



www.seiu36.com



¡Es hora de inscribirse!

2026

Guía de beneficios para nuevos empleados

¡Tienes 20 días para inscribirte
en los beneficios de 36Phlex para 2026!

Contenido

Bienvenido al Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR del Local 32BJ de SEIU 2

Descripción general del programa de beneficios del plan 36Phlex 3

Datos básicos 4

Opciones de su plan médico 6 Salud y bienestar

(Estilos de vida saludablesSM): ¡ Trabajamos para apoyar su salud todos los días! 8

Beneficios para la salud conductual 9

Un vistazo a los beneficios del plan de opción alta10

Un resumen de los beneficios del plan básico.....11

Términos importantes.....12

Beneficios de los medicamentos recetados13

Beneficios dentales14

Beneficios de la visión16

Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)18

Prestaciones por incapacidad temporal19

Cuentas de reembolso.....20

Avisos importantes24

¿Necesitas un formulario?

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

Los formularios que debe
completar para inscribirse se
encuentran en las primeras
páginas de esta guía y en la
sección de Contactos y Recursos.

página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) en
nuestro sitio web. Los formularios
del sitio se pueden completar
en línea. Solo tendrá que
imprimirlos, firmarlos y
enviarlos por correo a la Oficina
del Fondo.



Cada formulario indicará las
condiciones para completarlo.

Complete únicamente los
formularios que le correspondan.
Separe cada formulario
completado por el borde
perforado y envíelo por
correo a la Oficina del Fondo
utilizando el sobre de respuesta
incluido en esta guía.

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

2026

En esta guía y en los materiales que la acompañan, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios de Phlex en 2026.

Por favor, revise detenidamente los materiales adjuntos y considere las necesidades de su familia antes de inscribirse. El Plan 36Phlex le ofrece la flexibilidad de inscribirse únicamente en lo que necesita. Por ejemplo, si su familia ya cuenta con cobertura médica a través del plan de su cónyuge, podría usar los beneficios de 36Phlex para la cobertura dental y de la vista. La decisión es suya.

Debe devolver el formulario/hoja de trabajo de inscripción al plan 36Phlex debidamente cumplimentado (incluido al principio de este libro) a la oficina del fondo a más tardar 20 días después de recibir este paquete de inscripción.

Lo que debes hacer ahora

Después de leer esta guía:

1. Complete ambos lados del formulario de censo demográfico/beneficiario. Si va a agregar dependientes a los planes, complete el formulario de inscripción de dependientes. Debe presentar la documentación correspondiente para inscribir a los dependientes.
2. Revise su hoja de trabajo/formulario de inscripción al plan 36Phlex para ver las opciones disponibles y los costos de PhlexPoint.
3. Revise esta guía detenidamente. Considere qué opciones de beneficios son las mejores para usted y su familia.
4. Complete, firme y feche su Formulario/Hoja de inscripción al plan 36Phlex. Asegúrese de seleccionar un nivel de cobertura para seguro médico, dental, de la vista y de vida.
5. Debe tener un médico de atención primaria (PCP). Puede elegir uno comunicándose con Independence Blue Cross al 800-ASK-BLUE (800-275-2583) o visitando www.ibx.com. Es fundamental que elija un PCP para minimizar sus gastos de bolsillo.
6. Si renuncia a la cobertura médica:
 - Complete y firme el Formulario de Prueba de Otra Cobertura y verifique su otra cobertura con una copia de su tarjeta de identificación médica; y
 - Devuelva todos los formularios necesarios en el sobre de respuesta adjunto.
7. Complete el formulario de cotejo de datos del Seguro Social adjunto y proporcione una copia de su Tarjeta del Seguro Social. Si agrega dependientes al plan, también debe proporcionar copias de sus tarjetas del Seguro Social.

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

IMPORTANTE: Recordatorio sobre el cambio de estado. Sus

decisiones sobre los beneficios de su Plan 36Phlex permanecerán vigentes durante el resto del año. Solo podrá cambiar sus opciones de cobertura médica, dental, oftalmológica o de cuenta de reembolso durante el año si experimenta un cambio de estado. Los cambios de estado que califican son:

- Un cambio en su estado civil (como matrimonio, divorcio o anulación);
- Un cambio en el número de personas a su cargo (como el nacimiento, la adopción legal de un hijo, la colocación de un niño bajo su cuidado para su adopción o la muerte de una persona a su cargo);
- Ciertos cambios en el estado laboral que afectan la elegibilidad para los beneficios para usted, su cónyuge o hijos, tales como: terminación del empleo, una huelga o cierre patronal, el inicio o regreso de una licencia sin goce de sueldo, un cambio de lugar de trabajo o un cambio en el horario de trabajo (por ejemplo, entre trabajo de tiempo completo y tiempo parcial o una disminución o aumento de horas);

- Su hijo ya no reúne los requisitos para recibir cobertura;
- Derecho a Medicare o Medicaid (se aplica solo a la persona con derecho a Medicare o Medicaid) Seguro de enfermedad);
- Cambiar para cumplir con una orden estatal de relaciones domésticas relacionada con la cobertura de su hijo dependiente;
- Su elegibilidad, la de su cónyuge o la de su hijo para la cobertura COBRA;
- Un aumento significativo en el costo de la cobertura o una reducción significativa en la cobertura de beneficios bajo su plan de atención médica o el de su cónyuge;
- La adición, eliminación o reducción significativa de una opción de cobertura;
- Un cambio en la cobertura de su cónyuge o hijo durante el período de inscripción anual de otro empleador cuando el otro plan tenga un período de cobertura diferente; o
- Un cambio en los proveedores de cuidado de dependientes o en los costos si los proveedores no son familiares del empleado (se aplica solo a la Cuenta de Reembolso de Cuidado de Dependientes).

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

Descripción general del 36Phlex

Programa de beneficios del plan

El Plan 36Phlex es un programa de beneficios que ofrece cobertura básica como seguro médico, dental, de la vista y de vida, con opciones de personalización. Puede elegir entre una variedad de opciones y niveles de cobertura para crear un paquete de beneficios que se ajuste a sus necesidades específicas.

Cómo funciona el plan

El plan utiliza un sistema de puntos llamado PhlexPoints. Cada beneficio tiene un costo en PhlexPoints.

Si los beneficios que elige cuestan menos de 100 PhlexPoints, puede usar los que le queden. PhlexPoints a:

- Inscribirse en una cuenta de reembolso de gastos médicos; y/o
- Inscribirse en una cuenta de reembolso por cuidado de dependientes.

Si sus beneficios cuestan 100 PhlexPoints o más, NO podrá participar en las cuentas de reembolso.

