



www.seiu36.com



Është koha e regjistrimeve të hapura

2026

Udhëzuesi i Përfitimeve

Keni kohë vetëm deri më 19 dhjetor për t'u regjistruar në Përfitimet me Kohë të Plotë të BOLR BMCA për vitin 2026!

(Për pjesëmarrësit me prime të paguara nga punëdhënësi për mbulimin e personave në varësi)

FORMULARËT E HAPUR TË REGJISTRIMIT

Formularët që duhet të plotësoni për regjistrim janë në faqet e ardhshme të këtij udhëzuesi dhe në faqen e Kontakteve dhe Burimeve (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) në faqen tonë të internetit. Formularët në faqe mund të jenë plotësohen në internet. Do t'ju duhet vetëm t'i printoni për t'i nënshkruar dhe pastaj t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.



Mund të përdorni kodin QR më sipër për të shkuar direkt në faqen tonë të internetit. Thjesht hapni aplikacionin e kamerës në telefonin tuaj inteligjent ose tablet dhe zgjidhni kamerën e pasme. Drejtojeni kamerën nga kodi. Duhet të shfaqet një njoftim. Klikoni mbi të dhe do të shkoni në faqen tonë të internetit. Mos harroni të siguroheni që jeni të lidhur me internetin.

Shihni udhëzimet në krye të secilit formular për t'ju ndihmuar të kuptoni se cilët formularë duhet të plotësoni dhe t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.

KUJTESË E RËNDËSISHME: Ju lutemi plotësoni vetëm formularët që ju përkasin.

Dhe sigurohuni që të rishikoni pjesën tjetër të Udhëzuesit për t'ju ndihmojmë me regjistrimin tuaj për mbulim në vitin 2026. Ne e kemi përditësuar Udhëzuesin për ta bërë më të lehtë për t'u përdorur këtë vit.

Pyetje? Kontakttoni Zyrën e Fondit.

Çfarë ka brenda

Përmbledhje e Regjistrimit të Hapur	2
Fakte Bazë	3
Përfitimet Mjekësore	4
Terma të Rëndësishëm.....	5
Shëndeti dhe Mirëqenia (Stil Jetese i ShëndetshëmSM)— Duke punuar për të mbështetur shëndetin tuaj çdo ditë!	6
Përfitimet e Shëndetit të Sjelljes	7
Përmbledhje e Përfitimeve.....	8
Përfitimet e Barnave me Recetë	10
Përfitimet Dentare	11
Përfitimet e Shikimit	13
Sigurimi i Jetës dhe Sigurimi i Vdekjes Aksidentale dhe Shkatërrimit (AD&D)	14
Përfitimet e Personave me Aftësi të Kufizuara	15
Njoftime të Rëndësishme	16

Ky Udhëzues Regjistrimi është i disponueshëm në gjuhën shqipe, kineze, gjermane, italiane, polonisht dhe spanjisht në faqen tonë të internetit. Shkoni te seksioni “Dokumentet dhe Formularët” i faqes “Kontaktet dhe Burimet” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vetëm në anglisht.

Ky udhëzues regjistrimi është i disponueshëm në gjuhën shqipe në faqen tonë të internetit. Shkoni te seksioni “Dokumentet dhe formularët” të faqeve “Kontaktet dhe burimet” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vetëm në anglisht.

yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy"yy"y"
yy(https://www.seiu36.com/contacts-resources/)yyyyyyyyyyyyyy

Dieser Leitfadens zur Einschreibung ist auf unserer Faqja e internetit në deutscher Sprache verfügbar. Gehen Sie zum Abschnitt "Dokumente & Formulare" der Seite "Kontakte & Ressourcen" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Shqip verfügbar sind.

Questa guida all'iscrizione è disponibile in italisht në faqen e internetit. Vai alla sezione “Documenti e moduli” në faqen “Contatti e risorse” (<https://www.seiu36.com/contacts-sources/>). Tieni prezantoni che i moduli sono disponibili solo in anglisht.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji "Dokumenty i formularze" i stronie "Kontakty i zasoby" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Esta Guía de Inscripción es de disponueshme në spanjisht dhe në faqen e internetit. Vaya a la sección "Documentos y formularios" në faqen "Contactos y recursos" (<https://www.seiu36.com/kontaktet-burimet/>). Tenga en cuenta que los formularios solo es de disponueshme në anglisht.

