere chiarimenti sulle informazioni richieste. Un QMCSO è qualsiasi sentenza, decreto o ordine emesso dal tribunale che ti obbliga a fornire la copertura sanitaria per un minore. Per ulteriori informazioni sulle procedure di gestione dei QMCSO, contatta l'ufficio del Fondo.

Chi paga le prestazioni sociali?

Il tuo piano previdenziale e i contributi richiesti sono stabiliti da un contratto collettivo di lavoro. Il tuo datore di lavoro versa mensilmente dei contributi al Fondo per tuo conto, che copre in tutto o in parte le tue prestazioni sanitarie e assistenziali. Tu contribuisce a una parte del costo dei servizi sanitari ricevuti tramite franchigie, ticket e/o compartecipazione alle spese.

A seconda dell'opzione e del livello di copertura scelti, è possibile condividere il costo della copertura versando una parte del premio mensile tramite trattenuta sullo stipendio.

È possibile pagare la copertura assicurativa al lordo delle imposte.

Se sei tenuto a contribuire al costo della tua copertura assicurativa, i tuoi contributi verranno detratti dalla tua busta paga al lordo delle imposte. Ciò significa che i tuoi contributi vengono prelevati dalla tua retribuzione prima che vengano detratte le imposte federali e i contributi previdenziali. I contributi al lordo delle imposte riducono il tuo reddito imponibile e, di conseguenza, ti fanno risparmiare denaro.

Ad esempio, se guadagni 24.000 dollari ma contribuisce con 1.200 dollari all'anno per la copertura sanitaria, pagherai le imposte federali sul reddito, i contributi previdenziali e le imposte FICA su 22.800 dollari. Il trattamento delle imposte sul reddito statali (e di eventuali imposte locali) varia a seconda dello stato. In genere, i tuoi contributi sono soggetti alle imposte sul reddito dello stato del New Jersey. Tuttavia, i tuoi contributi non sono soggetti alle imposte sul reddito degli stati del Delaware, del Maryland o della Pennsylvania.

Modificare le proprie prestazioni

Le tue scelte relative alle prestazioni sanitarie saranno valide dalla data di iscrizione fino al 31 dicembre 2026. Non potrai modificare le tue scelte relative alle prestazioni mediche, dentistiche, oculistiche o ai conti di rimborso per il 2026 durante l'anno, a meno che tu non si verifichi una delle modifiche di stato qualificanti descritte alle pagine 2 e 3.

Puoi inoltre iscriverti a uno dei piani sanitari in qualsiasi momento dell'anno se:

- Hai rinunciato alla

copertura per te stesso o per i tuoi familiari a carico idonei perché tu o i tuoi familiari a carico avevate una copertura sanitaria e l'avete persa a causa di divorzio, separazione legale, decesso, cessazione del rapporto di lavoro, riduzione dell'orario di lavoro o esaurimento del periodo di copertura COBRA dell'altro piano. In questo caso, puoi iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico idonei che hanno perso la copertura entro 31 giorni dalla perdita della copertura.

- Acquisisci un nuovo dipendente tramite matrimonio, adozione o collocamento per Adozione. In questo caso, puoi iscrivere te stesso, il tuo coniuge e i tuoi nuovi familiari a carico, a condizione che l'iscrizione avvenga entro 31 giorni dall'evento. Se il tuo nuovo familiare a carico è un neonato, hai 90 giorni dalla nascita per richiedere l'iscrizione (o 60 giorni se perdi la copertura Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non ne hai più diritto, oppure se diventi idoneo a un programma statale di assistenza per il pagamento dei premi nell'ambito di Medicaid o CHIP).
- Se tu o un tuo familiare a carico perdete la copertura Medicaid o il Children's Health Insurance Plan (CHIP) perché voi o il vostro familiare a carico non avete più diritto a tale copertura—oppure se tu o un tuo familiare a carico diventate idonei a ricevere un sussidio per il pagamento dei premi assicurativi nell'ambito di Medicaid o CHIP, potreste essere in grado di iscrivere voi stessi o i vostri familiari a carico a questo Piano, a condizione che ne facciate richiesta e forniate la documentazione appropriata entro 60 giorni dall'evento.

36Phlex Phact!

Entrambi i piani sanitari richiedono la scelta di un medico di base e l'ottenimento di un'autorizzazione per determinati servizi. Potrebbe inoltre essere necessario usufruire di alcuni servizi presso strutture convenzionate con il medico di base affinché siano coperti dall'assicurazione.

Se NON si sceglie un medico di base, le prestazioni previste dal piano potrebbero essere limitate o non essere erogate affatto.

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

Le opzioni del tuo piano sanitario

È possibile scegliere tra due piani sanitari e un'opzione di rinuncia. Sebbene entrambi i piani offrano copertura per le cure mediche necessarie, il loro funzionamento è molto diverso. È importante comprendere a fondo ciascun piano prima di decidere quale opzione sia la migliore per voi e i vostri familiari a carico.

Per essere coperti da entrambi i piani, i servizi o le forniture mediche ricevuti devono essere medicalmente necessari, appropriati e ammissibili. Tuttavia, alcuni servizi e forniture non sono coperti affatto, mentre le prestazioni per altri servizi sono limitate. Consulta la Descrizione Riassuntiva del Piano per maggiori dettagli su cosa è coperto e cosa non lo è.

Le tue opzioni di piano sanitario

- **Piano High Option** : si tratta di un piano con punto di servizio diretto (DPOS). Se scegli il piano High Option, avrai meno PhlexPoints da spendere per altri vantaggi.
- **Piano Base** : si tratta di un piano HMO (Health Maintenance Organization). Se scegli il piano base, che ha un costo inferiore, il Fondo ti trasferirà il risparmio sotto forma di PhlexPoints extra, che potrai utilizzare per altri vantaggi.
- **Rinuncia** : se disponi di un'altra copertura sanitaria tramite un altro datore di lavoro o il tuo coniuge, puoi scegliere di rinunciare al piano sanitario del Fondo e utilizzare i tuoi PhlexPoints per altri benefici. Se scegli di rinunciare, dovrai compilare un modulo di Prova di Altra Copertura. Dovrai fornire queste informazioni al Fondo annualmente, per tutto il tempo in cui desideri rinunciare alla copertura. Questa opzione offre il maggior numero di PhlexPoints.

Non dimenticate la prevenzione.

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

Il primo passo è fissare un appuntamento per la visita medica annuale con il proprio medico di base. Informati su quali esami e screening dovresti fare. Ad esempio, l'American Cancer Society raccomanda di iniziare gli screening per il cancro del colon-retto a partire dai 45 anni.

I regolari controlli del colesterolo permettono di individuare precocemente i segni di malattie coronariche. Inoltre, le visite ginecologiche annuali di controllo possono aiutare a diagnosticare il tumore al seno in fase iniziale.

La prevenzione è semplice ed economica. La maggior parte dei servizi di prevenzione è coperta al 100% a condizione che ci si rivolga a un fornitore convenzionato.

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

Principali differenze tra il piano High Option e il piano Base

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

Piano ad alta opzione	Piano di base
Al momento dell'iscrizione è necessario scegliere un medico di base.	
Potete scegliere i medici e gli ospedali che preferite. Rimanere all'interno della rete convenzionata riduce le spese a vostro carico.	Il tuo medico di base deve prendersi cura di te o indirizzarti a specialisti dell'HMO.
La franchigia si applica ai servizi fuori rete/ Servizi di assistenza sanitaria accessibili solo su richiesta diretta; la franchigia annuale è di 250 dollari a persona e 500 dollari a famiglia.	Nessuna franchigia
La maggior parte dei servizi è coperta al 100% all'interno della rete convenzionata, senza franchigia.	La maggior parte dei servizi è coperta al 100%.
Servizi ospedalieri di degenza in strutture convenzionate coperti al 100%, senza franchigia.	Le prestazioni ospedaliere per i pazienti ricoverati sono coperte al 100%, dopo un ticket di 100 dollari al giorno (ticket massimo: 500 dollari per ricovero).
Interventi di protesi al ginocchio e all'anca presso il Blue Distinction Center + coperti al 100%; servizi presso altre strutture convenzionate coperti al 70%; non coperti al di fuori della rete convenzionata.	Interventi di protesi al ginocchio e all'anca presso il Blue Distinction Center + coperti al 100%; servizi presso altre strutture convenzionate coperti al 70%; non coperti al di fuori della rete convenzionata.
Per le visite presso i medici del PCMH è previsto un ticket di 10 dollari, mentre per le visite presso medici di altri istituti è previsto un ticket di 20 dollari.	Si paga un ticket di 15 dollari per le visite dei medici PCMH, 30 dollari per le visite presso studi medici non PCMH (inclusi i medici di base) e 40 dollari per gli specialisti.
Per i servizi coperti anche se forniti da un operatore non convenzionato, il Piano rimborsa il 70% della spesa, al netto della franchigia, per la maggior parte delle spese ammissibili.	Nessun rimborso per prestazioni al di fuori della rete convenzionata.
Il massimale di spesa annuale a carico del paziente è di 6.750 dollari a persona e 13.500 dollari a famiglia.	Il massimale di spesa annuale a carico del paziente è di 6.750 dollari a persona e 13.500 dollari a famiglia.

Requisiti di precertificazione

Alcuni servizi devono essere approvati come necessari dal punto di vista medico prima che tu possa riceverli. Questo processo si chiama pre-certificazione. Alcuni servizi che richiedono la pre-certificazione includono:

- Tutti i ricoveri ospedalieri non urgenti
 - Interventi chirurgici elettivi in regime di ricovero
 - Selezionare dispositivi medici durevoli
 - assistenza sanitaria domiciliare
- Cure palliative in regime di ricovero
 - Risonanza magnetica/angiografia a risonanza magnetica
 - Scansione TC/angio-TC
 - Scansione PET

Nota: questo non è un elenco completo dei servizi. Blue Cross si riserva il diritto di modificare i requisiti di pre-autorizzazione di volta in volta. Per ulteriori informazioni, contattare il Servizio Clienti di Blue Cross.

36Phlex Phact!

Per poter partecipare, è necessario iscriversi al programma Healthy Lifestyles Solutions. Si applicano restrizioni e linee guida specifiche. Il programma Healthy Lifestyles Solutions è gestito da Independence Blue Cross e i dettagli del programma possono subire variazioni in qualsiasi momento. Per informazioni aggiornate sul programma Healthy Lifestyles Solutions, si prega di chiamare, visitare il sito www.ibx.com o scaricare l'app mobile IBX.

36Phlex Phact!

Per poter beneficiare dei rimborsi, è necessario aver sottoscritto una copertura sanitaria con Independence.

Salute e benessere (Healthy LifestylesSM) Ci impegniamo a sostenere la tua salute ogni giorno!

La maggior parte delle persone tende a pensare alla propria salute e alle proprie prestazioni sanitarie solo quando si ammala, oppure una volta all'anno in occasione della visita medica di controllo. In realtà, bisognerebbe pensare alla propria salute e alle proprie prestazioni sanitarie ogni giorno.

Ecco perché. Le scelte che fai ogni giorno – il cibo che scegli di mangiare, allacciare la cintura di sicurezza, assumere i farmaci come prescritto dal medico – possono avere un impatto significativo sulla tua salute, sia in positivo che in negativo. I programmi di Independence Healthy Lifestyles Solutions possono offrirti supporto e guida per intraprendere azioni concrete volte a migliorare la tua salute e le tue possibilità di rimanere in salute.