Si el costo de sus beneficios supera los 100 PhlexPoints, deberá contribuir al costo de su cobertura. Consulte su formulario de inscripción para calcular el monto de su contribución.

Este documento y los materiales incluidos en su paquete de inscripción ofrecen una descripción resumida de los beneficios del Fondo de Bienestar de SEIU Local 32BJ, Distrito 36 BOLR, y de los cambios que entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. Estos materiales complementan otras descripciones de los beneficios de su Plan. Los cambios descritos en estos documentos y en los materiales adjuntos entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. El Fondo espera continuar con el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios de forma indefinida, pero se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar el Plan, total o parcialmente, en cualquier momento y por cualquier motivo. Ni la recepción de este paquete de inscripción ni la inscripción en ninguno de los beneficios ofrecidos bajo el Plan constituyen un contrato de trabajo. Lea atentamente estos documentos y guarde esta información importante junto con sus demás materiales de beneficios para futuras consultas.

36Phlex Phact!

RECUERDE: ¡Elija con cuidado! Una vez finalizado el período de inscripción de 20 días, no podrá cambiar sus opciones hasta el próximo período de inscripción abierta en 2026, para la cobertura que entrará en vigor el 1 de enero de 2027, a menos que tenga un cambio de esta

36Phlex Phact!

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

Datos básicos

¿Quiénes pueden optar a esta plaza?

Usted puede acogerse al Plan 36Phlex si trabaja en un empleo cubierto por el plan y su empleador está obligado, mediante un convenio colectivo, a realizar aportaciones en su nombre al Fondo.

Si usted reúne los requisitos para participar en el Plan 36Phlex, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

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

Cualquier niño por el que usted asuma gratuitamente el sustento no será considerado dependiente.

Inscripción de dependientes

Para inscribir a sus dependientes en el Plan, debe completar y enviar la siguiente información:

- Formulario de inscripción de dependientes (recuerde completar ambos lados)
- Estado de dependencia de documentos : algunos ejemplos de documentación incluyen:
 - Certificado de matrimonio estatal válido para el cónyuge
 - Certificado de nacimiento estatal válido que nombre a ambos padres para hijos biológicos o hijastros menores de 26 años
 - Prueba de adopción para un niño adoptado legalmente menor de 26 años.
 - Si se le exige agregar a sus hijos menores de 26 años como resultado de una Orden de Manutención Infantil por Gastos Médicos Calificados, proporcione una copia de la Orden.
 - Prueba del número de Seguro Social

Si tiene un hijo que debe permanecer cubierto por su seguro médico después de los 26 años debido a una discapacidad física o mental que le impide mantenerse económicamente, la Oficina del Fondo requiere documentación periódica que acredite su discapacidad. Esta información debe proporcionarse dentro de los 31 días posteriores al cumpleaños número 26 del niño.

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

Orden de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO)

Si está obligado a proporcionar manutención infantil y cobertura médica conforme a una Orden de Manutención Médica Infantil Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación de la información requerida. Una QMCSO es cualquier sentencia, decreto u orden judicial que le exige proporcionar cobertura médica para un menor. Para obtener información adicional sobre los procedimientos de administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

¿Quién paga las prestaciones?

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

Dependiendo de la opción de beneficios y el nivel de cobertura que elija, usted podrá compartir el costo de la cobertura pagando una parte de la prima mensual mediante deducciones de nómina.

Usted puede pagar la cobertura antes de impuestos.

Si debe contribuir al costo de su cobertura, sus aportaciones se deducirán de su nómina antes de impuestos. Esto significa que sus aportaciones se deducen de su salario antes de que se apliquen los impuestos federales y del Seguro Social. Las aportaciones antes de impuestos reducen su renta imponible y, por lo tanto, le permiten ahorrar dinero.

Por ejemplo, si usted gana \$24,000 pero aporta \$1,200 al año para su cobertura, pagará impuestos federales sobre la renta, del Seguro Social y del FICA sobre \$22,800. El tratamiento de los impuestos estatales (y locales) sobre la renta varía según el estado. Generalmente, sus aportaciones están sujetas a los impuestos estatales sobre la renta de Nueva Jersey. Sin embargo, no están sujetas a los impuestos estatales sobre la renta de Delaware, Maryland ni Pensilvania.

Cambiar tus beneficios

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

También puede inscribirse en uno de los planes médicos en cualquier momento del año si:

- Usted renunció a la cobertura para usted o sus dependientes elegibles porque usted o sus dependientes tenían cobertura médica y la perdieron debido a divorcio, separación legal, fallecimiento, terminación del empleo, reducción de horas de trabajo o agotamiento del período de cobertura COBRA del otro plan. En este caso, puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles que perdieron la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la misma.
- Usted adquiere un nuevo dependiente a través del matrimonio, la adopción o la colocación para Adopción. En este caso, puede inscribirse usted mismo, a su cónyuge y a sus nuevos dependientes, siempre que lo haga dentro de los 31 días posteriores al evento. Si su nuevo dependiente es un recién nacido, tiene 90 días después del nacimiento para solicitar la inscripción (o 60 días si pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) por dejar de ser elegible, o si se convierte en elegible para un programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP).
- Si usted o su dependiente pierden la cobertura de Medicaid o del Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque usted o su dependiente ya no son elegibles para dicha cobertura—o si usted o un dependiente reúne los requisitos para recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted mismo o a sus dependientes en este Plan, siempre que solicite la inscripción y proporcione la documentación adecuada dentro de los 60 días posteriores al evento.

36Phlex Phact!

Ambos planes médicos requieren que elija un médico de atención primaria y que obtenga referencias para ciertos servicios.

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

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

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

Opciones para su plan médico

Puede elegir entre dos planes médicos y la opción de no participar. Si bien ambos planes cubren la atención médica necesaria, funcionan de manera muy diferente. Es importante que comprenda cada plan antes de decidir cuál es la mejor opción para usted y sus dependientes.

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

Opciones de plan médico

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

No te olvides de la atención preventiva.

Es importante priorizar los exámenes, pruebas y revisiones rutinarias. La atención preventiva permite detectar enfermedades crónicas e infecciones como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas antes de que se conviertan en problemas de salud graves. La detección temprana aumenta las probabilidades de recuperación.

El primer paso es programar su examen físico anual con su médico de atención primaria (PCP).

Pregunta qué pruebas y exámenes de detección te corresponden. Por ejemplo, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las personas comiencen a hacerse exámenes de detección de cáncer colorrectal a los 45 años.