Keni nevojë për një formular?

Shikoni pjesën e përparme të

këtij Udhëzuesi - dhe në faqen tonë

të internetit!

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

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

Formularët në faqe mund

të plotësohen në internet.

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



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

plotësoni. Plotësoni vetëm formularët që ju përkasin.

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

MBANI MEND: Zgjidhni

me kujdes! Pasi të

mbarojë Regjistrimi i

Hapur, nuk do të jeni në

gjendje të ndryshoni

zgjedhjet tuaja deri në

periudhën tjetër të Regjistrimit

të Hapur në vjeshtën e

vitit 2026, për mbulim që

hyn në fuqi më 1 janar

2027, përveç nëse keni një ndryshim të kualifikuar të statusit.

Përmbledhje e Regjistrimit të Hapur

Tetor 2025

Në këtë Udhëzues dhe materialet shoqëruese, do të gjeni informacionin, formularët dhe udhëzimet që ju nevojiten për t'u regjistruar për mbulimin e përfitimeve me kohë të plotë të BOLR BMCA në vitin 2026.

Regjistrimi i Hapur është mundësia juaj vjetore për të rishikuar mbulimin tuaj dhe për të bërë ndryshime në përfitimet që zgjidhni ose në personat në varësi që mbulon. Jashtë Regjistrimit të Hapur, ju lejohet të bëni ndryshime vetëm nëse ato janë rezultat i një ndryshimi të kualifikuar në jetë (një "ngjarje kualifikuese") siç përshkruhet më poshtë. Ju lutemi rishikoni materialet e bashkëngjitura dhe merrni në konsideratë nevojat tuaja dhe të familjes suaj përpara se të merrni vendime për regjistrim. Nëse dëshironi të bëni ndryshime në statusin tuaj të personit në varësi, ktheni formularin e plotësuar të Regjistrimit me Kohë të Plotë BMCA në Zyrën e Fondit jo më vonë se 19 dhjetori 2025.

Nëse dëshironi të mbani të njëjtat opsione përfitimesh dhe mbulim që keni tani, nuk keni nevojë të bëni asgjë.

Pyetje?

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi mos hezitoni të kontaktoni Zyrën e Fondeve të Ndhmës Sociale. Mund të na kontaktoni në (215) 568-3262, Zgjatimi 1400 ose (800) 338-9025, Zgjatimi 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve). Gjithashtu mund të vini në Zyrën e Fondeve të SEIU Local 32 BJ, District 36, që ndodhet në adresën 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, për të folur me një nga përfaqësuesit tanë. Sigurohuni që të na telefononi më parë përpara se të vini.

E RËNDËSISHME: Kujtesë për ndryshimin e statusit

Ju mund të shtoni ose hiqni persona në varësi ose të bëni ndryshime të tjera në mbulimin tuaj të përfitimeve jashtë Regjistrimit të Hapur VETËM nëse përjetoni një ngjarje kualifikuese. Një ngjarje kualifikuese do të thotë që ju ose personi në varësi tuaj përjetoni një ndryshim në jetë që ndikon në administrimin e përfitimeve tuaja. Shembujt përfshijnë martesën, lindjen e fëmijës ose divorcin. Në këto raste, mund t'ju duhet të shtoni ose hiqni persona në varësi nga mbulimi juaj i Fondit.

Për të gjitha ngjarjet kualifikuese, duhet të paraqisni dokumentacionin e ndryshimit të statusit (siç është një certifikatë lindjeje ose martesë). **Zyra e Fondit DUHET ta marrë dokumentacionin brenda 31 ditëve nga ngjarja kualifikuese (90 ditë për lindjen e fëmijës suaj; ose 60 ditë nëse humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për programin e ndihmës për primet e një shteti sipas Medicaid ose CHIP).** Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e Planit tuaj Përmbledhës ose kontaktoni Zyrën e Fondit për më shumë informacion mbi ngjarjet kualifikuese.