Dal rimborso per le scelte di vita sane che compi alla fornitura di soluzioni personalizzate come le tue esigenze individuali, il programma Healthy Lifestyles Solutions è progettato per aiutarti a mantenerti in salute. E soprattutto, i programmi sono gratuiti per te e per i tuoi familiari a carico aventi diritto.

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

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

Ottieni risultati che ti renderanno più sano e ti ricompenseranno!

Ricevi una ricompensa per i piccoli passi quotidiani che, sommati, possono portare a grandi cambiamenti per la tua salute. I rimborsi di Healthy Lifestyles Solutions ti offrono:

• Fino a 150 \$ di rimborso sulle quote del centro fitness

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

Con i nostri programmi di rimborso per uno stile di vita sano, ottenere un rimborso è facile. Non è richiesta alcuna iscrizione. Per partecipare, è sufficiente completare 120 visite presso una struttura convenzionata. Invia la documentazione necessaria per richiedere il rimborso in modo rapido e sicuro.

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

Benefici per la salute comportamentale

La tua copertura per la salute comportamentale è fornita da MHC e non è inclusa nelle prestazioni mediche del tuo piano sanitario Independence Blue Cross.

MHC è qui per supportare te e la tua famiglia che potreste avere problemi di dipendenza da sostanze o disturbi emotivi o mentali. I professionisti esperti di MHC vi offriranno la migliore assistenza e attenzione possibile. Per saperne di più sui servizi e i benefici per la salute comportamentale a vostra disposizione, chiamate il numero 800-255-3081 o visitate il sito web www.mhconsultants.com.

Mostra la tua tessera MHC se hai bisogno di cure da un professionista della salute mentale. Contatta direttamente MHC al numero 800-255-3081 per parlare con un assistente sociale MHC.

MHC può fornire aiuto per problemi

quali: • Ansia/Stress

• Abuso di sostanze

• Depressione

• Stress post-traumatico

• Dolore

• Problemi familiari

• E molto altro ancora.

Una panoramica dei vantaggi del piano High Option.

Questo schema offre una panoramica rapida del Piano Sanitario High Option. Per informazioni complete sui vantaggi del Piano High Option, si prega di consultare il Riepilogo del Piano.

BENEFICIO	IN RETE/SU CONSIGLIATO	FUORI RETE/AUTO-REFERENZA
Franchigia annuale	N / A	250 dollari a persona; 500 dollari a famiglia
Massimale annuo di spesa a carico del paziente⁸	6.750 dollari a persona; 13.500 dollari a famiglia	6.750 dollari a persona; 13.500 dollari a famiglia
Visite mediche domiciliari incentrate sul paziente	100%, dopo un ticket di 10 dollari	70% dopo la franchigia
Visite mediche presso lo studio del medico (non PCMH) Servizi primari e specialistici)	100%, dopo un ticket di 20 dollari (presso un fornitore di servizi sanitari diverso da quello di salute mentale)	70% dopo la franchigia
Visita ginecologica di routine/Pap test 1 all'anno solare	100%	70%, nessuna franchigia
Mammografia	100%	70% dopo la franchigia
Vaccinazioni pediatriche	100%	70% dopo la franchigia
Terapia fisica, occupazionale o logopedica⁴, 5 fino a 30 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 20 dollari	Non coperto
Riabilitazione cardiaca o polmonare fino a 36 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 20 dollari	70% dopo la franchigia
Chiropratica (Manipolazione della colonna vertebrale) ⁵ fino a 10 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 20 dollari	70% dopo la franchigia
Paziente ricoverato in ospedale¹	100%	70% dopo la franchigia fino a 70 giorni per anno solare
Protesi di ginocchio e anca^{1, 2} Centro di Distinzione Blu + Tutte le altre strutture	100% 70%	Non coperto Non coperto
Cure urgenti	Quota di partecipazione di 40 dollari	70% dopo la franchigia
Pronto soccorso Visita al pronto soccorso 1 e 2	Quota di partecipazione di 100 dollari (esente in caso di ricovero)	Quota di partecipazione di 100 dollari, nessuna franchigia (esente in caso di ricovero).
Visita al pronto soccorso 3 e oltre	Quota di partecipazione di 200 dollari (esente in caso di ricovero)	Quota di partecipazione di 200 dollari, nessuna franchigia (esente in caso di ricovero).
Esame di laboratorio/patologia ambulatoriale^{4,5}	100%	70% dopo la franchigia
Dialisi/Radioterapia/Chemioterapia	100%	70% dopo la franchigia
Assistenza sanitaria domiciliare¹ fino a 200 visite all'anno solare	100%	70% dopo la franchigia
Cure palliative¹ fino a 210 giorni nell'arco della vita	100%	Non coperto
Struttura di assistenza infermieristica specializzata¹ fino a 60 giorni all'anno solare	100%	Non coperto
Chirurgia ambulatoriale (per alcuni interventi chirurgici ambulatoriali potrebbe essere necessaria la pre-autorizzazione) ¹	100%	70% dopo la franchigia
Radiologia/Radiologia ambulatoriale^{1, 4, 5}	100%	70% dopo la franchigia
Apparecchiature mediche durevoli¹	100%	Non coperto
Ambulanza Trasporto di emergenza Trasporto non di emergenza ¹	100% 100%	100%, nessuna franchigia 70% dopo la franchigia
Assistenza infermieristica privata ambulatoriale¹ fino a 360 ore all'anno solare	90%	70% dopo la franchigia
Programma di salute comportamentale/abuso di sostanze (copertura per cure psichiatriche e abuso di sostanze) NOTA: Il programma non è incluso nel piano sanitario. Chiama MHC al numero (800) 255-3081.		
Ricovero^{6, 7}	100%	70% dopo la franchigia
Visite ambulatoriali non in studio⁶	100%	70% dopo la franchigia
Ambulatorio⁶	100%, dopo un ticket di 20 dollari	70% dopo la franchigia

1. Per questi servizi è necessaria la pre-autorizzazione. Si prega di contattare il servizio clienti di Keystone HPE (Independence Blue Cross) per ulteriori informazioni sui servizi che richiedono la pre-autorizzazione.

2. Il trattamento per la sostituzione del ginocchio e dell'anca effettuato presso un Blue Distinction Center+ è coperto al 100%; il trattamento effettuato presso un Blue Distinction Center o qualsiasi altra struttura Keystone partecipante o struttura designata da AmeriHealth è coperto al 70%. Non è prevista alcuna copertura per gli interventi di sostituzione del ginocchio/anca effettuati al di fuori della rete convenzionata.

3. Devi recarti dal tuo medico di base (PCP) di fiducia.

4. È necessario recarsi presso la struttura designata dal medico di base affinché l'assistenza venga presa in considerazione, in rete.

5. È necessaria la prescrizione del medico di base.

6. Servizi in rete gestiti da MHC, Inc. e non da Keystone o AmeriHealth. Contatta MHC per un elenco dei fornitori in rete. Chiama MHC al numero 800-255-3081 o visita il sito web di MHC all'indirizzo www.mhconsultants.com.

7. Per questi servizi è necessaria la pre-certificazione. Contattare MHC per ulteriori informazioni sulla pre-certificazione dei servizi relativi al trattamento della salute comportamentale/dipendenza da sostanze.

8. Il massimale annuo di spesa a carico del paziente comprende le spese per raggiungere la franchigia annuale, nonché le somme pagate per i ticket e la compartecipazione alle spese durante l'anno. Esiste un massimale di spesa a carico del paziente separato per i farmaci con prescrizione (vedere pagina 11).

Una panoramica dei vantaggi del piano base

Questo schema offre una rapida panoramica del Piano Medico Base. Il Piano Base prevede la copertura solo all'interno della rete di fornitori convenzionati. È necessaria una prescrizione medica. Non è prevista alcuna copertura per fornitori o strutture non convenzionate. Si prega di consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano per informazioni complete sui benefici del Piano Base.

BENEFICIO	IN RETE
Massimale annuo di spesa a carico del paziente***	6.750 dollari a persona; 13.500 dollari a famiglia
Visite mediche in ambulatorio3	Fornitore PCMH: 100%, dopo un ticket di 15 dollari PCP non-PCMH: 100%, dopo un ticket di 30 dollari; Specialista: copertura del 100% dopo un ticket di 40 dollari
Visita ginecologica di routine/Pap test 1 volta all'anno solare; non è necessaria alcuna prescrizione medica.	100%
Screening mammografico: non è necessaria la prescrizione medica.	100%
Vaccinazioni pediatriche	100%
Terapia fisica e occupazionale4, 5 fino a un massimo di 30 visite complessive per anno solare	100%, dopo un ticket di 40 dollari
Riabilitazione cardiaca e polmonare5 fino a 36 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 40 dollari
Logopedia5 fino a 20 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 40 dollari
Chiropratica (Manipolazione della colonna vertebrale)5 fino a 20 visite all'anno solare	100%, dopo un ticket di 40 dollari
Paziente ricoverato in ospedale1	100%, dopo un ticket di 100 dollari al giorno; (Costo massimo a carico del paziente: 500 dollari a ingresso)
Protesi di ginocchio e anca1, 2 Centro di Distinzione Blu + Tutte le altre strutture	100% 70%
Cure urgenti	compartecipazione alle spese di 50 dollari
Pronto soccorso Visita al pronto soccorso 1 e 2 Visita al pronto soccorso 3 e oltre	Quota di partecipazione di 100 dollari (non esentata in caso di ricovero) Quota a carico del paziente di 200 dollari (non esentata in caso di ricovero).
Laboratorio/Patologia ambulatoriale4, 5	100%
Dialisi/Radioterapia/Chemioterapia5	100%
Assistenza sanitaria domiciliare1	100%
Cure palliative1	100%
Struttura di assistenza infermieristica specializzata1 fino a 120 giorni per anno solare	100%, dopo un ticket di 50 dollari al giorno; (Costo massimo a carico del paziente: 250 dollari a ingresso) 100%.
Chirurgia ambulatoriale5	dopo un costo di 50 dollari a carico del paziente
Radiologia/Radiologia ambulatoriale4, 5	Esami di routine/diagnostici: 100%, dopo un ticket di 40 dollari. Risonanza magnetica/angio-risonanza magnetica, TAC/angio-TC, PET: copertura del 100% dopo un ticket di 80 dollari.
Apparecchiature mediche durevoli e protesi1, 5	70%
Ambulanza (per i servizi di ambulanza non di emergenza è necessaria la pre-autorizzazione)	100%
Assistenza infermieristica privata ambulatoriale1, 5 fino a 360 ore all'anno	90%
Programma di salute comportamentale/abuso di sostanze (copertura per cure psichiatriche e abuso di sostanze) NOTA: Il programma non è incluso nel piano sanitario. Chiama MHC al numero (800) 255-3081.	
Ricovero6, 7	100%, dopo il copay di 100 dollari al giorno (Costo massimo a carico del paziente: 500 dollari a ingresso)
Visite ambulatoriali non in studio6	100%
Ambulatoriale.....	100%, dopo un ticket di 30 dollari
Non vengono erogati rimborsi per i servizi forniti da professionisti non convenzionati.	

1. Per questi servizi è necessaria la pre-autorizzazione. Si prega di contattare il servizio clienti di Keystone HPE (Independence Blue Cross) per ulteriori informazioni sui servizi che richiedono la pre-autorizzazione.