Las pruebas regulares de colesterol permiten detectar signos de enfermedad de las arterias coronarias. Además, las revisiones ginecológicas anuales pueden detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales.

La atención preventiva es fácil y asequible. La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos al 100% siempre que acudas a un proveedor dentro de la red.

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

Principales diferencias entre el Plan de Opciones Altas y el Plan Básico

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

Plan de alta opción	Plan básico
Debe elegir un médico de atención primaria al inscribirse.	
Puedes acudir a los médicos y hospitales que prefieras. Al usar servicios dentro de la red de tu seguro, reduces tus gastos de bolsillo.	Su médico de cabecera debe brindarle atención o remitirlo a especialistas de HMO.
El deducible se aplica a proveedores fuera de la red. Servicios de atención médica solicitados por el propio solicitante únicamente; su deducible anual es de \$250 por persona y \$500 por familia.	Sin deducible
La mayoría de los servicios están cubiertos al 100% dentro de la red, sin deducible.	La mayoría de los servicios están cubiertos al 100%.
Los servicios hospitalarios para pacientes internados dentro de la red están cubiertos al 100%, sin deducible.	Los servicios de hospitalización están cubiertos al 100%, tras un copago de 100 dólares diarios (copago máximo: 500 dólares por ingreso).
Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cubierta al 100%; servicios en otros centros de la red cubiertos al 70%; no cubierto fuera de la red.	Cirugía de reemplazo de rodilla y cadera en Blue Distinction Center + cubierta al 100%; servicios en otros centros de la red cubiertos al 70%; no cubierto fuera de la red.
Usted paga un copago de \$10 por las visitas a médicos de PCMH y \$20 por las visitas a consultorios médicos que no pertenecen a PCMH.	Usted paga un copago de \$15 por las visitas a médicos de PCMH y \$30 por las visitas a consultorios médicos que no pertenecen a PCMH (incluidos los médicos de atención primaria) y \$40 por las visitas a especialistas.
Para aquellos servicios que están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor fuera de la red, el Plan paga el 70% después del deducible para la mayoría de los gastos elegibles.	Sin beneficios fuera de la red
El límite máximo anual de gastos de bolsillo es de 6.750 dólares por persona y de 13.500 dólares por familia.	El límite máximo anual de gastos de bolsillo es de 6.750 dólares por persona y de 13.500 dólares por familia.

Requisitos de precertificación

Para recibir tratamiento, es necesario aprobar ciertos servicios que se consideren médicamente necesarios. Esto se denomina precertificación. Algunos servicios que requieren precertificación incluyen:

- Todos los ingresos hospitalarios no urgentes
 - Cirugía electiva con hospitalización
 - Seleccionar equipos médicos duraderos
 - atención médica domiciliaria
- Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados
 - Resonancia magnética/angiografía por resonancia magnética
 - Tomografía computarizada/angiografía computarizada
 - Tomografía por emisión de positrones (PET)

Nota: Esta no es una lista completa de servicios. Blue Cross puede modificar los requisitos de preautorización periódicamente. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross.

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

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

He aquí la razón. Las decisiones que tomas a diario —los alimentos que eliges, usar el cinturón de seguridad, tomar tus medicamentos según las indicaciones de tu médico— pueden tener un impacto significativo en tu salud, tanto positivo como negativo. Los programas de Independence Healthy Lifestyles Solutions te ofrecen apoyo y orientación para que tomes medidas positivas que mejoren tu salud y aumenten tus posibilidades de mantenerte sano.

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

Para poder participar en el programa Soluciones para un Estilo de Vida Saludable, debe estar inscrito en uno de los planes médicos de 36Phlex .

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

¡Ponte en forma y recibe recompensas!

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

- Hasta \$150 de reembolso en

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

Con nuestros programas de reembolso, te facilitamos la obtención de dinero para un estilo de vida saludable. No es necesario inscribirse. Cumple con los requisitos de elegibilidad al completar 120 visitas en un centro autorizado. Simplemente envía tu documentación para solicitar el reembolso de forma rápida y segura.

Nota: Estos programas son administrados por Independence Blue Cross. Debe tener cobertura con Independence al momento de solicitar el reembolso.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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

Beneficios para la salud conductual

Su prestación por salud mental está cubierta a través de MHC y no forma parte de sus beneficios médicos con su plan médico Independence Blue Cross.

MHC está aquí para apoyarte a ti y a tu familia si tienen problemas con el consumo de sustancias o dificultades emocionales o de salud mental. Los profesionales experimentados de MHC te brindarán la mejor atención posible. Para obtener más información sobre los beneficios y servicios de salud conductual disponibles, llama al 800-255-3081 o visita su sitio web en www.mhconsultants.com.

Muestre su tarjeta de MHC si necesita tratamiento con un profesional de salud mental. Comuníquese directamente con MHC al 800-255-3081 para hablar con un administrador de casos de MHC.

MHC puede ayudar con problemas como:

- Ansiedad/Estrés •

Consumo de sustancias

- Depresión

- Estrés postraumático

- Dolor

- Problemas familiares

- Y mucho más.

Un resumen de los beneficios del plan de opción alta

Este cuadro le ofrece un resumen del Plan Médico de Alta Cobertura. Consulte el Resumen del Plan para obtener información completa sobre los beneficios del Plan de Alta Cobertura.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED/REFERIDO	FUERA DE LA RED/AUTORREFERENCIA
Deducible anual	N / A	\$250 por persona; \$500 por familia.
Gasto máximo anual de bolsillo ⁸	6750 dólares por persona; 13 500 dólares por familia.	6750 dólares por persona; 13 500 dólares por familia.
Consultas médicas centradas en el paciente	100%, después de un copago de \$10	70% después del deducible
Visitas al consultorio médico (no PCMH) Servicios de atención primaria y especializada)	100%, después de un copago de \$20 (en un proveedor que no sea PCMH)	70% después del deducible
Examen ginecológico de rutina/Citología vaginal 1 por año natural	100%	70%, sin deducible
Mamografía	100%	70% después del deducible
Vacunas pediátricas	100%	70% después del deducible
Terapia física, ocupacional o del habla ^{4, 5} hasta 30 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$20	No cubierto
Rehabilitación cardíaca o pulmonar hasta 36 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible
Quiropráctica (Manipulación espinal) ⁵ hasta 10 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible
Paciente hospitalizado ¹	100%	70% después de la deducción hasta 70 días por año calendario
Reemplazo de rodilla y cadera ^{1, 2} Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%	No cubierto No cubierto
Atención de urgencias	Copago de \$40	70% después del deducible
Sala de emergencia Visita a urgencias 1 y 2	Copago de \$100 (exento en caso de ingreso)	Copago de \$100, sin deducible (exento en caso de ingreso).
Visita a urgencias 3 o más	Copago de \$200 (exento en caso de ingreso)	Copago de \$200, sin deducible (exento en caso de ingreso).
Laboratorio/Patología para pacientes ambulatorios ^{4,5}	100%	70% después del deducible
Diálisis/Radioterapia/Quimioterapia	100%	70% después del deducible
Atención médica domiciliaria ¹ hasta 200 visitas por año natural	100%	70% después del deducible
Cuidados paliativos ¹ hasta 210 días por vida	100%	No cubierto
Centro de enfermería especializada ¹ hasta 60 días por año natural	100%	No cubierto
Cirugía ambulatoria (para algunas cirugías ambulatorias puede ser necesaria la autorización previa) ¹	100%	70% después del deducible
Radiología ambulatoria 1, 4, 5	100%	70% después del deducible
Equipo médico duradero ¹	100%	No cubierto
Ambulancia		
Transporte de emergencia	100%	100%, sin deducible
Transporte no urgente ¹	100%	70% después del deducible
Enfermería ambulatoria privada ¹ hasta 360 horas por año natural	90%	70% después del deducible
Programa de Salud Mental/Uso de Sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y uso de sustancias) NOTA: Este programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.		
Pacientes	100%	70% después del deducible
hospitalizados ^{6, 7} Consultas ambulatorias fuera del	100%	70% después del deducible
consultorio ⁶ Pacientes ambulatorios ⁶	100%, después de un copago de \$20	70% después del deducible