Shënim: Nëse keni një ngjarje kualifikuese dhe duhet të plotësoni një formular të ri regjistrimi/përfituesi për të pasqyruar ndryshimin e statusit, ju lutemi kontaktoni Zyrën e Fondit.

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

Fakte Bazë

Kush është i kualifikuar?

Ju kualifikoheni për Planin me Kohë të Plotë BOLR BMCA nëse punoni në një punësim të mbuluar dhe punëdhënësi juaj është i detyruar, nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive, të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse jeni të kualifikuar për të marrë pjesë në Planin me Kohë të Plotë BOLR BMCA, mund të regjistroni edhe personat në varësi të të cilëve u takon përfitime mjekësore, dentare dhe për përfitimet e shikimit. Personat në varësi të të cilëve iu takon përfshijnë:

- Fëmijë nga lindja deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar (nga data e vendosjes në shtëpinë tuaj) deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të vendosur për birësim
- Fëmijë mbi moshën 26 vjeç të paafte për të vazhduar punën për shkak të dëmtimit mendor ose aftësisë së kufizuar fizike

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

Regjistrimi i personave në varësi

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

- **Formulari i Regjistrimit për Personin e Varur** (mos harroni të plotësoni të dyja anët)

- **Statusi i Varësisë nga Dokumenti** —shembuj të dokumentacionit përfshijnë:

- Certifikatë lindjeje e vlefshme shtetërore që emërton të dy prindërit për fëmijët biologjikë ose fëmijët e adoptuar që kanë adoptuar një fëmijë të dytë. nën moshën 26 vjeç
- Dëshmi birësimi për një fëmijë të birësuar ligjërish nën moshën 26 vjeç
- Nëse kërkohet të shtoni fëmijët tuaj nën moshën 26 vjeç si rezultat i një ekzaminimi mjekësor të kualifikuar Urdhri i Mbështetjes për Fëmijë, ju lutemi të paraqisni një kopje të Urdhrit
- Dëshmi e numrit të Sigurimeve Shoqërore
- Nëse keni një fëmijë i cili duhet të mbetet në mbulimin tuaj përtej moshës 26 vjeç deri në Për shkak të ndonjë dëmtimi fizik ose mendor, si rezultat i të cilit ata nuk janë në gjendje të mbështesin veten, Zyra e Fondit kërkon dokumentacion të aftësisë së tyre të kufizuar në mënyrë periodike. Ky informacion duhet të jepet brenda 31 ditëve pas ditëlindjes së 26-të të fëmijës.

Nëse zgjidhni të hiqni një person në varësi nga Plani, duhet të plotësoni formularin e Çregjistrimit dhe të paraqisni në Zyrën e Fondit provë të mbulimit tjetër shëndetësor për atë person në varësi.

Çdo ndryshim që bëni në statusin e personit në varësi duhet të plotësohet dhe të kthehet në Zyrën e Fondit në zarfin e bashkëngjitur me adresën tuaj të vulosur deri më 19 dhjetor 2025. Nëse nuk shtoni ose hiqni një person në varësi gjatë regjistrimit të hapur, duhet të prisni për ta bërë këtë derisa ju ose personi në varësi të përjetoni një ngjarje kualifikuese.

Urdhër i Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë (QMCSO)

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

Përfitimet mjekësore

Kujtesa të rëndësishme:

Përfitimet e përshkruara në këtë Udhëzues hyjnë në fuqi më 1 janar 2026.

Zbritjet, bashkëpagesat, bashkësigurimet dhe maksimumet kombinohen për përfitimet brenda rrjetit dhe jashtë rrjetit, kur është e aplikueshme.

Kur përdorni një ofrues jashtë rrjetit, ju jeni përgjegjës për diferencën midis asaj që ju faturoi ofruesi dhe asaj që pagoi sigurimi juaj.

Kërkesat e para-certifikimit

Disa shërbime duhet të miratohen si të nevojshme nga ana mjekësore përpara se të merrni trajtim. Kjo quhet paraçertifikim. Disa shërbime që kërkojnë paraçertifikim përfshijnë:

• TË GJITHA pranimet jo-urgjente në spital • Kirurgjia zgjedhore për pacientë

të shtruar • Pajisje të zgjedhura

mjekësore të qëndrueshme

• Kujdes shëndetësor në shtëpi

• Kujdes paliativ për pacientët e shtruar

• MRI/MRA

• Skanim CT/CTA

• Skanim PET

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

Mos harroni për kujdesin parandalues

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

Hapi i parë është të caktoni një takim mjekësor vjetor me mjekun tuaj të kujdesit parësor (PCP).