2. Il trattamento per la sostituzione del ginocchio e dell'anca effettuato presso un Blue Distinction Center+ è coperto al 100%; il trattamento effettuato presso un Blue Distinction Center o qualsiasi altra struttura Keystone partecipante o struttura designata da AmeriHealth è coperto al 70%. Non è prevista alcuna copertura per gli interventi di sostituzione del ginocchio/anca effettuati al di fuori della rete convenzionata.

3. Devi recarti dal tuo medico di base (PCP) di fiducia.

4. È necessario recarsi presso la struttura designata dal medico di base affinché l'assistenza venga presa in considerazione in rete.

5. È necessaria la prescrizione del medico di base.

6. Servizi in rete gestiti da MHC, Inc. e non da Keystone o AmeriHealth. Contatta MHC per un elenco dei fornitori in rete. Chiama MHC al numero 800-255-3081 o visita il sito web di MHC all'indirizzo www.mhconsultants.com.

7. Per questi servizi è necessaria la pre-certificazione. Contattare MHC per ulteriori informazioni sulla pre-certificazione dei servizi relativi al trattamento della salute comportamentale/dipendenza da sostanze.

8. Il massimale annuo di spesa a carico del paziente comprende le spese per raggiungere la franchigia annuale, nonché le somme pagate per i ticket e la compartecipazione alle spese durante l'anno. Esiste un massimale di spesa a carico del paziente separato per i farmaci con prescrizione (vedere pagina 11).

Termini importanti

Massimale annuo di compartecipazione alla spesa—

Questa è la quota massima che dovrai pagare di tasca tua per i servizi erogati all'interno della rete convenzionata durante l'anno. Una volta raggiunto il massimale annuale, il piano copre il 100% del costo dei servizi erogati all'interno della rete convenzionata per il resto dell'anno.

Centro di distinzione blu + —

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

Coassicurazione—

è la percentuale dei costi ammissibili che paghi per i servizi, dopo che è stata pagata la franchigia.

Ticket sanitario

è l'importo fisso in dollari che si paga per alcuni servizi medici al momento della prestazione.

Franchigia—

è la parte delle spese coperte che paghi ogni anno prima che il tuo piano sanitario inizi a erogare i rimborsi per i servizi specifici.

Fornitori convenzionati—

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

Spese medicalmente necessarie—

I servizi o le forniture sono coperti dal piano se considerati necessari e appropriati. Alcuni servizi e forniture non sono coperti affatto, mentre i benefici per altri servizi (come le cure chiropratiche) sono limitati. Inoltre, la spesa deve essere sostenuta mentre il paziente è coperto dal piano, salvo diversa disposizione specifica.

Fornitori non convenzionati (solo per il piano High Option)

Si tratta di medici, operatori sanitari o strutture che non fanno parte del gruppo selezionato di fornitori previsto dal Piano High Option.

Casa medica centrata sul paziente (PCMH)

Blue Cross ha individuato alcuni medici, inclusi i medici di base, che partecipano a un programma di assistenza medica centrata sul paziente (Patient-Centered Medical Home, PCMH). Un PCMH è uno studio medico o un gruppo di medici che collaborano per coordinare e personalizzare al meglio le cure. Rivolgersi a un PCMH e scegliere un medico PCMH come medico di base vi permetterà di risparmiare.

Indennità del piano (solo per il piano High Option)—

Si tratta dell'importo che il piano assicurativo copre per una specifica prestazione medica in una determinata area geografica. Le spese che superano il massimale previsto dal piano sono a tuo carico qualora non ti rivolgessi a un fornitore convenzionato.

Medico di base (PCP)

A volte viene chiamato "medico di famiglia". È il medico che vi contatta per primo in caso di problemi di salute. Il medico di famiglia fornisce anche assistenza continuativa e, se necessario, vi indirizza a specialisti. Blue Cross ha designato alcuni medici come "medici di famiglia"; è necessario consultare l'elenco dei medici Blue Cross per scegliere un medico di famiglia idoneo.

Assistenza auto-segnalata (solo per il piano High Option)

Si tratta di cure che non ricevi dal tuo medico di base o di cure che ricevi senza una prescrizione del tuo medico di base. Questo è il modo più costoso per ricevere assistenza. Per le cure autogestite, il piano assicurativo generalmente copre il 70% della franchigia prevista, dopo che il paziente ha raggiunto la quota annuale di rimborso.

Benefici dei farmaci su prescrizione

La copertura per i farmaci con obbligo di ricetta, fornita tramite CVS Caremark, si attiva automaticamente quando ci si iscrive a una delle opzioni del piano 36Phlex. È possibile ottenere una fornitura di farmaci per un massimo di 30 giorni recandosi in qualsiasi farmacia convenzionata e mostrando la propria tessera identificativa CVS Caremark per i farmaci con obbligo di ricetta. È possibile ottenere una fornitura di farmaci per un massimo di 90 giorni recandosi direttamente in qualsiasi farmacia CVS o utilizzando il servizio di farmacia per corrispondenza CVS Caremark. **Non si avrà diritto alla copertura per i farmaci con obbligo di ricetta se si decide di non aderire al piano sanitario.**

Le tue quote a carico

Ogni volta che ritiri una ricetta medica, dovrai pagare una quota a tuo carico, il cui importo varia a seconda della classificazione del farmaco. Esistono tre categorie di farmaci soggetti a prescrizione medica:

- **Generici:** farmaci da prescrizione che rappresentano l'equivalente a costo inferiore dei farmaci di marca. Sono approvati dalla Food and Drug Administration statunitense e contengono gli stessi principi attivi dei corrispondenti farmaci di marca.
- **Formulario:** un elenco di farmaci di marca selezionati da un gruppo di medici e farmacisti.
I farmaci inclusi nel prontuario sono scelti con cura in base alla loro efficacia, sicurezza e costo.
- **Non-formulary—Farmaci di marca** non inclusi nel formulario. Paghi il 100% del costo dei farmaci non-farmaci inclusi nel prontuario.

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

*Per ritirare una ricetta per una fornitura di farmaci di 90 giorni presso una farmacia al dettaglio, è necessario utilizzare una farmacia CVS.

Il tuo massimale annuo di spesa a carico del paziente

È previsto un massimale annuo di spesa a carico del paziente per i farmaci con prescrizione. Una volta raggiunto tale massimale, il piano assicurativo copre il 100% del costo dei farmaci.

I ticket sanitari a tuo carico contribuiscono al raggiungimento del massimale annuo di spesa a tuo carico. Le spese sostenute per farmaci non coperti dal piano di assicurazione per farmaci con prescrizione non vengono conteggiate. Per le prestazioni mediche è previsto un massimale annuo di spesa a tuo carico separato.

I massimali annuali di spesa a carico del paziente per i farmaci con prescrizione sono: •

Singolo: \$1.950 • Famiglia: \$3.900

Che cos'è un formulario?

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

È possibile consultare il formulario aggiornato registrandosi sul sito www.caremark.com. Il prontuario farmaceutico è soggetto a modifiche nel corso dell'anno, in quanto vengono aggiunti nuovi farmaci, i farmaci di marca hanno alternative generiche o la loro posizione nel prontuario cambia.

36Phlex Phact!

Le prescrizioni per la vendita al

dettaglio valide per 90 giorni sono

disponibili solo presso le farmacie CVS.

36Phlex Phact!

Utilizzando CVS Caremark

La farmacia per
corrispondenza per

i farmaci di mantenimento ti farà risparmiare
i tuoi soldi.

Benefici odontoiatrici

Una regolare assistenza odontoiatrica professionale non è solo essenziale per una buona salute, ma può anche prevenire problemi seri o costosi. Per questo motivo, il nostro Piano Odontoiatrico, offerto tramite Delta Dental, copre una gamma completa di servizi odontoiatrici, tra cui diagnosi e cure preventive.

Tabella delle prestazioni odontoiatriche

Franchigia	Nessuno
Massimale di beneficio annuo	3.000 dollari a persona all'anno
Cure preventive e diagnostiche • Esame orale, pulizia, radiografie interprossimali (due volte l'anno); radiografie complete della bocca ogni 36 mesi • Trattamenti al fluoro fino a 19 anni (si applicano dei limiti) • Sigillanti o mantenitori di spazio (si applicano dei limiti di età)	100%
Riparativo di base • Otturazioni	100%
Restauri complessi • Riparazione di corone esistenti • Intarsi, onlay, corone, restauri in fusione • Ponti e protesi dentarie	50%
Endodonzia • Devitalizzazione	80%
Parodontologia • Trattamento delle gengive	80%
Ortodonzia	50% \$1.000 massimo a vita

Come scegliere un dentista convenzionato può farti risparmiare

Questo è un esempio di come rivolgersi a un dentista della rete Delta Dental possa farti risparmiare.

Procedura: Corona	Se usi un dentista partecipante	Se ti rivolgi a un dentista non convenzionato
Tariffa del dentista	\$900	\$900
Tariffa convenzionata con Delta Dental (spesa ammissibile)	\$700	\$700
Il piano prevede un rimborso pari al 50% della tariffa concordata.	\$350	\$350
Tu paghi	\$350	\$550 (differenza tra la tariffa concordata con Delta e la tariffa di \$900 del dentista)

Nota: questo grafico è puramente illustrativo. I costi effettivi possono variare.

Predeterminazione dei benefici per trattamenti superiori a 300 dollari

Se il costo previsto per il trattamento è di 300 dollari o più, chiedete al vostro dentista di "pre-determinare la copertura assicurativa" con Delta Dental prima dell'inizio del trattamento (ciò significa valutare se il trattamento proposto è appropriato e stabilire quanto la compagnia assicurativa coprirà). Con la pre-determinazione, saprete esattamente quanto pagherà la compagnia assicurativa e quanto dovrete pagare voi. In questo modo, potrete organizzarvi finanziariamente prima dell'inizio del trattamento.

Per predeterminare la copertura assicurativa, il tuo dentista dovrà inviare a Delta Dental un modulo di richiesta di rimborso che descriva il trattamento proposto e i costi stimati. Delta Dental ti invierà un estratto conto che indicherà i servizi coperti e l'importo che il piano assicurativo rimborserà. Potrai esaminare il piano di trattamento con il tuo dentista e concordare i servizi da eseguire. Una volta completato il trattamento, restituisci l'estratto conto originale, con le date dei servizi e le firme necessarie, a Delta Dental per il pagamento.

Si prega di consultare la Descrizione Riassuntiva del Piano per un elenco completo delle limitazioni e delle esclusioni relative alla copertura odontoiatrica.

36Phlex Phact!

Con il Piano Sconti per la Vista, non c'è limite al numero di volte in cui puoi utilizzare la tua tessera identificativa per usufruire di servizi di oculistica o acquistare occhiali.

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

Con il piano Enhanced Vision, non è possibile utilizzare la tessera in combinazione con offerte speciali, come coupon o promozioni.

Benefici per la vista

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

- **Un programma di assistenza visiva potenziato: l'assistenza** viene fornita attraverso una rete di optometristi e oftalmologi. Per ottenere i massimi benefici, è necessario rivolgersi a medici o optometristi partecipanti; e
- **Un programma di sconti per la vista: questo** programma ti permette di usufruire di tariffe scontate per esami della vista, occhiali e lenti a contatto.

Puoi iscriverti individualmente o scegliere la copertura assicurativa per te e la tua famiglia.

Il Piano di Visione Potenziata: come funziona

Hai la possibilità di ricevere assistenza oculistica da un fornitore convenzionato con il National Vision Administrator (NVA) o da qualsiasi altro specialista della vista. Tuttavia, i benefici massimi si ottengono rivolgendosi a un oculista o optometrista convenzionato.