1. Se requiere preautorización para estos servicios. Comuníquese con el departamento de atención al cliente de Keystone HPE (Independence Blue Cross) para obtener más información sobre los servicios que requieren preautorización.

2. El tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center+ para reemplazo de rodilla y cadera está cubierto al 100%; el tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center u otro centro Keystone participante o centro designado por AmeriHealth está cubierto al 70%. No hay cobertura para reemplazos de rodilla/cadera realizados fuera de la red.

3. Debe acudir a su médico de atención primaria (PCP) elegido.

4. Debe acudir al centro designado por el médico de atención primaria para que se considere su atención dentro de la red.

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

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

7. Se requiere preautorización para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la preautorización de servicios relacionados con la salud conductual y el tratamiento del consumo de sustancias.

El límite máximo anual de gastos de bolsillo incluye los gastos necesarios para alcanzar el deducible anual, así como los copagos y el coseguro durante el año. Existe un límite máximo de gastos de bolsillo independiente para los medicamentos recetados (véase la página 11).

Un resumen de los beneficios del plan básico

Esta tabla le ofrece una visión general del Plan Médico Básico. El Plan Básico solo ofrece cobertura dentro de la red de proveedores. Se requiere remisión médica. No hay cobertura para proveedores o centros fuera de la red. Consulte el Resumen del Plan para obtener información completa sobre los beneficios del Plan Básico.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED
Límite máximo anual de gastos de bolsillo***	6750 dólares por persona; 13 500 dólares por familia.
Visitas al consultorio médico ³	Proveedor de PCMH: 100%, después de un copago de \$15. Médico de atención primaria no perteneciente al programa PCMH: 100%, después de un copago de \$30; Especialista: 100% después de un copago de \$40
Examen ginecológico de rutina/Citología vaginal 1 por año calendario; no se requiere derivación.	100%
Mamografía de detección; no se necesita derivación.	100%
Vacunas pediátricas	100%
Terapia física y ocupacional ⁴ , 5 hasta 30 visitas combinadas por año calendario	100%, después de un copago de \$40
Rehabilitación cardíaca y pulmonar ⁵ hasta 36 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$40
Terapia del habla ⁵ hasta 20 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$40
Quiropráctica (Manipulación espinal) ⁵ hasta 20 visitas por año natural	100%, después de un copago de \$40
Paciente hospitalizado ¹	100%, después de un copago de \$100 por día; (Copago máximo: \$500 por admisión)
Reemplazo de rodilla y cadera ¹ , ² Centro de Distinción Azul + Todas las demás instalaciones	100% 70%
Atención de urgencias	Copago de \$50
Sala de emergencia Visita a urgencias 1 y 2 Visita a urgencias 3 o más	Copago de \$100 (no se exime en caso de ingreso) Copago de \$200 (no se exime en caso de ingreso)
Laboratorio/Patología para pacientes ambulatorios ⁴ , 5	100%
Diálisis/Radioterapia/Quimioterapia ⁵	100%
Atención médica domiciliar ¹	100%
Cuidados paliativos ¹	100%
Centro de enfermería especializada ¹ hasta 120 días por año calendario	100%, después de un copago de \$50 por día; (Copago máximo: \$250 por ingreso) 100%,
Cirugía ambulatoria ⁵	después de un copago de \$50
Radiología ambulatoria ⁴ , 5	Pruebas de rutina/diagnóstico: 100%, después de un copago de \$40. Resonancia magnética (RM), angiografía por tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (PET) cubren el 100% tras un copago de \$0 dólares.
Equipos médicos duraderos y prótesis ¹ , 5	70%
Ambulancia (los servicios de ambulancia no urgentes requieren autorización previa)	100%
Enfermería ambulatoria privada ¹ , 5 hasta 360 horas al año	90%
Programa de Salud Mental/Uso de Sustancias (cobertura para atención psiquiátrica y uso de sustancias) NOTA: Este programa no forma parte del plan médico. Llame a MHC al (800) 255-3081.	
Pacientes hospitalizados ⁶ , 7	100%, después de un copago de \$100 por día (Copago máximo: \$500 por admisión)
Consultas ambulatorias fuera del consultorio ⁶	100%
Pacientes ambulatorios	100%, después de un copago de \$30
No se pagan beneficios por servicios fuera de la red.	

- Se requiere preautorización para estos servicios. Comuníquese con el departamento de atención al cliente de Keystone HPE (Independence Blue Cross) para obtener más información sobre los servicios que requieren preautorización.
- El tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center+ para reemplazo de rodilla y cadera está cubierto al 100%; el tratamiento recibido en un centro Blue Distinction Center u otro centro Keystone participante o centro designado por AmeriHealth está cubierto al 70%. No hay cobertura para reemplazos de rodilla/cadera realizados fuera de la red.
- Debe acudir a su médico de atención primaria (PCP) elegido.
- Debe acudir al centro designado por el médico de atención primaria para que se considere su atención dentro de la red.