Pyesni se cilat teste dhe kontrolle duhet të bëni. Për shembull, Shoqata Amerikane e Kancerit rekomandon që individët të fillojnë të bëjnë kontrolle për kancerin kolorektal në moshën 45 vjeç.

Testet e rregullta të kolesterolit kontrollojnë për shenja të sëmundjes së arteries koronare. Dhe vizitat vjetore tek gratë mund ta kapin kancerin e gjirit herët.

Kujdesi parandalues është i lehtë dhe i përballueshëm. Shumica e shërbimeve parandaluese mbulohen 100% për sa kohë që vizitoni një ofrues brenda rrjetit. Nëse nuk keni një mjek të përgjithshëm, mund ta gjeni një në internet në www.ibx.com ose mund të kontaktoni Shërbimet për Anëtarët e Independence në (800) 275-2583.

Terma të Rëndësishëm

Maksimumi i bashkëpagesës vjetore—

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

Qendra e Dallimit Blu + —

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

Bashkësigurimi—

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

Bashkëpagesa—

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

Zbritje—

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

Ofruesit e Shërbimeve Brenda Rrjetit—

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

Shpenzime të Nevojshme Mjekësore—

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

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

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

Shtëpia Mjekësore e Përqendruar te Pacienti (PCMH)—

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

Mjek i Kujdesit Parësor (PCP)—

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

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

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

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

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

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

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

Duhet të jeni të regjistruar në planin mjekësor për të qenë i/e kualifikuar për të marrë pjesë në programin Zgjidhje për Stil Jetese të Shëndetshme.

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

Bëhu i shëndetshëm DHE shpërblehu gjithashtu!

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

në 150 dollarë mbrapsht për tarifat e qendrës suaj të fitnesit

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

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

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

Programi i Menaxhimit Shëndetësor për Diabetin me Infermierët Kujdestarë

Nëse keni diabet, mund të keni të drejtë të merrni pjesë në Programin e Menaxhimit Shëndetësor për Diabetin. Programi përqendrohet në ndihmën tuaj për të menaxhuar dhe trajtuar diabetin. Programi është konfidencial dhe vullnetar. Pas regjistrimit, duhet të pranoni ta përfundoni programin për të përfituar të gjitha përfitimet.

Sipas programit mund të merrni:

- Trajnim dhe kontrole telefonike të personalizuar nga infermierja jonë e përkushtuar
- Bashkëpagesa të reduktuara për ilaçet diabetike gjenerike dhe të markave të përdorura për trajtimin e diabetit
- Informacion nga nutricionistët për të mësuar se si të menaxhoni diabetin

Për më shumë informacion, mund të kontaktoni Guardian Nurses në numrin 888-836-0260.