- **Quando ti rivolgi a un fornitore convenzionato**, ricevi il massimo dei benefici perché il piano copre l'intero costo o una parte consistente del costo della maggior parte dei servizi di routine; si applicano alcune limitazioni.

Quando ti rivolgi a un fornitore non convenzionato, il piano ti rimborserà le visite oculistiche, le montature e le lenti per occhiali, o le lenti a contatto, secondo una tabella prestabilita. Paghi l'intero costo al momento della prestazione. Successivamente, devi presentare una richiesta di rimborso per la quota a carico del piano.

Cosa paga il piano

Quando si usufruisce dei servizi di un fornitore convenzionato con NVA, il piano copre il costo di una visita oculistica ogni 24 mesi. Per i minori di 19 anni, il piano copre una visita oculistica ogni 12 mesi.

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

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

Il piano prevede anche un rimborso fino a 60 dollari per le lenti e fino a 60 dollari per la montatura, oppure fino a 120 dollari per le lenti a contatto, una volta ogni 24 mesi sia per i bambini che per gli adulti.

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

Il Piano Vision non copre:

- Fotografia del fondo oculare;
- Trattamento medico o chirurgico degli occhi; servizi o materiali forniti a seguito di una legge sull'indennizzo per infortuni sul lavoro o ottenuti da qualsiasi agenzia o programma governativo; o
- Occhiali da sole semplici o con lenti graduate.

Si prega di consultare la Descrizione Riassuntiva del Piano per un elenco completo delle limitazioni e delle esclusioni relative alla vista.

Programma di sconti per la vista: come funziona il piano

Il programma Discount Vision Care non è un piano di copertura completa. Iscrivendosi a questo programma, si ottiene una tariffa scontata presso determinati fornitori per prodotti e servizi disponibili al pubblico in generale.

Il Programma di Sconti per la Vista è offerto da National Vision Administrators (NVA). NVA dispone di una rete di oftalmologi, optometristi e ottici convenzionati per fornirvi i propri servizi. Per usufruire degli sconti, è necessario rivolgersi a un professionista NVA convenzionato e mostrare la propria tessera identificativa NVA. È sufficiente scegliere un professionista convenzionato chiamando NVA al numero 800-672-7723 o contattando l'ufficio del Fondo.

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

Il programma Discount Vision non copre:

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

Si prega di consultare la Descrizione Riassuntiva del Piano per un elenco completo delle limitazioni e delle esclusioni relative alla vista.

36Phlex Phact!

Questa prestazione assicurativa sulla vita è generalmente pagabile solo se il decesso avviene durante un rapporto di lavoro attivo coperto dalla polizza.

Qualsiasi indennizzo per morte accidentale e smembramento (AD&D) dovuto a seguito del decesso accidentale è pari all'importo della polizza vita e viene corrisposto in aggiunta all'indennizzo previsto dalla polizza vita stessa.

L'importo del risarcimento in caso di morte accidentale e smembramento dipende dal tipo di danno accidentale.

Consulta la Descrizione Riassuntiva del Piano oppure contatta l'Ufficio del Fondo per maggiori dettagli.

Possono essere applicate esclusioni e limitazioni.

Per un elenco completo delle esclusioni e delle limitazioni, consulta la Descrizione Riassuntiva del Piano.

Assicurazione sulla vita e morte accidentale

Assicurazione per invalidità permanente (AD&D)

Oggi, l'assicurazione sulla vita è più di un semplice "beneficio che ti dà tranquillità": è una delle necessità della vita.

L'assicurazione sulla vita è pensata per offrire protezione alla tua famiglia, o a chiunque dipenda dal tuo reddito, in caso di decesso. L'assicurazione per morte e invalidità accidentale (AD&D) ti corrisponde un indennizzo in caso di perdita accidentale di un arto o della vista, e un indennizzo ai tuoi beneficiari in caso di decesso a seguito di un incidente coperto dalla polizza.

L'indennizzo dell'assicurazione sulla vita è dovuto solo se il decesso avviene durante il periodo di attività lavorativa coperto dalla polizza. L'indennizzo AD&D dovuto a seguito di un decesso accidentale è pari all'importo dell'assicurazione sulla vita e viene corrisposto in aggiunta all'indennizzo stesso. L'importo dell'indennizzo AD&D dipende dal tipo di danno accidentale. Possono essere applicate esclusioni e limitazioni. Consulta il tuo riepilogo del piano o contatta la sede del Fondo per maggiori dettagli.

Garantire la sicurezza finanziaria dei propri cari in caso di decesso è importante. Il Fondo copre interamente il costo di una polizza vita di 10.000 dollari e di una copertura per morte accidentale e smembramento (AD&D) di 10.000 dollari. È possibile scegliere di acquistare una polizza vita e AD&D di importo maggiore, come spiegato di seguito.

I familiari a carico non hanno diritto alla copertura assicurativa sulla vita e contro gli infortuni.

Importo dell'assicurazione sulla vita

Poiché il livello di copertura ideale varia da persona a persona, il piano 36Phlex offre tre opzioni di copertura:

- 10.000 dollari
- 25.000 dollari
- 50.000 dollari

Consulta il tuo modulo di iscrizione per conoscere il numero di PhlexPoints necessari per acquistare una polizza assicurativa sulla vita e contro gli infortuni.

Non dimenticare: il tuo beneficiario

Per assicurarti che le prestazioni vengano erogate alla persona da te designata, devi nominare il beneficiario e mantenere aggiornate le tue designazioni in caso di cambiamenti nella tua situazione. Se hai acquisito i requisiti per una nuova prestazione o se si verificano modifiche al tuo stato di persona a carico, compila il modulo "Censimento demografico/Informazioni sul beneficiario". Contatta l'ufficio del Fondo se hai bisogno di un nuovo modulo. Restituire il modulo all'ufficio del Fondo.

Prestazioni di invalidità a breve termine

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

Le indennità di invalidità temporanea forniscono a te e alla tua famiglia un pagamento settimanale supplementare qualora tu diventi invalido e non possa lavorare a causa di una malattia o un infortunio non correlati al lavoro.

La durata specifica del periodo di indennità per invalidità temporanea è determinata dalla diagnosi e dalle linee guida stabilite in materia di invalidità. Tuttavia, nessun periodo di indennità per invalidità temporanea può superare il limite massimo di 26 settimane. Per poter richiedere l'indennità per invalidità temporanea, è necessario compilare un modulo di domanda e fornire un certificato medico rilasciato da un professionista sanitario abilitato che attesti l'invalidità e l'impossibilità di svolgere le normali mansioni lavorative. Nota: anche i fornitori di servizi di salute mentale possono certificare l'invalidità.

Se hai diritto al sussidio, riceverai un'indennità settimanale pari a una percentuale della tua retribuzione ordinaria, fino a un importo massimo settimanale, finché sarai invalido e rimarrai sotto la diretta e regolare cura di un medico legalmente abilitato o finché la tua assistenza sarà gestita da un fornitore di servizi di salute mentale/abuso di sostanze di MHC.

La tua richiesta di indennità per invalidità temporanea inizia il quarto giorno lavorativo successivo alla tua visita medica a causa dell'invalidità. Non ti verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità temporanea per il periodo in cui sei stato assente dal lavoro prima della visita medica.

I moduli per l'invalidità temporanea devono essere presentati in tempo. Se sei assente dal lavoro per invalidità continuativa per più di un mese, devi presentare i moduli di continuazione ("moduli blu") regolarmente, di solito una volta al mese. Consulta il modulo per maggiori informazioni su tempistiche e scadenze. Contatta l'ufficio del Fondo per ottenere un modulo. Riceverai il credito di idoneità solo durante il periodo in cui percepisci l'indennità di invalidità temporanea.

Per ulteriori informazioni sulle prestazioni di invalidità temporanea, consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano o chiamare l'Ufficio del Fondo al numero (215) 568-3262 o (800) 338-9025 al di fuori dell'area di chiamata locale.

36Phlex Phact!

Se rimani senza lavoro per più di un mese, dovresti continuare a compilare regolarmente i moduli per la richiesta di invalidità, di solito mensilmente.

36Phlex Phact!

Il medico che certifica la tua invalidità DEVE essere un medico convenzionato.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

Qualsiasi richiesta di indennità per invalidità temporanea deve essere presentata all'ufficio del Fondo entro 60 giorni dalla data di inizio dell'invalidità. Assicurati che tutte le sezioni siano compilate e firmate da te, dal tuo datore di lavoro e dal tuo medico curante prima di inviare la documen

36Phlex Phact!

È necessario registrarsi
o rinnovare la
registrazione per questi
account, poiché la
partecipazione non si rinnova
automaticamente di anno in anno.

36Phlex Phact!

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

Conti di rimborso

A seconda delle opzioni di copertura che sceglierai, potresti avere diritto a partecipare ai conti di rimborso del Fondo.

Due conti separati

Esistono due conti separati: un conto per il rimborso delle spese sanitarie e un conto per il rimborso delle spese per l'assistenza ai familiari a carico. È possibile scegliere di partecipare a uno o a entrambi i conti. Se si sceglie di partecipare a entrambi i conti, non è possibile trasferire denaro da un conto all'altro, né utilizzare i fondi del conto per il rimborso delle spese sanitarie per pagare le spese per l'assistenza ai familiari a carico o viceversa.

È importante che tu calcoli attentamente le tue spese prima di versare i tuoi PhlexPoints su questi conti, perché **perderai qualsiasi saldo rimanente dopo il 15 aprile**. Consulta la **sezione "Usalo o perdilo"** per maggiori dettagli.

Chi può partecipare?

Puoi partecipare ai Conti di Rimborso se il tuo totale di PhlexPoint è inferiore a 100. Se le tue prestazioni costano **meno di 100 PhlexPoint**, puoi scegliere di depositare i PhlexPoint rimanenti in uno o entrambi i conti di rimborso. Ogni PhlexPoint depositato in un conto di rimborso ha un valore di \$5. Ad esempio, se il costo delle prestazioni che scegli è di 81 PhlexPoint, avrai 19 PhlexPoint disponibili da depositare in un Conto di Rimborso. Ciò significa che avrai \$95 ogni mese (19 PhlexPoint moltiplicati per \$5) da depositare sul tuo conto. L'IRS stabilisce dei limiti per l'importo massimo che puoi versare nel tuo Conto di Rimborso. I tuoi contributi mensili non possono superare il limite stabilito dall'IRS.

RICORDIAMO: I farmaci da banco acquistati senza prescrizione medica non sono rimborsabili.

Conto di rimborso spese sanitarie

In qualsiasi piano di assistenza sanitaria, ci sono alcune voci non coperte, come le franchigie e i ticket. Depositando tutti o una parte dei tuoi PhlexPoints nel tuo conto di rimborso sanitario, puoi accantonare denaro per pagare le spese sanitarie (mediche, farmaceutiche, dentistiche e oculistiche) che non sono rimborsate da nessun piano.

Quando invii la documentazione necessaria per le spese ammissibili, il rimborso viene effettuato dal tuo conto esentasse.

Come funziona il conto di rimborso delle spese sanitarie

Puoi decidere quanti dei tuoi PhlexPoints vuoi donare in base alle spese stimate per l'anno a venire.

Puoi donare fino all'importo totale dei tuoi PhlexPoints rimanenti, entro i limiti stabiliti dall'IRS.