- Se requiere derivación del médico de atención primaria (PCP).
 - Servicios dentro de la red administrados por MHC, Inc., no por Keystone ni AmeriHealth. Comuníquese con MHC para obtener una lista de proveedores dentro de la red. Llame a MHC al 800-255-3081 o visite HMC en línea en www.mhconsultants.com.
 - Se requiere preautorización para estos servicios. Comuníquese con MHC para obtener más información sobre la preautorización de servicios relacionados con la salud conductual y el tratamiento del consumo de sustancias.
- El límite máximo anual de gastos de bolsillo incluye los gastos necesarios para alcanzar el deducible anual, así como los copagos y el coseguro durante el año. Existe un límite máximo de gastos de bolsillo independiente para los medicamentos recetados (véase la página 11).

Términos importantes

Copago máximo anual—

Este es el monto máximo que pagará de tu bolsillo en copagos por los servicios dentro de la red que recibas durante el año. Una vez que alcances tu límite máximo anual, el plan cubrirá el 100% del costo de los servicios dentro de la red durante el resto del año.

Centro de Distinción Azul + —

Centros quirúrgicos ambulatorios designados por Blue Cross, especializados en reemplazo de rodilla y cadera. Los Centros Blue Distinction+ cumplen con altos estándares de calidad, costo, experiencia, efectividad y eficiencia.

Coaseguro—

es el porcentaje de los costos elegibles que usted paga por los servicios, después de que se haya pagado el deducible.

Copago—

Es la cantidad fija en dólares que usted paga por algunos servicios médicos en el momento en que recibe la atención.

Deducible—

es la parte de sus gastos cubiertos que usted paga cada año antes de que su plan médico comience a pagar beneficios por servicios específicos.

Proveedores dentro de la red—

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

Gastos médicamente necesarios—

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

Proveedores fuera de la red (solo para el plan de opción alta)—

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

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

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

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

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

Médico de atención primaria (PCP)—

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

Atención médica autoderivada (solo para el Plan de Opción Alta)—

Se trata de atención médica que no recibe de su médico de cabecera o atención médica que recibe sin una derivación de su médico de cabecera. Esta es la forma más cara de recibir atención médica. En el caso de la atención médica solicitada por el propio paciente, el plan generalmente paga el 70% del monto asignado una vez que se haya alcanzado el deducible anual.

Beneficios de los medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados, proporcionada por CVS Caremark, comienza automáticamente al inscribirse en la cobertura médica bajo una de las opciones del Plan 36Phlex. Puede obtener un suministro de medicamentos para hasta 30 días visitando cualquier farmacia de la red y mostrando su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de CVS Caremark. Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para hasta 90 días visitando directamente cualquier farmacia CVS o utilizando el servicio de farmacia por correo de CVS Caremark. No tendrá derecho a los beneficios de medicamentos recetados si decide no participar en el plan médico.

Sus copagos

- Cada vez que surta una receta, deberá pagar un copago que dependerá de la clasificación del medicamento. Existen tres niveles de medicamentos recetados:
- **Genéricos:** Medicamentos recetados que son equivalentes de menor costo a los medicamentos de marca. Están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y contienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca.
 - **Formulario:** una lista de medicamentos de marca seleccionados por un panel de médicos y farmacéuticos. Los medicamentos incluidos en el formulario se seleccionan cuidadosamente por su eficacia, seguridad y coste.
 - **No incluidos en el formulario:** medicamentos de marca que no están en el formulario. Usted paga el 100% del costo de los medicamentos no incluidos en el formulario.

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

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

Su límite máximo anual de gastos de bolsillo

Existe un límite máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Una vez que alcance dicho límite, el plan cubrirá el 100% del costo de sus medicamentos.

Sus copagos se aplican al límite máximo anual de gastos de bolsillo. Los gastos pagados por medicamentos no cubiertos por el Plan de Medicamentos Recetados no se aplican. Existe un límite máximo anual de gastos de bolsillo independiente para los beneficios médicos.

Los límites máximos anuales de gastos de bolsillo para medicamentos recetados son: •

Individual: \$1,950 • Familiar: \$3,900

¿Qué es un formulario?

Un formulario es una lista de medicamentos genéricos y de marca. Este formulario fue desarrollado por un comité de médicos y farmacéuticos de CVS Caremark. El comité revisa y actualiza periódicamente el formulario con base en la información más reciente sobre la eficacia de cada medicamento.

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

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

Utilizando CVS Caremark La farmacia de pedidos por correo para medicamentos de mantenimiento le permitirá ahorrar tu dinero.

Beneficios dentales

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

Tabla de beneficios dentales

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

Cómo usar un dentista participante puede ahorrarle dinero

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

Procedimiento: Corona	Si utiliza un dentista participante	Si utiliza un dentista que no participa en la red
Honorarios del dentista	\$900	\$900
Tarifa contratada por Delta Dental (gasto elegible)	\$700	\$700
El plan paga (50% de la tarifa contratada)	\$350	\$350
Tú pagas	\$350	\$550 (diferencia entre la tarifa contratada por Delta y los \$900 que cobra el dentista)

Nota: Este gráfico es solo a título ilustrativo. Los costos reales variarán.

Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

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

Para predeterminar los beneficios, su dentista debe enviar un formulario de reclamación a Delta Dental describiendo el tratamiento propuesto y los costos estimados. Delta Dental le enviará un estado de cuenta que detalla los servicios cubiertos y el monto que pagará el plan. Puede revisar el plan de tratamiento con su dentista y acordar los servicios que se realizarán. Una vez finalizado el tratamiento, devuelva el estado de cuenta original, con las fechas de los servicios y las firmas necesarias, a Delta Dental para su pago.

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

36Phlex Phact!

Con el Plan de Descuento en Servicios de Visión, no hay límite en la cantidad de veces que puede usar su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta junto con ofertas especiales, como cupones o promociones.

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

Beneficios de la visión

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

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

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

El Plan de Visión Mejorada: Cómo funciona el plan

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

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

Lo que paga el plan

Cuando usted recibe servicios de un proveedor participante de NVA, el plan cubre el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses. Para niños menores de 19 años, el plan cubre un examen de la vista una vez cada 12 meses.

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

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

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

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

El Plan Visión no cubre:

- Fotografía del fondo de ojo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; servicios o materiales proporcionados como resultado de la ley de compensación laboral u obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o
- Gafas de sol normales o graduadas.

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

Programa de descuentos en servicios de visión: cómo funciona el plan

El Programa de Descuento en Atención Oftalmológica no es un plan de cobertura total. Al inscribirse en este programa, obtendrá una tarifa con descuento de ciertos proveedores para productos y servicios disponibles para el público en general.