Përfitimet e Shëndetit të Sjelljes

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

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

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

MHC mund të ndihmojë me çështje të tilla

si: • Ankthi/Stresi •

Përdorimi i substancave

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

Përmbledhje e Përfitimeve

PËRFITIMIN	BRENDË RRJETIT/I REFERUAR	JASHTË RRJETIT/ VETËREFERUAR
Zbritje (Vjetore)		
Individ	0 dollarë	250 dollarë
Familja	0 dollarë	500 dollarë
Maksimumi vjetor i paguar nga xhepi		
Individ	6,750 dollarë	6,750 dollarë
Familja	13,500 dollarë	13,500 dollarë
Maksimumi i përgjeshëm	Asnjë	Asnjë
Pacient i Shtruar në Spital 1	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes Deri në 70 ditë për vit kalendarik
Shërbimet e Mjekut të Shtruar në Spital	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Zëvendësimi i gjurit dhe ijes1,2		
Qendra e Dallimit Blu +	100%	Nuk mbulohet
Të gjitha lehtësitë e tjera	70%	Nuk mbulohet
Dhoma e Urgjencës	Për vizitat 1 dhe 2: 100% pas bashkëpagesës prej 100 dollarësh Për vizita 3 ose më shumë: 100% pas bashkëpagesës prej 200 dollarësh I hequr dorë nëse pranohet	Për vizitat 1 dhe 2: 100% pas bashkëpagesës prej 100 dollarësh Për vizita 3 ose më shumë: 100% pas bashkëpagesës prej 200 dollarësh I hequr dorë nëse pranohet
Kujdes urgjent	100% pas bashkëpagesës prej 40 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Qendër Infermierie e Specializuar1	100%	Nuk mbulohet
Deri në 60 ditë në vit		
Zyra e Mjekut PCMH PCP	100% pas bashkëpagesës prej 10 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Klinika Mjekësore, PCP dhe Specialistë Jo-PCMH	100% pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdesi Parandalues për të Rriturit dhe Fëmijët 3	100%	70% e shumës së lejuar, pa zbritje
Ekzaminim rutinë gjinekologjik/Pap test (një në vit)	100%	70% e shumës së lejuar, pa zbritje
Mamografi	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Imunizimet pediatrike	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kirurgjia1 (para-çertifikimi mund të kërkohet për disa operacione ambulatorë)	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Ambulator i Laboratorit/Patologjisë 4	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes

PËRFITIMIN	BRENDA RRJETIT/I REFERUAR	JASHTË RRJETIT/ VETËREFERUAR
Rreze X diagnostikuese ambulatorie/ Radiologji 1,4,5	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdes Shëndetësor në Shtëpi¹ Deri në 200 vizita për vit kalendarik	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Terapi Fizike/Okupacionale^{4,5} Terapia e të folurit Deri në 30 vizita për modalitet, për vit kalendarik	100% pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	Nuk mbulohet
Rehabilitim Kardiak ose Pulmonar Deri në 36 vizita për modalitet, për vit kalendarik	100% pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Pajisje Mjekësore të Qëndrueshme¹ Artikujt e zgjedhur kërkojnë paraprakisht certifikim	100%	Nuk mbulohet
Ambulancë Transporti i Emergjencës Transporti Jo-Emergjent 1	100% 100%	100% e shumës së lejuar, pa zbritje 70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Materniteti Vizita e parë të obstetrika Spital	100% 100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes 70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kiropraktikë (Manipulim Kurrizor) 5 Deri në 10 vizita për vit kalendarik	100% pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Dializë/Rrezatim1 /Kimioterapi	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Këshillim për të Ushqyerit 6 vizita në vit	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Formulat ushqyese dhe Produkte Ushqimore të Ngurta Mjekësore¹ Mund të kërkohej para-certifikim	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Infermieri Private Ambulatoriale 1 Deri në 360 orë për vit kalendarik	90%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Kujdesi paliativ¹ Deri në 210 ditë në jetë	100%	Nuk mbulohet
Shërbimet e Programit të Shëndetit Sjellor dhe Përdorimit të Substancave të Ofruara nga MHC, Inc. Telefononi në (800) 255-3081.		
Pacient i shtruar 6,7	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Vizita ambulatorie jashtë zyrës⁶	100%	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes
Ambulator 6	100% pas bashkëpagesës prej 20 dollarësh	70% e shumës së lejuar, pas zbritjes

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

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

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

4 Duhet të shkosh në vendin e caktuar nga mjeku i përgjithshëm mjekësor që kujdesi të konsiderohet brenda rrjetit.

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

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

7 Kërkohej para-certifikim për këto shërbime. Kontaktoni MHC për më shumë informacion në lidhje me para-certifikimin e shërbimeve që lidhen me Sjelljen. Trajtimi i Shëndetit/Përdorimit të Substancave.

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

Përdorimi i farmacisë me porosi postare CVS Caremark për ilaçe mirëmbajtëse do t'ju kursejë para.

Përfitimet e Barnave me Recetë

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

Kopjet tuaja

Çdo herë që plotësoni një recetë, do të paguani një bashkëpagesë në varësi të klasifikimit të ilaçit. Ekzistojnë tre nivele të barnave me recetë:

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

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

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

Maksimumi juaj vjetor nga xhepi

Ekziston një limit maksimal vjetor për shpenzimet e barnave me recetë. Pasi të arrini maksimumin vjetor të pagesave nga xhepi, Plani paguan 100% të kostove tuaja të barnave me recetë.