Foglio di lavoro per il conto di rimborso spese sanitarie	
Assistenza sanitaria	Spese stimate
franchigie	\$
La tua quota di spese coperte (ticket e/ o compartecipazione alle spese)	\$
Articoli non coperti o parzialmente coperti dalle prestazioni del Fondo	\$
Spese mediche e/o dentistiche superiori ai limiti previsti dal piano.	\$
Spese mediche e/o dentistiche aggiuntive rispetto alle tariffe UCR	\$
Altre spese non coperte dalle prestazioni del Fondo, ma che possono essere detratto dalla dichiarazione dei redditi	\$
Spese annuali totali	\$

Spese sanitarie ammissibili

Solo alcune spese sanitarie sono rimborsabili. Le spese ammissibili includono:

- Franchigie, compartecipazioni alla spesa e importi di coassicurazione;
- Farmaci da prescrizione acquistati negli Stati Uniti; • Spese non coperte o parzialmente coperte dalla tua assicurazione medica, dentale o piano visionario; e
- Spese al di là dei limiti massimi di copertura medica e/o odontoiatrica e/o al di sopra del normale, oneri o indennità previsti dal piano, consuetudinari e ragionevoli (UCR).

Le spese sanitarie non sono rimborsabili

Non è possibile utilizzare il proprio conto sanitario per ottenere il rimborso:

- Spese rimborsate da altri piani sanitari/odontoiatrici/oculistici;
- Articoli senza prescrizione medica per il mantenimento della salute generale, come vitamine, cosmetici e shampoo;
- Costi per palestre, centri benessere o corsi di ginnastica;
- Programmi per la perdita di peso o per smettere di fumare senza prescrizione medica;
- Chirurgia estetica (a meno che non venga eseguita per correggere una deformità congenita o una deformità derivante da lesioni o malattie);
- Contributi o premi per la copertura sanitaria, per te, il tuo coniuge e/o il tuo bambino; e
- Farmaci da banco, a meno che non siano prescritti dal medico.

Scadenza: usalo o perdilo

Le normative dell'IRS consentono di utilizzare i Conti di Rimborso (se si soddisfano i requisiti) per ottenere il rimborso delle spese ammissibili sostenute entro il 15 marzo dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento; qualsiasi somma non spesa entro tale data viene persa, secondo le norme dell'IRS in materia di rollover. Ciò significa che qualsiasi somma rimanente nei Conti di Rimborso al 31 dicembre può essere utilizzata per rimborsare le spese sostenute entro il 15 marzo dell'anno successivo.

Nota: Le spese sostenute durante il periodo di grazia devono essere presentate all'ufficio del Fondo entro il 15 aprile dell'anno successivo.

36Phlex Phact!

Puoi utilizzare il Conto di Spesa per l'Assistenza ai Familiari a Carico (Dependent Care Reimbursement Account) se sei responsabile dell'assistenza di un familiare a carico avente diritto e devi pagare qualcun altro per fornirgli tale assistenza, in modo da poter lavorare. Se sei sposato, puoi utilizzare questo conto solo se entrambi lavorate, oppure se il tuo coniuge è uno studente a tempo pieno o disabile e non in grado di prendersi cura di sé stesso.

In altre parole, se uno di voi rimane a casa per prendersi cura dei familiari a carico o frequenta la scuola a tempo parziale, non potrete utilizzare il conto.

Conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico

Se devi pagare qualcuno per prendersi cura dei tuoi familiari a carico affinché tu (e il tuo coniuge, se sei sposato) possiate lavorare, valuta la possibilità di aprire un Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Familiari a Carico (Dependent Care Reimbursement Account) per ottenere il rimborso delle spese ammissibili per l'assistenza ai familiari a carico. Queste spese includono il costo di un asilo nido o di una casa di riposo, oppure il costo di un assistente domiciliare. Non è possibile utilizzare il Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Familiari a Carico per le spese sanitarie dei familiari a carico (per queste spese è previsto il Conto di Rimborso Sanitario).

Chi può essere considerato una persona a carico?

Le spese devono riguardare "persone a carico qualificate", che includono:

- I tuoi figli a carico di età inferiore a 13 anni al momento in cui viene sostenuta la spesa se richiedi loro come persona a carico nella tua dichiarazione dei redditi federale; e
- Altri familiari a carico, come il coniuge, un genitore anziano o un figlio maggiore, se sono persone con disabilità fisica o mentale, incapaci di prendersi cura di sé stesse, e che vengono dichiarate come persone a carico ai fini fiscali.

Spese ammissibili per l'assistenza ai familiari a carico

Ecco alcune delle spese per le quali è possibile utilizzare il Conto per l'assistenza ai familiari a carico (a condizione che tali spese siano necessarie affinché tu e il tuo coniuge possiate lavorare):

- Assistenza domiciliare (l'operatore dell'assistenza non può essere un tuo familiare a carico o un tuo figlio minorenni età 19);
- Scuola materna o asilo nido autorizzato (solo il costo dell'assistenza è una spesa ammissibile se può essere separato dal costo della scolarizzazione);
- Centro diurno o di assistenza familiare qualificato che richiede il pagamento di una tariffa per il servizio; deve inoltre rispettare le normative statali e federali se si prende cura di più di sei persone non residenti contemporaneamente;
- Programmi pre e post-scolastici; e • Campi estivi diurni (non con pernottamento).

Spese per l'assistenza ai familiari a carico non ammissibili

Non è possibile utilizzare il proprio conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico per rimborsare:

- Assistenza non correlata al lavoro (come ad esempio una babysitter durante le ore non lavorative);
- Spese che l'IRS non considererebbe ammissibili a una detrazione fiscale federale;
- Spese pagate da un'altra polizza o piano (inclusa l'assicurazione sanitaria, Medicare o altri programmi federali o statali);
- Spese relative a periodi diversi dall'anno solare in cui si apre il conto, o spese sostenute mentre non partecipavi a questo piano;
- Case di riposo; e • Campi estivi con pernottamento.

Prova di spesa

Quando presentate la richiesta di rimborso, dovete compilare un modulo di richiesta e fornire una fattura dettagliata o una prova che la spesa sia ammissibile al Fondo. La vostra richiesta di pagamento deve includere il codice fiscale (TIN) del fornitore di assistenza. Per i fornitori individuali, il codice fiscale corrisponde solitamente al numero di previdenza sociale della persona. Se la persona lavora a casa vostra, siete responsabili della presentazione della dichiarazione dei redditi del datore di lavoro all'IRS e del pagamento dei contributi previdenziali sui salari corrisposti a tale dipendente.

Credito d'imposta federale o conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico?

Esistono due opzioni fiscalmente vantaggiose per il pagamento delle spese di asilo nido: il Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Familiari a Carico (Dependent Care Reimbursement Account) o il Credito d'Imposta Federale per l'Assistenza all'Infanzia (Federal Child Care Tax Credit). Non è possibile detrarre le stesse spese sia tramite il Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Familiari a Carico (Dependent Care Reimbursement Account) che tramite il credito d'imposta federale, ma è possibile:

- utilizzare il conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico; oppure
- utilizzare il credito d'imposta federale. (Secondo la legge vigente, e a seconda del reddito lordo rettificato, è possibile usufruire di un credito d'imposta pari al 20-35% delle spese per l'assistenza ai familiari a carico. L'importo massimo utilizzabile per determinare il credito d'imposta è di 3.000 dollari per un figlio e di 6.000 dollari per due o più figli. Quindi, se il tuo credito è del 20%, il credito massimo per un figlio è di 600 dollari (il 20% di 3.000 dollari).

Le spese che rimborsi tramite il Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Figli compensano direttamente, dollaro per dollaro, le spese che puoi detrarre come credito d'imposta federale. Ad esempio, se hai un figlio e ricevi un rimborso di 3.000 dollari dal tuo Conto di Rimborso per l'Assistenza ai Figli, hai esaurito le spese disponibili (3.000 dollari) che avresti potuto detrarre per un figlio come credito d'imposta.

La scelta tra il credito d'imposta e il conto di rimborso per l'assistenza ai familiari a carico dipende dal tuo reddito lordo e dalla tua situazione fiscale. Per maggiori informazioni su quale opzione si adatti meglio alle tue esigenze, ti consigliamo di consultare il tuo consulente fiscale.

Pianificazione del versamento sul conto per l'assistenza ai familiari a carico

Potrebbe esservi utile utilizzare il foglio di calcolo nella pagina seguente per stimare le spese per l'assistenza ai familiari a carico per il prossimo anno. Nel calcolare le spese totali per l'anno, tenete conto di eventuali variazioni.

Ad esempio: •

La tua famiglia si allargherà? • Il tuo figlio/la tua figlia compirà 13 anni durante l'anno?

- Il tuo coniuge intende smettere di lavorare quest'anno?

Ricorda, **ciò che non** usi si perde, quindi fai delle stime accurate.

Foglio di lavoro per il rimborso delle spese di assistenza ai familiari a carico	
Assistenza ai familiari a carico	Spese stimate
Asilo nido, servizio di babysitting	\$
Scuola materna o asilo nido autorizzato	\$
Programmi di assistenza diurna prima e dopo la scuola.	\$
campo estivo diurno	\$
Servizi domestici relativi all'assistenza ai familiari a carico	\$
Imposta sulla previdenza sociale (FICA) per gli operatori sanitari	
Altri servizi domestici ammissibili	\$
Costo totale annuo delle spese	\$

Avvisi importanti

Il Fondo di previdenza sociale BOLR del distretto 36 di SEIU Local 32 BJ ("il Fondo") è tenuto a fornirvi le seguenti importanti comunicazioni. Vi preghiamo di leggerle attentamente per comprendere i vostri diritti e le vostre responsabilità.

Diritti di iscrizione speciali HIPAA

Se rinunciate all'iscrizione al piano di assicurazione sanitaria per voi stessi o per i vostri familiari a carico (incluso il coniuge) a causa di un'altra copertura assicurativa, potreste in futuro essere in grado di iscrivervi o i vostri familiari a carico a questo piano, a condizione che ne facciate richiesta entro 31 giorni dalla scadenza dell'altra copertura e che forniate la documentazione giustificativa. Inoltre, se avete un nuovo familiare a carico a seguito di matrimonio, adozione o affidamento in vista di adozione, potreste essere in grado di iscrivere voi stessi e i vostri familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che ne facciate richiesta entro 31 giorni dal matrimonio, dall'adozione o dall'affidamento in vista di adozione. Se avete un nuovo familiare a carico a seguito di una nascita, potreste essere in grado di iscrivervi voi stessi e i vostri familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che ne facciate richiesta entro 90 giorni dalla nascita (o 60 giorni se perdetevi la copertura Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non ne avete più diritto, o se diventate idonei a un programma statale di assistenza per il pagamento dei premi nell'ambito di Medicaid o CHIP).

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

- Perdere la copertura Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si è più idonei, oppure
- Ottenere i requisiti per un programma statale di assistenza per il pagamento dei premi assicurativi nell'ambito di Medicaid o CHIP.

Per queste opportunità di iscrizione, avrai 60 giorni dalla data di Medicaid/

Modifica dei requisiti di ammissibilità al programma CHIP per richiedere l'iscrizione alla copertura del Fondo. Si noti che questa proroga di 60 giorni si applica **solo** alle opportunità di iscrizione dovute a modifiche dei requisiti di ammissibilità al programma Medicaid/CHIP.