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

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

El programa de descuentos en visión no cubre:

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- Drogas o medicamentos;
- Lentes sin graduación;
- Exámenes o materiales no incluidos en la lista de servicios cubiertos;
- Servicios o materiales proporcionados por el gobierno federal, estatal o local, o por los trabajadores. compensación; y
- Ayudas para personas con baja visión.

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

36Phlex Phact!

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

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

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

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones.

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

Seguro de vida y muerte accidental

Seguro por desmembramiento (AD&D)

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

El seguro de vida está diseñado para ofrecer protección a su familia, o a cualquier persona que dependa de sus ingresos, en caso de su fallecimiento. El seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) le paga una prestación si sufre la pérdida accidental de una extremidad o la vista, y paga una prestación a sus beneficiarios si fallece como consecuencia de un accidente cubierto. La prestación de su seguro de vida solo se paga si fallece mientras se encuentra en un empleo activo cubierto. Cualquier prestación de AD&D pagadera como resultado de su fallecimiento accidental es igual al monto de su seguro de vida y se paga adicionalmente a la prestación de su seguro de vida. El monto de su prestación de AD&D depende del tipo de pérdida accidental. Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones. Consulte el Resumen del Plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

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

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

Cantidad de seguro de vida

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

- \$10,000
- \$25,000
- 50.000 dólares

Consulte su formulario de inscripción para conocer la cantidad de PhlexPoints que necesita para adquirir un seguro de vida y de accidentes con cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D).

No lo olvides: tu beneficiario

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

Prestaciones por incapacidad temporal

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

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

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

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

Su solicitud de prestaciones por incapacidad temporal comienza el cuarto día hábil después de su visita al médico debido a su incapacidad. No se abonarán prestaciones por incapacidad temporal durante el período en que haya faltado al trabajo antes de su visita al médico.

Los formularios de incapacidad temporal deben presentarse a tiempo. Si se encuentra sin trabajo por una incapacidad continua que supera un mes, debe presentar los formularios de continuación (formularios azules) periódicamente, generalmente una vez al mes. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario. Solo recibirá el crédito de elegibilidad mientras esté recibiendo beneficios por incapacidad temporal.

Para obtener más información sobre los beneficios por discapacidad a corto plazo, consulte su Resumen del Plan o llame a la Oficina del Fondo al (215) 568-3262 o al (800) 338-9025 si llama fuera del área de llamadas local.

36Phlex Phact!

Si lleva más de un mes sin trabajar, debe seguir rellenando sus formularios de incapacidad periódicamente, normalmente cada mes.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

Toda solicitud de incapacidad temporal debe presentarse ante la Oficina del Fondo dentro de los 60 días posteriores a la fecha inicial de su incapacidad. Asegúrese de que todas las secciones estén completas y firmadas por usted, su empleador y su médico tratante antes de enviarla a la Oficina del Fondo.

36Phlex Phact!

Debe inscribirse o volver a inscribirse en estas cuentas, ya que la participación no se renueva automáticamente de un año a otro.

36Phlex Phact!

La documentación pertinente debe adjuntarse al formulario de reclamación correspondiente. Envíe la solicitud de reembolso a la Oficina del Fondo de Prestaciones.

Cuentas de reembolso

Dependiendo de las opciones de beneficios que elija, es posible que pueda participar en las Cuentas de Reembolso del Fondo.

Dos relatos separados

Existen dos cuentas separadas: una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos y una Cuenta de Reembolso de Gastos de Cuidado de Dependientes. Puede optar por participar en una o en ambas. Si decide participar en ambas, no podrá transferir dinero de una cuenta a la otra, ni utilizar el dinero de la Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos para pagar gastos de cuidado de dependientes, ni viceversa.

Es importante que calcule sus gastos cuidadosamente antes de depositar sus PhlexPoints en estas cuentas, ya que perderá cualquier saldo restante después del 15 de abril. Consulta la fecha límite "Úsalo o piérdelo" para obtener más información.

¿Quiénes son elegibles?

Usted es elegible para participar en las Cuentas de Reembolso si su total de PhlexPoints es menor a 100. Si sus beneficios cuestan menos de 100 PhlexPoints, puede optar por depositar los PhlexPoints restantes en una o ambas cuentas de reembolso. Cada PhlexPoint que deposite en una cuenta de reembolso tiene un valor de \$5. Por ejemplo, si el costo de los beneficios que elige es de 81 PhlexPoints, tendrá 19 PhlexPoints disponibles para depositar en una Cuenta de Reembolso. Esto significa que tendrá \$95 cada mes (19 PhlexPoints por \$5) para depositar en su cuenta. El IRS establece límites para la cantidad de dinero que puede aportar a su Cuenta de Reembolso. Sus contribuciones mensuales no pueden exceder el límite del IRS.

RECORDATORIO: Los medicamentos de venta libre sin receta médica no son reembolsables.

Cuenta de reembolso de gastos médicos

En cualquier plan de beneficios, existen algunos aspectos que no están cubiertos, como los deducibles y los copagos. Al depositar la totalidad o una parte de sus PhlexPoints en su Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos, puede reservar dinero para pagar los gastos de atención médica (médica, medicamentos recetados, odontológica y oftalmológica) que no están cubiertos por ningún plan. Cuando usted presenta la documentación requerida para los gastos elegibles, se le paga libre de impuestos desde su cuenta.

Cómo funciona la cuenta de reembolso de gastos médicos

Usted decide cuántos PhlexPoints desea aportar según sus gastos estimados para el próximo año. Puede aportar hasta el total de sus PhlexPoints restantes, hasta los límites establecidos por el IRS.

Hoja de cálculo de la cuenta de reembolso de gastos médicos	
Cuidado de la salud	Gastos estimados
Deducibles	\$
Su parte de los gastos cubiertos (copagos y/o coseguro)	\$
Artículos no cubiertos o parcialmente cubiertos por los beneficios del Fondo.	\$
Gastos médicos y/o dentales que superen los límites del plan	\$
Gastos médicos y/o dentales que superen los cargos de UCR	\$
Otros gastos no cubiertos por los beneficios del Fondo, pero que pueden ser deducidos en su declaración de impuestos sobre la renta	\$
Gastos anuales totales	\$

Gastos médicos elegibles

Solo ciertos gastos de atención médica son elegibles para reembolso. Los gastos elegibles incluyen:

- Deducibles, copagos y montos de coseguro;
- Medicamentos recetados comprados en los Estados Unidos; •

Gastos que no están cubiertos, o están parcialmente cubiertos por su seguro médico, dental o plan de visión; y

- Gastos que excedan los límites máximos de beneficios médicos y/o dentales, y/o superiores a lo habitual, cargos o asignaciones del plan habituales y razonables (UCR).