Bashkëpagesat tuaja zbatohen për Maksimumin Vjetor të Pagesës nga Xhepi. Shpenzimet e paguara për barnat që nuk mbulohen nga Plani i Barnave me Recetë nuk zbatohen. Ekziston një Maksimum Vjetor i Pagesës nga Xhepi i veçantë për përfitimet mjekësore.

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

ilaç i vetëm: 1,950 dollarë

• Familja: 3,900 dollarë

Çfarë është një Formular?

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

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

Përfitimet dentare

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

Grafiku i Përfitimeve Dentare

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

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

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

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

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

Paracaktoni Përfitimet për Trajtimin Mbi 300 dollarë

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

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

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

Përfitimet e shikimit

Si funksionon Plani

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

- **Kur përdorni një ofrues pjesëmarrës**, merrni përfitimet maksimale sepse Plani paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë.
- **Kur përdorni një ofrues jo-pjesëmarrës**, Plani do t'ju rimbursojë për ekzaminimet, kornizat e syzeve dhe lentet ose lentet e kontaktit. Ju paguani koston e plotë kur merrni shërbime. Pastaj, duhet të paraqisni një kërkesë për t'u rimbursuar për pjesën e koston së Planit.

Çfarë paguan plani

Kur merrni shërbime nga një ofrues pjesëmarrës në NVA, Plani paguan koston e një ekzaminimi të syve një herë në 24 muaj.

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

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

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

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

Plani i Vizionit nuk mbulon:

- Fotografimi i fundusit;
- Trajtim mjekësor ose kirurgjikal i syve;
- Shërbime ose materiale të ofruara si rezultat i Ligjit për Kompensimin e Punëtorëve ose të marra nga ndonjë agjenci ose program qeveritar; ose,
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

Sipas Planit të Vizionit, mund ta përdorni kartën tuaj të identitetit për të marrë shërbime të kujdesit për sytë ose syze. Megjithatë, nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me oferta speciale, siç janë kuponët ose promovimet spe

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

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

Shuma e përfitimit AD&D varet nga lloji i humbjes aksidentale.
Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj ose telefononi Zyrën e Fondit për detaje.

Mund të aplikohen përjashtime dhe kufizime të caktuara.
Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.

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

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

Sigurimi i jetës është hartuar për të ofruar mbrojtje për familjen tuaj, ose për këdo që mbështetet në të ardhurat tuaja, në rast vdekjeje. Sigurimi për Vdekje Aksidentale dhe Gjymtim (AD&D) ju paguan një përfitim nëse pësoni humbje aksidentale të një gjymtyre ose të shikimit, dhe u paguan një përfitim përfituesve tuaj nëse vdisni si rezultat i një aksidenti të mbuluar.

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

Përfitim Vetëm për Punonjësit	
Vdekje, Natyrale	25,000 dollarë
Vdekje, Aksident	25,000 dollarë (përveç sa më sipër)
Përfitimet e copëtimit	Shuma specifike e përcaktuar nga humbja

Mos harroni - Përfituesi juaj

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

Përfitimet Afatshkurtra të Invaliditetit

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

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

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

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

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

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

Për më shumë informacion në lidhje me përfitimet afatshkurtra të paaftësisë, shihni Përshkrimin e Përmbledhur të Planit tuaj ose telefononi Zyrën e Fondit në 215-568-3262 ose 800-338-9025 jashtë zonës lokale të telefonimit.

* Nëse punëdhënësi juaj kërkohet të japë një kontribut shtesë për përfitimet afatshkurtra të paaftësisë.

Ju lutemi vini re: Disa punëdhënës mund të jenë ende nën pagesën fikse të përfitimit, bazuar në kërkesat e kontratës së tyre. Nëse keni të drejtë për përfitimin javor fiks për punonjësit me kohë të plotë që punojnë 40 ose më shumë orë në javë, tarifa do të jetë 210 dollarë në javë. Për punonjësit me kohë të plotë që punojnë midis 30 dhe 39 orësh në javë, tarifa do të jetë 175 dollarë në javë.