La documentazione per l'iscrizione deve essere completata e tutta la prova dello status di persona a carico deve essere fornita al Piano entro 31, 60 o 90 giorni dalla richiesta di iscrizione speciale. Qualora non sia possibile completare la documentazione per l'iscrizione e fornire la prova dello status di persona a carico entro i termini previsti (ad esempio, se è necessario ulteriore tempo per ottenere un certificato di nascita per un neonato), la scadenza potrebbe essere prorogata.

COBRA

Ai sensi del Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act del 1986 (COBRA), tu e i tuoi familiari a carico aveti diritto potete continuare a usufruire della copertura sanitaria per un massimo di 18 mesi se la copertura termina per i seguenti motivi:

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

COBRA consente inoltre ai tuoi familiari a carico idonei di continuare la loro copertura sanitaria per un massimo di 36 mesi se la copertura terminerebbe altrimenti per i seguenti motivi:

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

Tu e i tuoi familiari a carico potete generalmente scegliere di continuare la copertura in qualsiasi momento entro i primi 60 giorni dalla fine della copertura o 60 giorni dalla data di ricezione della notifica, a seconda di quale dei due termini sia successivo. La copertura continuativa ha effetto dal primo giorno del mese successivo alla data della

evento che ha causato la cessazione della copertura, a condizione che tu paghi il premio dovuto. Puoi mantenere solo la copertura in vigore fino al giorno precedente all'evento. Tuttavia, puoi apportare modifiche alle tue scelte ogni anno durante il periodo di iscrizione annuale. Se il piano sanitario subisce delle modifiche, queste si applicheranno anche alla copertura prevista dal COBRA.

Per usufruire della copertura COBRA, tu e/o i tuoi familiari a carico aventi diritto dovete effettuare una scelta tempestiva ed effettuare i pagamenti mensili dei premi.

Legge sulla tutela della salute dei neonati e delle madri

In base alla legge federale, i piani sanitari di gruppo e le compagnie di assicurazione sanitaria generalmente non possono limitare le prestazioni ospedaliere per la durata del ricovero della madre o del neonato in relazione al parto a meno di 48 ore in caso di parto vaginale, o a meno di 96 ore in caso di parto cesareo. Tuttavia, la legge federale generalmente non vieta al medico curante della madre o del neonato, previa consultazione con la madre, di dimetterli prima di 48 ore (o 96 ore, a seconda dei casi).

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

Legge sulla salute delle donne e sui diritti delle donne affette da cancro

Il Women's Health and Cancer Rights Act (Legge sui diritti delle donne in materia di salute e cancro) impone ai piani sanitari di gruppo, alle compagnie assicurative e alle HMO (Organizzazioni per la gestione della salute) di fornire determinate prestazioni alle pazienti sottoposte a mastectomia che scelgono la ricostruzione del seno. Nel caso di una partecipante al piano che riceve prestazioni in relazione a una mastectomia, la copertura sarà fornita secondo modalità stabilite in consultazione con il medico curante per:

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

Le prestazioni relative alla ricostruzione del seno sono soggette a franchigie e limitazioni di compartecipazione alle spese in linea con quelle stabilite per le altre prestazioni previste dal piano.

Promemoria sull'informativa sulla privacy HIPAA

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

La tua copertura per i farmaci da prescrizione e Medicare

Si prega di leggere attentamente questo avviso e di conservarlo in un luogo facilmente accessibile. Questo avviso contiene informazioni sulla vostra attuale copertura farmaceutica con il Fondo di previdenza sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR e sulle opzioni disponibili nell'ambito della copertura farmaceutica di Medicare. Queste informazioni possono aiutarvi a decidere se aderire o meno a un piano farmaceutico di Medicare. Se state valutando l'adesione, dovrete confrontare la vostra copertura attuale, inclusi i farmaci coperti e i relativi costi, con la copertura e i costi dei piani che offrono la copertura farmaceutica di Medicare nella vostra zona. Le informazioni su dove potete ottenere assistenza per prendere decisioni in merito alla vostra copertura farmaceutica sono riportate alla fine di questo avviso.

Ci sono due cose importanti che devi sapere sulla tua copertura attuale e

Copertura dei farmaci con prescrizione medica da parte di Medicare:

- 1. La copertura dei farmaci da prescrizione Medicare è diventata disponibile nel 2006 per tutti coloro che Medicare. Puoi ottenere questa copertura aderendo a un piano di farmaci con prescrizione medica di Medicare o a un piano Medicare Advantage (come un HMO o un PPO) che offre la copertura dei farmaci con prescrizione. Tutti i piani di farmaci con prescrizione medica di Medicare forniscono almeno un livello di copertura standard stabilito da Medicare. Alcuni piani possono anche offrire una copertura maggiore a fronte di un premio mensile più elevato.**
- 2. Il Fondo di previdenza sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR ha stabilito che il**
La copertura per farmaci da prescrizione offerta dal piano di previdenza sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR, prevede, in media per tutti i partecipanti al piano, un rimborso pari a quello della copertura standard Medicare per i farmaci da prescrizione ed è pertanto considerata una copertura equivalente. Poiché la tua copertura attuale è almeno pari a quella standard Medicare per i farmaci da prescrizione, puoi mantenerla senza pagare un premio più elevato (una penale) se in seguito decidi di aderire a un piano farmaceutico Medicare.

Quando è possibile aderire a un piano farmaceutico Medicare?

È possibile aderire a un piano farmaceutico Medicare quando si diventa idonei per Medicare e ogni anno dal 15 ottobre al 7 dicembre. Tuttavia, se si perde la propria attuale copertura farmaceutica valida, per cause non imputabili all'utente, si avrà diritto anche a un periodo di iscrizione speciale (SEP) di due (2) mesi per aderire a un piano farmaceutico Medicare.

Cosa succede alla tua copertura assicurativa attuale se decidi di aderire a un piano di copertura farmaceutica Medicare?

Indipendentemente dal fatto che tu aderisca o meno a un piano di copertura farmaceutica Medicare, la tua attuale copertura farmaceutica rimarrà valida a condizione che tu continui a soddisfare i requisiti di ammissibilità del piano di previdenza sociale SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR. La tua attuale copertura copre anche altre spese sanitarie oltre ai farmaci e, a condizione che tu continui a soddisfare i requisiti di ammissibilità del Fondo, avrai comunque diritto a ricevere tutti i tuoi benefici sanitari e farmaceutici anche se scegli di iscriverti a un piano di copertura farmaceutica Medicare.

Se ti iscrivi a un piano di copertura farmaceutica Medicare e sei un partecipante attivo, la tua copertura con questo piano sarà primaria e Medicare pagherà in via secondaria, dopo che il piano Medicare avrà erogato le proprie prestazioni.

Se decidi di aderire a un piano farmaceutico Medicare e di rinunciare alla tua attuale copertura del Fondo di previdenza sociale SEIU 32BJ, Distretto 36 BOLR, potrai riattivarla solo se soddisfi i requisiti di ammissibilità e le regole di iscrizione del Fondo, comprese le regole di iscrizione speciali.

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

È inoltre importante sapere che, se si interrompe o si perde la copertura assicurativa attuale con SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund e non si aderisce a un piano farmaceutico Medicare entro 63 giorni consecutivi dalla scadenza della copertura attuale, si potrebbe dover pagare un premio più elevato (una penale) per aderire successivamente a un piano farmaceutico Medicare.

Se rimani senza una copertura valida per farmaci con prescrizione medica per 63 giorni consecutivi o più, il tuo premio mensile potrebbe aumentare di almeno l'1% del premio base per beneficiario Medicare per ogni mese in cui non hai avuto tale copertura. Ad esempio, se rimani senza una copertura valida per diciannove mesi, il tuo premio potrebbe essere costantemente superiore di almeno il 19% rispetto al premio base per beneficiario Medicare. Potresti dover pagare questo premio maggiorato (una penale) finché hai la copertura Medicare per farmaci con prescrizione medica. Inoltre, potresti dover attendere fino all'ottobre successivo per iscriverti.

Per ulteriori informazioni su questo avviso o sulla tua attuale copertura farmaceutica

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare la persona indicata di seguito.

NOTA: Riceverai questo avviso ogni anno. Lo riceverai anche prima del prossimo periodo in cui potrai aderire a un piano farmaceutico Medicare e qualora la copertura tramite SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund subisca delle modifiche. Puoi inoltre richiedere una copia di questo avviso in qualsiasi momento.

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

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

Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci con prescrizione medica da parte di Medicare:

- Visita il sito www.medicare.gov
- Contatta il tuo programma statale di assistenza sanitaria (trovi il numero di telefono nella seconda di copertina del manuale "Medicare & You") per ricevere assistenza personalizzata.
- Chiamare il numero 800-MEDICARE (800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 877-486-2048.

Se hai un reddito e risorse limitati, puoi usufruire di un aiuto aggiuntivo per il pagamento della copertura farmaceutica Medicare. Per maggiori informazioni su questo aiuto, visita il sito web della Social Security all'indirizzo www.socialsecurity.gov o chiama il numero 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Ricorda: conserva questo avviso di copertura valida. Se decidi di aderire a uno dei piani farmaceutici Medicare, potrebbe esserti richiesto di fornire una copia di questo avviso al momento dell'adesione per dimostrare se hai mantenuto o meno una copertura valida e, di conseguenza, se sei tenuto a pagare un premio più elevato (una penale).

Generazione importante

Il seguente schema fornisce informazioni importanti in merito a questa comunicazione relativa alla Parte D di Medicare.

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

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

Assistenza per il pagamento dei premi assicurativi nell'ambito di Medicaid e del Programma di assicurazione sanitaria per i bambini (CHIP)

Se tu o i tuoi figli avete diritto a Medicaid o CHIP e avete diritto a una copertura sanitaria tramite il vostro datore di lavoro, il vostro stato potrebbe avere un programma di assistenza per il pagamento dei premi assicurativi che può aiutarvi a coprire i costi della copertura, utilizzando i fondi dei programmi Medicaid o CHIP. Se tu o i tuoi figli non avete diritto a Medicaid o CHIP, non potrete accedere a questi programmi di assistenza, ma potreste essere in grado di acquistare una copertura assicurativa individuale tramite il Mercato dell'Assicurazione Sanitaria (Health Insurance Marketplace). Per ulteriori informazioni, visita il **sito www.healthcare.gov**.

Se tu o i tuoi familiari a carico siete già iscritti a Medicaid o CHIP e risiedete in uno degli stati elencati di seguito, contattate l'ufficio Medicaid o CHIP del vostro stato per verificare se è disponibile un aiuto per il pagamento dei premi.

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

Se tu o i tuoi familiari a carico avete diritto all'assistenza per il pagamento dei premi assicurativi nell'ambito di Medicaid o CHIP, nonché al piano assicurativo del tuo datore di lavoro, quest'ultimo deve consentirti di iscriverti al piano aziendale se non lo sei già. Questa è chiamata "opportunità di iscrizione speciale" e **devi richiedere la copertura entro 60 giorni dalla data in cui ti viene riconosciuta l'idoneità all'assistenza per il pagamento dei premi**. Se hai domande sull'iscrizione al piano assicurativo del tuo datore di lavoro, contatta il Dipartimento del Lavoro all'indirizzo **www.askebsa.dol.gov** o chiama il **numero 866-444-EBSA (3272)**.

Il seguente elenco di stati è aggiornato al 31 gennaio 2026. Contatta il tuo stato per maggiori informazioni sui requisiti di ammissibilità.