Gastos de atención médica no reembolsables

No puede utilizar su cuenta de atención médica para obtener reembolsos:

- Gastos reembolsados por cualquier otro plan médico/dental/de visión;
- Artículos sin receta para mantener la salud general, como vitaminas, cosméticos y champús;
- Cuotas de gimnasio, spa o clases de ejercicio;
- Programas para bajar de peso o dejar de fumar sin receta médica;
- Cirugía estética (a menos que se realice para corregir una deformidad congénita o deformidad) resultante de una lesión o enfermedad);
- Contribuciones o primas para la cobertura de atención médica, para usted, su cónyuge y/o su niños; y
- Medicamentos de venta libre, a menos que se los recete su médico.

Fecha límite: úsalo o piérdelo

Las regulaciones del IRS le permiten usar las Cuentas de Reembolso (si cumple con los requisitos) para reembolsarse los gastos elegibles incurridos hasta el 15 de marzo del año siguiente a aquel en que realizó la contribución; cualquier monto no gastado para esa fecha se pierde, sujeto a las reglas de reinversión del IRS. Esto significa que cualquier saldo restante en su(s) Cuenta(s) de Reembolso al 31 de diciembre puede usarse para reembolsar los gastos incurridos hasta el 15 de marzo del año siguiente.

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

36Phlex Phact!

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

Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes

Si necesita pagar a alguien para que cuide a sus dependientes y así poder trabajar (usted y su cónyuge, si está casado/a), considere abrir una Cuenta de Reembolso para el Cuidado de Dependientes para recuperar los gastos elegibles. Estos gastos incluyen el costo de una guardería o centro de atención para personas mayores, o el costo de un cuidador. No puede usar la Cuenta de Reembolso para el Cuidado de Dependientes para cubrir gastos médicos de sus dependientes (la Cuenta de Reembolso para Gastos Médicos cubre esos gastos).

¿Quiénes califican como dependientes?

Los gastos deben ser para "dependientes calificados", que incluyen:

- Sus hijos dependientes menores de 13 años en el momento en que se incurre en el gasto si usted reclama ellos como dependientes en su declaración de impuestos federales; y
- Otros dependientes, como su cónyuge, padre anciano o un hijo mayor, si son personas con discapacidad física o mental, incapaces de valerse por sí mismas, y a las que usted declara como dependientes a efectos fiscales.

Gastos elegibles para el cuidado de dependientes

Estos son algunos de los gastos para los que puede utilizar la Cuenta de Cuidado de Dependientes (siempre que los gastos sean necesarios para que usted y su cónyuge puedan trabajar):

- Cuidado en su hogar (el proveedor de cuidados no puede ser su dependiente ni su hijo menor de edad 19 años);
- Preescolar o jardín de infancia con licencia (solo el costo del cuidado es un gasto elegible si se puede separar del costo de la escolarización);
- Guardería o centro de cuidado familiar calificado que requiere el pago de una tarifa por el servicio; también debe cumplir con las regulaciones estatales y federales si cuida a más de seis personas no residentes a la vez;
- Programas antes y después del horario escolar; y • Campamento de verano diurno (no campamento con pernoctación).

Gastos de cuidado de dependientes que no son elegibles

No puede utilizar su Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes para reembolsar:

- Cuidados no relacionados con el empleo (como el cuidado de niños durante sus horas no laborales);
- Gastos que el IRS no consideraría elegibles para una deducción de impuestos federales;
- Gastos pagados por otra póliza o plan (incluidos seguros médicos, Medicare u otros programas federales o estatales);
- Gastos de cualquier período distinto al año natural en el que se abre la cuenta, o los gastos incurridos mientras usted no participaba en este plan;
- Residencias de ancianos; y • Campamentos nocturnos.

Comprobante de gastos

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

¿Crédito fiscal federal o cuenta de reembolso por cuidado de dependientes?

En realidad, existen dos opciones con ventajas fiscales al pagar el cuidado infantil: la Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes o el Crédito Fiscal Federal por Cuidado Infantil del gobierno. No puede reclamar los mismos gastos tanto bajo la Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes como bajo el crédito fiscal federal, pero sí puede:

- utilizar la Cuenta de Reembolso para el Cuidado de Dependientes; o
- utilice el crédito fiscal federal. (Según la ley actual, y dependiendo de sus ingresos brutos ajustados, puede tomar un crédito fiscal del 20% al 35% de sus gastos de cuidado de dependientes. El monto máximo que se puede usar para determinar el crédito fiscal es de \$3,000 por un hijo y de \$6,000 por dos o más hijos. Por lo tanto, si su crédito es del 20%, el crédito máximo por un hijo es de \$600 (el 20% de \$3,000).

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

En su caso, la mejor opción entre el crédito fiscal y la Cuenta de Reembolso por Cuidado de Dependientes depende de sus ingresos brutos y su estado civil para efectos fiscales. Para obtener más información sobre qué opción se ajusta mejor a sus necesidades, consulte con su asesor fiscal personal.

Planificando tu depósito en la cuenta de cuidado de dependientes

Puede resultarle útil utilizar la hoja de cálculo de la página siguiente para estimar sus gastos de cuidado de dependientes para el próximo año. Al calcular sus gastos totales anuales, tenga en cuenta los posibles cambios.

Por ejemplo: •

¿Vas a ampliar tu familia? • ¿Tu dependiente

cumplirá 13 años durante el año?

• ¿Su cónyuge tiene intención de dejar de trabajar este año?

Recuerda que lo que no se usa se pierde, así que calcula con cuidado.

Hoja de cálculo de la cuenta de reembolso por cuidado de dependientes	
Cuidado de dependientes	Gastos estimados
Guardería, servicio de niñera	\$
Jardín de infancia o preescolar con licencia	\$
Programas de cuidado infantil antes y después del horario escolar	\$
campamento de verano	\$
Servicios domésticos relacionados con el cuidado de personas dependientes	\$
Impuesto de la Seguridad Social (FICA) para proveedores de atención médica	
Otros servicios domésticos subvencionables	\$
Costo total anual de gastos	\$

Avisos importantes

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

Derechos de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción en el plan de seguro médico para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que ya cuentan con otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y proporcione la documentación justificativa. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, la adopción o la colocación en adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado del nacimiento, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento (o 60 días si pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple con los requisitos, o si cumple con los requisitos para un programa estatal de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP).