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

"Mjek i kualifikuar ligjërësht" përfshin Doktor të Mjekësisë (MD), Doktor të Osteopatisë (DO), Doktor të Kirurgjisë Stomatologjike (DDS), Doktor të Mjekësisë Stomatologjike (DMD) ose Doktor të Mjekësisë Podiatrike.

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

Njoftime të Rëndësishme

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

Të Drejtat e Regjistrimit Special të HIPAA-s

Nëse refuzoni regjistrimin në planin e sigurimit shëndetësor për veten ose personat në varësi të tyre (përfshirë bashkëshortin/en tuaj) për shkak të mbulimit tjetër të sigurimit shëndetësor, në të ardhmen mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose personat në varësi të tyre në këtë plan, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas përfundimit të mbulimit tuaj tjetër dhe të paraqisni dokumentacion mbështetës. Përveç kësaj, nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i martesës, birësimit ose vendosjes për birësim, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të tyre në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas martesës, birësimit ose vendosjes për birësim. Nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i lindjes, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të tyre në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 90 ditëve pas lindjes.

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

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

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

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

KOBRA

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

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

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

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

Ju dhe personat në varësi të jush në përgjithësi mund të zgjidhni të vazhdoni mbulimin në çdo kohë brenda 60 ditëve të para pas përfundimit të mbulimit ose 60 ditëve nga data e marrjes së njoftimit, cilado që të jetë më vonë. Mbulimi i vazhdueshëm hyn në fuqi në ditën e parë të muajit pas datës së ngjarjes që shkaktoi përfundimin e mbulimit, për sa kohë që paguani primin e nevojshëm. Ju mund të vazhdoni mbulimin që ishte në fuqi vetëm një ditë para ngjarjes. Megjithatë, ju mund të bëni ndryshime në zgjedhjet tuaja çdo vit gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur.

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

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

Akti për Mbrojtjen e Shëndetit të të Porsalindurve dhe Nënave

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

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

Akti i Shëndetit të Grave dhe të Drejtave kundër Kancerit

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

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

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

Kujtesë për Njoftimin e Privatësisë të HIPAA-s

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

Mbulimi juaj i barnave me recetë dhe Medicare

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

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

1. Mbulimi i barnave me recetë nga Medicare u bë i disponueshëm në vitin 2006 për të gjithë ata me Medicare. Mund ta merrni këtë mbulim nëse bashkoheni me një Plan Medicare për Barna me Recetë ose bashkoheni me një Plan Medicare Advantage (si një HMO ose PPO) që ofron mbulim për barna me recetë. Të gjitha planet e Medicare për barna me recetë ofrojnë të paktën një nivel standard mbulimi të përcaktuar nga Medicare. Disa plane mund të ofrojnë gjithashtu më shumë mbulim për një prim më të lartë mujor.

2. Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 ka përcaktuar që

Mbulimi për ilaçet me recetë i ofruar nga SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 BOLR, Plan i Mirëqenies, mesatarisht për të gjithë pjesëmarrësit në plan, pritet të paguajë aq sa paguan mbulimi standard i ilaçeve me recetë nga Medicare dhe për këtë arsye konsiderohet Mbulim i Kredituashëm. Meqenëse mbulimi juaj ekzistues është të paktën po aq i mirë sa mbulimi standard i ilaçeve me recetë nga Medicare, ju mund ta mbani këtë mbulim dhe të mos paguani një prim më të lartë (një penalitet) nëse më vonë vendosni të bashkoheni me një plan ilaçesh të Medicare.

Kur mund të bashkoheni me një plan barnash Medicare?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kontakttoni personin e listuar më poshtë për më shumë informacion.

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

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

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

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

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

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

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

Informacion i rëndësishëm

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

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

Medicaid dhe Programi i Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

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

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

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

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

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

Lista e mëposhtme e shteteve është aktuale që nga 31 korriku 2025. Kontaktoni shtetin tuaj për më shumë informacion mbi të drejtën për pjesëmarrje.

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

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

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

866-444-EBSA (3272)

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

www.seiu36.com



Tetor 2025

Union Bug