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

Per verificare se il tuo stato offre un programma di assistenza per l'assicurazione sanitaria, o per maggiori informazioni sui diritti di iscrizione speciali, contatta uno dei seguenti recapiti:

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

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opzione menu 4, Interno 61565

Le tue informazioni. I tuoi diritti. Le nostre responsabilità.

Questa informativa descrive come le informazioni mediche che ti riguardano possono essere utilizzate e divulgate e come puoi accedere a tali informazioni. **Ti preghiamo di leggerla attentamente.**

I tuoi diritti	
Hai il diritto di:	• Richiedi una copia della tua documentazione sanitaria e dei documenti relativi alle richieste di rimborso • Correggi i tuoi dati sanitari e le informazioni relative alle richieste di rimborso • Richiesta di comunicazione riservata • Chiedici di limitare le informazioni che condividiamo • Ottieni un elenco di coloro con cui abbiamo condiviso le tue informazioni • Richiedi una copia di questa informativa sulla privacy • Scegli qualcuno che agisca per te • Presenta un reclamo se ritieni che i tuoi diritti alla privacy siano stati violati.
Le tue scelte	
Hai la possibilità di scegliere in che modo utilizziamo e condividiamo le informazioni, come noi:	• Rispondi alle domande sulla copertura assicurativa da parte di familiari e amici • Fornire soccorso in caso di calamità • Promuovere i nostri servizi e vendere le vostre informazioni
Utilizzo e divulgazione dei dati	
Potremmo utilizzare e condividere le tue informazioni per le seguenti finalità:	• Aiuta a gestire le cure mediche che ricevi • Gestire la nostra organizzazione • Pagare i servizi sanitari • Gestisci il tuo piano sanitario • Aiuto in materia di salute e sicurezza pubblica • Fare ricerche • Rispettare la legge • Rispondere alle richieste di donazione di organi e tessuti richieste e collaborazione con un medico legale o un direttore di pompe funebri • Gestire le richieste relative agli infortuni sul lavoro, alle forze dell'ordine e ad altri enti governativi. • Rispondere a cause legali e azioni giudiziarie

I tuoi diritti

Per quanto riguarda le tue informazioni sanitarie, hai determinati diritti. Questa sezione illustra i tuoi diritti e alcune delle nostre responsabilità per aiutarti.

Richiedi una copia della documentazione sanitaria e dei documenti relativi alle richieste di rimborso.

- Puoi richiedere di visionare o ottenere una copia della tua cartella clinica, dei documenti relativi alle richieste di rimborso e di altre informazioni sanitarie che conserviamo su di te. Chiedici come fare.
- Forniremo una copia o un riepilogo della tua documentazione sanitaria e dei tuoi dati relativi alle richieste di rimborso, di solito entro 30 giorni dalla tua richiesta. Potremmo addebitarti una tariffa ragionevole, calcolata in base ai costi.

Chiedici di correggere le cartelle cliniche e i dati relativi alle richieste di rimborso.

- Puoi chiederci di correggere i tuoi dati sanitari e le tue richieste di rimborso se ritieni che siano errati o incompleti. Chiedici come fare.
- Potremmo rifiutare la tua richiesta, ma ti spiegheremo per iscritto i motivi entro 60 giorni.

Richiesta di comunicazioni riservate

- Puoi chiederci di contattarti in un modo specifico (ad esempio, tramite telefono di casa o dell'ufficio) oppure per inviare posta a un indirizzo diverso.
- Prenderemo in considerazione tutte le richieste ragionevoli e dovremo dire "sì" se ci dici che saresti in pericolo se non lo facciamo

Chiedici di limitare ciò che utilizziamo o condividiamo

- Puoi chiederci di non utilizzare o condividere determinate informazioni sanitarie per finalità di trattamento, pagamento o per le nostre attività operative.
- Non siamo obbligati ad accogliere la tua richiesta e potremmo dire "no" se ciò dovesse influire la tua cura.

Otteni un elenco di coloro con cui abbiamo condiviso informazioni

- Puoi richiedere un elenco (resoconto) delle volte in cui abbiamo condiviso le tue informazioni sanitarie nei sei anni precedenti alla data della tua richiesta, con chi le abbiamo condivise e perché.
- Includeremo tutte le informazioni divulgate, ad eccezione di quelle relative al trattamento, al pagamento e alle operazioni sanitarie, nonché di alcune altre informazioni (come quelle che ci avete richiesto). Forniremo un rendiconto all'anno gratuitamente, ma applicheremo una tariffa ragionevole, basata sui costi, qualora ne richiediate un altro entro 12 mesi.

Richiedi una copia di questa informativa sulla privacy

È possibile richiedere una copia cartacea di questo avviso in qualsiasi momento, anche se si è acconsentito a riceverlo in formato elettronico. Provvederemo a fornirvi una copia cartacea tempestivamente.

Scegli qualcuno che agisca per te

- Se hai conferito a qualcuno la procura medica o se qualcuno è il tuo tutore legale, tale persona può esercitare i tuoi diritti e prendere decisioni riguardanti le tue informazioni sanitarie.
- Prima di procedere, ci assicureremo che la persona abbia tale autorità e possa agire per tuo conto. qualsiasi azione.

Presenta un reclamo se ritieni che i tuoi diritti siano stati violati.

- Se ritieni che abbiamo violato i tuoi diritti, puoi presentare un reclamo contattandoci utilizzando le informazioni riportate di seguito.
- È possibile presentare un reclamo all'Ufficio per i diritti civili del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti inviando una lettera a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, chiamando il numero 877-696-6775 o visitando il [sito www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/reclami/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/reclami/).
- Non intraprenderemo alcuna azione ritorsiva nei tuoi confronti per aver presentato un reclamo.

Le tue scelte

Per quanto riguarda alcune informazioni sanitarie, puoi comunicarci le tue preferenze su come desideri che vengano condivise. Se hai una preferenza specifica su come desideri che condividiamo le tue informazioni nelle situazioni descritte di seguito, parlane con noi. Dicci cosa vuoi che facciamo e seguiremo le tue istruzioni.

In questi casi, hai sia il diritto che la possibilità di dirci di:

- Condividi le informazioni con la tua famiglia, gli amici più stretti o altri coinvolti nel pagamento per la tua cura
- Condividere informazioni in situazioni di soccorso in caso di calamità

- Contattarti per iniziative di raccolta fondi
- Includi le tue informazioni nell'elenco dei pazienti dell'ospedale

Se non sei in grado di comunicarci le tue preferenze, ad esempio se sei incosciente, potremmo comunque condividere le tue informazioni se riteniamo che sia nel tuo migliore interesse. Potremmo inoltre condividere le tue informazioni quando necessario per ridurre una minaccia grave e imminente alla salute o alla sicurezza.

In questi casi non condividiamo mai le tue informazioni a meno che tu non ci dia il permesso scritto:

- Finalità di marketing
- Vendita delle tue informazioni
- La maggior parte delle note di psicoterapia viene condivisa

Utilizzo e divulgazione dei dati

In che modo utilizziamo o condividiamo solitamente le vostre informazioni sanitarie?

Generalmente utilizziamo o condividiamo le tue informazioni sanitarie nei seguenti modi.

Aiuta a gestire le cure mediche che ricevi

Possiamo utilizzare le tue informazioni sanitarie e condividerle con i professionisti che ti stanno curando.

Esempio: Un medico ci invia informazioni sulla tua diagnosi e sul piano di trattamento in modo che possiamo organizzare servizi aggiuntivi.

Gestisci la nostra organizzazione

- Possiamo utilizzare e divulgare le tue informazioni per gestire la nostra organizzazione e contattarti quando necessario.

- Non ci è consentito utilizzare le informazioni genetiche per decidere se darti copertura e il relativo costo. Ciò non si applica ai piani di assistenza a lungo termine.

Esempio: Utilizziamo le informazioni sanitarie che ti riguardano per sviluppare servizi migliori per te.

Paga le tue prestazioni sanitarie

Possiamo utilizzare e divulgare le tue informazioni sanitarie in quanto paghiamo per i servizi sanitari che ti vengono forniti.

Esempio: Condividiamo le informazioni che ti riguardano con il tuo piano di assicurazione dentale per coordinare il pagamento delle tue cure dentistiche.

Gestisci il tuo piano

Potremmo divulgare le tue informazioni sanitarie al gestore del tuo piano sanitario per finalità di gestione del piano stesso.

Esempio: La vostra azienda stipula un contratto con noi per la fornitura di un piano sanitario e noi vi forniamo alcune statistiche per spiegare i premi che applichiamo.

In quali altri modi possiamo utilizzare o condividere le tue informazioni sanitarie?

Siamo autorizzati o tenuti a condividere le vostre informazioni in altri modi, generalmente per finalità di interesse pubblico, come la salute pubblica e la ricerca. Dobbiamo rispettare numerose condizioni previste dalla legge prima di poter condividere le vostre informazioni per tali scopi. Per ulteriori informazioni, consultare il sito: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Aiuto in materia di salute e sicurezza pubblica

Possiamo condividere informazioni sanitarie che ti riguardano in determinate situazioni, ad esempio:

- Prevenire le malattie
- Assistenza nei richiami di prodotti
- Segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci
- Segnalare sospetti casi di abuso, negligenza o violenza domestica
- Prevenire o ridurre una grave minaccia alla salute o alla sicurezza di chiunque

Fai delle ricerche

Possiamo utilizzare o condividere le tue informazioni per la ricerca sanitaria.

Rispettare la legge

Condivideremo le informazioni che ti riguardano qualora le leggi statali o federali lo richiedano, incluso il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani qualora desideri verificare la nostra conformità alla legge federale sulla privacy.

Rispondere alle richieste di donazione di organi e tessuti e collaborare con il medico legale o l'impresario di pompe funebri.

- Possiamo condividere le informazioni sanitarie che ti riguardano con le organizzazioni per il prelievo di organi.
- Possiamo condividere le informazioni sanitarie con il medico legale, l'anatomopatologo o l'impresario di pompe funebri quando una persona muore.

Gestire le richieste relative agli infortuni sul lavoro, alle forze dell'ordine e ad altri enti governativi.

Possiamo utilizzare o condividere le informazioni sanitarie che ti riguardano:

- Per le richieste di risarcimento per infortuni sul lavoro
- Per scopi di applicazione della legge o con un funzionario delle forze dell'ordine
- Con gli enti di vigilanza sanitaria per le attività autorizzate dalla legge
- Per funzioni governative speciali quali quelle militari, di sicurezza nazionale e di protezione presidenziale.

Rispondere a cause legali e azioni giudiziarie

Possiamo condividere informazioni sanitarie che ti riguardano in risposta a un ordine giudiziario o amministrativo, oppure in risposta a una citazione in giudizio.

Le nostre responsabilità

- Siamo tenuti per legge a mantenere la riservatezza e la sicurezza delle tue informazioni sanitarie protette informazioni.
- Vi informeremo tempestivamente qualora si verifichi una violazione che possa aver compromesso la privacy o la sicurezza delle vostre informazioni.
- Dobbiamo rispettare i doveri e le pratiche sulla privacy descritti in questa informativa e fornirti un copia.
- Non utilizzeremo né condivideremo le tue informazioni in modo diverso da quanto descritto qui, a meno che tu non ci autorizzi per iscritto. Se ci autorizzi, puoi cambiare idea in qualsiasi momento. Comunicacelo per iscritto se cambi idea.