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

- Perder la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple con los requisitos, o
- Cumplir los requisitos para acceder al programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha de Medicaid/Cambio de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debido a cambios en los requisitos de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Los formularios de inscripción deben completarse y toda la documentación que acredite la condición de dependiente debe presentarse al Plan dentro de los 31, 60 o 90 días posteriores a la solicitud de inscripción especial. Si no puede completar los formularios de inscripción y proporcionar la documentación que acredite la condición de dependiente dentro del plazo establecido (por ejemplo, si necesita más tiempo para obtener el certificado de nacimiento de un recién nacido), el plazo podría prorrogarse.

COBRA

Según la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1986 (COBRA), usted y sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica hasta por 18 meses si la cobertura finaliza debido a:

- Usted rescinde el contrato de trabajo por cualquier motivo (que no sea una falta grave), o
- Tienes una reducción en tus horas de trabajo.

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

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

Usted y sus dependientes generalmente pueden optar por continuar la cobertura en cualquier momento dentro de los primeros 60 días después de que finalice la cobertura o 60 días después de la fecha en que se reciba el aviso, lo que ocurra más tarde. La cobertura continua entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de la

Si la cobertura finaliza durante un evento que la provocó, deberá pagar la prima correspondiente. Solo podrá mantener la cobertura vigente el día anterior al evento. Sin embargo, puede modificar sus opciones cada año durante el período de inscripción abierta. Si el plan médico cambia, esos cambios también se aplicarán a la cobertura bajo COBRA.

Para recibir cobertura bajo COBRA, usted y/o sus dependientes elegibles deben realizar la elección a tiempo y efectuar pagos mensuales de la prima.

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

En general, según la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto, ya sea para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con ella, les dé el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer

La Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer exige que los planes de salud grupales, sus compañías de seguros y las HMO proporcionen ciertos beneficios a las pacientes que se someten a una mastectomía y optan por la reconstrucción mamaria. En el caso de una participante del plan que recibe beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo: linfedema

Las prestaciones por reconstrucción mamaria están sujetas a deducibles y limitaciones de coseguro que son coherentes con las establecidas para otras prestaciones del plan.

Recordatorio del Aviso de Privacidad de HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exigen que el Plan de Bienestar del Sindicato Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR (el "Plan") envíe periódicamente un recordatorio a los participantes sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad del Plan y cómo obtenerlo. El Aviso de Privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del Plan con respecto a la información de salud protegida (PHI), así como la forma en que el Plan puede usar y divulgar dicha información. También puede obtener una copia del Aviso de Privacidad comunicándose con la Oficina del Fondo al 215-568-3262, Extensión 1400 o al 800-338-9025, Extensión 1400 (fuera del área de llamadas local).

Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar accesible. Contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Fondo de Bienestar del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR, y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información le ayudará a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando inscribirse, compare su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu cobertura actual y
Cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te inscribes en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. El Fondo de Bienestar del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR ha determinado que el La cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan de Bienestar del Sindicato Local 32 BJ, Distrito 36 BOLR, se estima que, en promedio, para todos los participantes, cubre tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura válida. Dado que su cobertura actual es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

Independientemente de si se inscribe o no en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de medicamentos recetados continuará siempre que siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad del Plan de Bienestar SEIU Local 32BJ, Distrito 36 BOLR. Su cobertura actual cubre otros gastos de salud además de los medicamentos recetados y, siempre que siga cumpliendo las normas de elegibilidad del Fondo, seguirá siendo elegible para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados incluso si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare y participa activamente, su cobertura con este plan será primaria y Medicare pagará de forma secundaria una vez que este plan haya pagado sus beneficios.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual del Fondo de Bienestar SEIU 32BJ, Distrito 36 BOLR, solo podrá recuperarla si cumple con los requisitos de elegibilidad e inscripción del Fondo, incluidas las normas de inscripción especiales.

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

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

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual podría aumentar al menos un 1 % de la prima base de Medicare para beneficiarios por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura válida, su prima podría ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima base de Medicare para beneficiarios. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

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

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

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

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

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

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

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalización).

Información importante

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

Fecha	Se proporciona al momento de la contratación y anualmente a partir de entonces.
Nombre de la entidad remitente	Fondo de Bienestar de SEIU 32 BJ, Distrito 36 BOLR
Contacto – Puesto/Oficina	John J. Rongione, Administrador
DIRECCIÓN	1515 Market Street Suite 1020 Filadelfia, PA 19102
Número de teléfono	215-568-3262, Extensión 1400

Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podrían adquirir un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay disponible ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si cumple con los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, así como también lo son a través del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-EBSA (3272).

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

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

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

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados de Medicare y Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

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

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

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

Sus derechos	
Usted tiene derecho a:	• Obtenga una copia de su historial médico y de reclamaciones. • Corrija sus registros de salud y reclamaciones. • Solicitar comunicación confidencial • Pídenos que limitemos la información que compartimos. • Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información • Obtenga una copia de este aviso de privacidad • Elija a alguien para que actúe en su nombre. • Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad.
Tus opciones	
Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos la información. como nosotros:	• Responde a las preguntas sobre cobertura que te hagan tus familiares y amigos. • Proporcionar ayuda en caso de desastre • Promocionar nuestros servicios y vender su información.
Nuestros usos y divulgaciones	
Podemos usar y compartir su información cuando:	• Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe. • Dirigir nuestra organización • Paga tus servicios de salud • Administrar tu plan de salud • Ayudar con cuestiones de salud y seguridad pública. • Investiga • Cumplir con la ley • Responder a la donación de órganos y tejidos solicitudes y trabajar con un médico forense o un director de funeraria • Atender solicitudes relacionadas con compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales. • Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

- En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.
- Obtenga una copia de sus registros médicos y de reclamaciones.
- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico, registros de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones.

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

Solicitar comunicaciones confidenciales

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

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.

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

Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

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

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

Obtenga una copia de este aviso de privacidad.

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

Elige a alguien para que actúe en tu nombre.

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

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

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

Tus opciones

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

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

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

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

• Incluya su información en el directorio del hospital.

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

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

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

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

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

Ayuda a gestionar el tratamiento médico que recibe.

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

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

Dirigir nuestra organización

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

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

Pague sus servicios de salud

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

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

Administra tu plan

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

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

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

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

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública.

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

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

Investiga

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

Consentir con ley

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

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

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

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

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

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

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

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

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/avisopp.html.

Cambios en los términos de este aviso

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

Octubre de 2018

Tyema Sánchez

Responsable de protección de datos

215-568-3262, Extensión 1400

Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA

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

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

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

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

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

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

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

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

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

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

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene alguna pregunta

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

Mantén informado a tu Plan sobre los cambios de dirección.

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

www.seiu36.com