Per ulteriori informazioni, consultare: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Modifiche ai termini del presente avviso

Ci riserviamo il diritto di modificare i termini della presente informativa, e tali modifiche si applicheranno a tutte le informazioni che conserviamo su di voi. La nuova informativa sarà disponibile su richiesta, sul nostro sito web, e ve ne invieremo una copia per posta.

Ottobre 2018

Tyema Sanchez

Responsabile della privacy
215-568-3262, interno 1400

Diritti di continuazione della copertura assicurativa ai sensi del COBRA

Riceve questa comunicazione perché di recente ha ottenuto la copertura di un piano sanitario di gruppo (il Piano). Questa comunicazione contiene informazioni importanti sul suo diritto alla copertura di continuazione COBRA, che è un'estensione temporanea della copertura prevista dal Piano. **Questa comunicazione spiega cos'è la copertura di continuazione COBRA, quando potrebbe essere disponibile per lei e la sua famiglia e cosa deve fare per tutelare il suo diritto ad ottenerla.** Quando diventa idoneo alla COBRA, potrebbe anche diventare idoneo ad altre opzioni di copertura che potrebbero costare meno della copertura di continuazione COBRA.

Il diritto alla copertura continuativa COBRA è stato istituito da una legge federale, il Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act del 1985 (COBRA). La copertura continuativa COBRA può essere disponibile per te e per gli altri membri della tua famiglia quando la copertura sanitaria di gruppo terminerebbe altrimenti. Per ulteriori informazioni sui tuoi diritti e obblighi ai sensi del Piano e della legge federale, ti consigliamo di consultare la Descrizione Riassuntiva del Piano o di contattare l'Amministratore del Piano.

Potresti avere a disposizione altre opzioni se perdi la copertura sanitaria di gruppo.

Ad esempio, potresti avere diritto ad acquistare un piano individuale tramite il Marketplace dell'assicurazione sanitaria. Iscrivendoti a una copertura tramite il Marketplace, potresti beneficiare di premi mensili e spese a tuo carico inferiori. Inoltre, potresti avere diritto a un periodo di iscrizione speciale di 30 giorni per un altro piano sanitario di gruppo per il quale sei idoneo (come il piano del coniuge), anche se tale piano in genere non accetta iscrizioni tardive.

Che cos'è la copertura assicurativa COBRA?

La copertura di continuazione COBRA è la prosecuzione della copertura del Piano quando questa terminerebbe a causa di un evento che determina la continuità della copertura. Questo evento è anche chiamato "evento qualificante". Gli eventi qualificanti specifici sono elencati più avanti in questa informativa. Dopo un evento qualificante, la copertura di continuazione COBRA deve essere offerta a ogni persona che sia un "beneficiario qualificato". Tu, il tuo coniuge e i tuoi figli a carico potreste diventare beneficiari qualificati se la copertura prevista dal Piano viene persa a causa dell'evento qualificante. Ai sensi del Piano, i beneficiari qualificati che scelgono la copertura di continuazione COBRA devono pagarne il costo.

Se sei un dipendente, diventerai un beneficiario qualificato se perdi la copertura prevista dal Piano a causa dei seguenti eventi qualificanti:

- Le tue ore di lavoro sono ridotte, oppure
- Il tuo rapporto di lavoro termina per qualsiasi motivo diverso da una tua grave condotta scorretta.

Se sei il coniuge di un dipendente, diventerai un beneficiario qualificato se perdi la copertura assicurativa prevista dal Piano a causa dei seguenti eventi qualificanti:

- Il tuo coniuge muore;
- Le ore di lavoro del tuo coniuge vengono ridotte;
- Il rapporto di lavoro del vostro coniuge si conclude per qualsiasi motivo diverso da una sua grave negligenza;
- Il tuo coniuge ha diritto alle prestazioni Medicare (ai sensi della Parte A, della Parte B o di entrambe); oppure
- Divorzi o ti separi legalmente dal tuo coniuge.

I vostri figli a carico diventeranno beneficiari qualificati se perderanno la copertura prevista dal Piano a causa dei seguenti eventi qualificanti:

- Il genitore-dipendente muore;
- Le ore di lavoro del genitore-dipendente vengono ridotte;
- Il rapporto di lavoro del genitore-dipendente termina per qualsiasi motivo diverso dal suo reddito lordo cattiva condotta;
- Il genitore-dipendente ha diritto alle prestazioni Medicare (Parte A, Parte B o entrambe);
- I genitori divorziano o si separano legalmente; oppure
- Il bambino non ha più diritto alla copertura prevista dal Piano in quanto "figlio a carico".

Quando è disponibile la copertura continuativa COBRA?

Il Piano offrirà la copertura di continuazione COBRA ai beneficiari qualificati solo dopo che l'Amministratore del Piano sarà stato informato del verificarsi di un evento qualificante. Il datore di lavoro deve notificare all'Amministratore del Piano i seguenti eventi qualificanti:

- La cessazione del rapporto di lavoro o la riduzione dell'orario di lavoro;
- Decesso del dipendente; o
- Il dipendente acquisisce il diritto alle prestazioni Medicare (ai sensi della Parte A, della Parte B o di entrambe).

Per tutti gli altri eventi qualificanti (divorzio o separazione legale del dipendente e del coniuge o perdita del diritto alla copertura da parte di un figlio a carico), è necessario notificare l'Amministratore del Piano entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento qualificante. Tale notifica deve essere inviata all'Ufficio del Fondo.

Come viene fornita la copertura continuativa COBRA?

Una volta che l'Amministratore del Piano riceve la notifica del verificarsi di un evento qualificante, la copertura di continuazione COBRA verrà offerta a ciascuno dei beneficiari qualificati. Ogni beneficiario qualificato avrà il diritto indipendente di scegliere la copertura di continuazione COBRA. I dipendenti coperti possono scegliere la copertura di continuazione COBRA per conto dei loro coniugi, e i genitori possono scegliere la copertura di continuazione COBRA per conto dei loro figli.

La copertura COBRA è una proroga temporanea della copertura sanitaria, generalmente della durata di 18 mesi, dovuta alla cessazione del rapporto di lavoro o alla riduzione dell'orario lavorativo. Alcuni eventi qualificanti, o un secondo evento qualificante durante il periodo iniziale di copertura, possono consentire al beneficiario di ottenere una copertura fino a un massimo di 36 mesi.

Esistono anche dei modi per estendere questo periodo di copertura COBRA di 18 mesi:

Estensione per invalidità del periodo di 18 mesi di copertura continuativa COBRA

Se tu o un membro della tua famiglia coperto dal Piano venite riconosciuti invalidi dalla Previdenza Sociale e ne date comunicazione all'Amministratore del Piano in modo tempestivo, tu e tutta la tua famiglia potreste avere diritto a un'estensione della copertura COBRA fino a un massimo di 11 mesi, per un totale massimo di 29 mesi. L'invalidità deve essere iniziata prima del 60° giorno di copertura COBRA e deve durare almeno fino alla fine del periodo di 18 mesi di copertura COBRA.

Estensione del secondo evento qualificante del periodo di copertura continuativa di 18 mesi

Se durante i 18 mesi di copertura COBRA la tua famiglia subisce un altro evento qualificante, il coniuge e i figli a carico possono ottenere fino a 18 mesi aggiuntivi di copertura COBRA, per un massimo di 36 mesi, a condizione che il Piano venga correttamente informato del secondo evento qualificante. Questa estensione può essere disponibile per il coniuge e gli eventuali figli a carico che beneficiano della copertura COBRA se il dipendente o ex dipendente decede; acquisisce il diritto alle prestazioni Medicare (ai sensi della Parte A, della Parte B o di entrambe); divorzia o si separa legalmente; oppure se il figlio a carico cessa di essere idoneo ai sensi del Piano in quanto tale. Questa estensione è disponibile solo se il secondo evento qualificante avrebbe comportato la perdita della copertura ai sensi del Piano da parte del coniuge o del figlio a carico, qualora il primo evento qualificante non si fosse verificato.

Esistono altre opzioni di copertura oltre alla copertura COBRA Continuation?

Sì. Invece di iscriversi alla copertura di continuazione COBRA, potrebbero esserci altre opzioni di copertura per te e la tua famiglia tramite il Mercato dell'assicurazione sanitaria, Medicare, Medicaid, il Programma di assicurazione sanitaria per i bambini (CHIP) o altre opzioni di copertura sanitaria di gruppo (come il piano del coniuge) attraverso quello che viene chiamato un "periodo di iscrizione speciale".

Alcune di queste opzioni potrebbero costare meno della copertura di continuazione COBRA. Puoi trovare maggiori informazioni su molte di queste opzioni sul sito www.healthcare.gov.

Posso iscrivermi a Medicare invece di usufruire della copertura COBRA dopo la scadenza del mio piano sanitario di gruppo?

In generale, se non ti iscrivi alla Parte A o B di Medicare quando ne hai diritto per la prima volta perché sei ancora impiegato, dopo il periodo di iscrizione iniziale a Medicare, hai un periodo di iscrizione speciale di 8 mesi per iscriverti alla Parte A o B di Medicare, a partire dalla data che si verifica prima tra

- Il mese successivo alla fine del tuo rapporto di lavoro; oppure
- Il mese successivo alla scadenza della copertura sanitaria di gruppo basata sull'attuale impiego.

Se non ti iscrivi a Medicare e scegli invece la copertura di continuazione COBRA, potresti dover pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte B e potresti avere un'interruzione nella copertura se decidi di voler aderire alla Parte B in un secondo momento. Se scegli la copertura di continuazione COBRA e successivamente ti iscrivi a Medicare Parte A o B prima della scadenza della copertura di continuazione COBRA, il Piano potrebbe interrompere la tua copertura di continuazione. Tuttavia, se Medicare Parte A o B è in vigore alla data o prima della data di scelta della copertura COBRA, la copertura COBRA potrebbe non essere interrotta a causa del diritto a Medicare, anche se ti iscrivi all'altra parte di Medicare dopo la data di scelta della copertura COBRA.

Se si è iscritti sia alla copertura di continuazione COBRA che a Medicare, in genere Medicare pagherà per primo (pagatore primario) e la copertura di continuazione COBRA pagherà in secondo luogo.

Alcuni piani potrebbero prevedere una copertura assicurativa secondaria rispetto a Medicare, anche se non si è iscritti a Medicare.

Per ulteriori informazioni, visita il sito www.medicare.gov/medicare-and-you.

Se hai domande

Per domande relative al tuo piano o ai tuoi diritti di continuazione della copertura COBRA, contatta la persona o le persone indicate di seguito. Per ulteriori informazioni sui tuoi diritti ai sensi dell'Employee Retirement Income Security Act (ERISA), inclusi COBRA, il Patient Protection and Affordable Care Act e altre leggi che riguardano i piani sanitari di gruppo, contatta l'ufficio regionale o distrettuale più vicino dell'Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti nella tua zona oppure visita il sito www.dol.gov/ebsa.

(Gli indirizzi e i numeri di telefono degli uffici regionali e distrettuali dell'EBSA sono disponibili sul sito web dell'EBSA.) Per ulteriori informazioni sul Marketplace, visitare il sito www.HealthCare.gov.

Tieni informato il tuo piano tariffario in caso di cambi di indirizzo.

Per tutelare i diritti della tua famiglia, comunica all'amministratore del piano qualsiasi cambiamento di indirizzo dei familiari. Conserva inoltre una copia di tutte le comunicazioni inviate all'amministratore del piano.

www.seiu36.com

