



www.seiu36.com



¡Ha llegado el momento de la inscripción abierta!

2026
Guía de beneficios

¡Solo tienes hasta el 19 de diciembre para inscribirte en los beneficios a tiempo parcial de BOLR BMCA para 2026!

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Los formularios que debe completar para la inscripción se encuentran en las siguientes páginas de esta guía y en la página de Contactos y Recursos (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) de nuestro sitio web. Los formularios del sitio pueden ser

Los formularios se completan en línea. Solo tendrá que imprimirlos para firmarlos y luego enviarlos por correo a la Oficina del Fondo.



Puedes usar el código QR de arriba para ir directamente a nuestro sitio web. Solo abre la aplicación de la cámara en tu teléfono o tableta y selecciona la cámara trasera. Apunta la cámara al código. Debería aparecer una notificación. Haz clic en ella y accederás a nuestro sitio web. Recuerda asegurarte de tener conexión a internet.

Consulte las instrucciones que aparecen en la parte superior de cada formulario para saber qué formularios debe completar y enviar por correo a la Oficina del Fondo.

RECORDATORIO IMPORTANTE: Por favor, complete únicamente los formularios que le correspondan.

Y asegúrese de revisar el resto de la Guía para

Le ayudaremos con su inscripción para la cobertura en 2026.

Hemos actualizado la Guía para que sea más fácil de usar este año.

¿Preguntas? Comuníquese con la Oficina del Fondo.

¿Qué hay dentro?

Información general sobre el período de inscripción abierta	2
Datos básicos.....	3
Beneficios dentales.....	4
Beneficios para la visión	5
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	6
Prestaciones por discapacidad	7
Avisos importantes.....	8

Esta guía de inscripción está disponible en albanés, chino, alemán, italiano, polaco y español en nuestro sitio web. Diríjase a la sección «Documentos y formularios» de la página «Contactos y recursos» (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tenga en cuenta que los formularios solo están disponibles en inglés.

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

(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)

Esta información sobre la edición está en un sitio web en alemán 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 Englisch verfügbar sind.

Esta guía de inscripción está disponible en italiano en nuestro sitio web. Vai alla sezione "Documenti e moduli" de la página "Contatti e risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tieni presente che i moduli sono disponibili solo in inglese.

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

Esta Guía de Inscripción está disponible en español en nuestro sitio web. Vaya a la sección "Documentos y formularios" de la página "Contactos y recursos" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tenga en cuenta que los formularios solo están disponibles en inglés.

¿Necesitas un formulario?

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

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

página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Puede

completarlos en línea. Solo tendrá
que imprimirlos, firmarlos y
enviarlos por correo a la Oficina
del Fondo.



Cada formulario le 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.

RECUERDA: Elige

¡Tenga cuidado! Una vez
finalizado el período de
inscripción abierta, no podrá
cambiar sus elecciones hasta
el próximo período de
inscripción abierta en el otoño de
2026, para una cobertura
que entrará en vigor el 1 de
enero de 2027, a menos
que tenga un cambio de estado que lo califique.

Resumen del período de inscripción abierta

Octubre de 2025

En esta guía y los materiales adjuntos, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios a tiempo parcial de BOLR BMCA en 2026.

El período de inscripción abierta es su oportunidad anual para revisar su cobertura y modificar los beneficios que elige o los dependientes que cubre. Fuera de este período, solo podrá realizar cambios si estos se deben a un cambio de vida que lo justifique (un "evento calificado"), como se describe a continuación. Revise la información adjunta y considere sus necesidades y las de su familia antes de tomar decisiones sobre la inscripción. Si desea modificar el estado de sus dependientes, envíe el formulario de inscripción a tiempo parcial de BMCA completo a la Oficina del Fondo a más tardar el 19 de diciembre de 2025.

Si desea mantener las mismas opciones de beneficios y cobertura que tiene actualmente, no necesita hacer nada.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina de Fondos de Beneficios. Puede comunicarse con nosotros al (215) 568-3262, extensión 1400 o al (800) 338-9025, extensión 1400 (fuera del área de llamadas locales). También puede visitar la oficina del Fondo del Distrito 36 de SEIU Local 32 BJ, ubicada en 1515 Market Street, Suite 1020, Filadelfia, PA 19102, para hablar con uno de nuestros representantes. Asegúrese de llamarnos antes de venir.

IMPORTANTE: Recordatorio de cambio de estado

Solo podrá agregar o eliminar dependientes o realizar cualquier otro cambio en su cobertura de beneficios fuera del período de inscripción abierta si ocurre un evento calificado. Un evento calificado significa que usted o su dependiente experimentan un cambio en su vida que afecta la administración de sus beneficios. Algunos ejemplos son contraer matrimonio, tener un hijo o divorciarse. En estos casos, es posible que deba agregar o eliminar dependientes de la cobertura de su Fondo.

Para todos los eventos que dan derecho a la ayuda, debe proporcionar documentación que acredite el cambio de estado (como un certificado de nacimiento o matrimonio). La Oficina del Fondo DEBE recibir la documentación dentro de los 31 días posteriores al evento (90 días para el nacimiento de su hijo; 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 pasa a ser elegible para un programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP). Consulte la Descripción Resumida de su Plan o comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener más información sobre los eventos que dan derecho a la ayuda.

Nota: Si tiene un evento que lo califica y necesita completar un nuevo formulario de censo/beneficiario para reflejar el cambio de estado, comuníquese con la Oficina del Fondo.

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 mantener el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios indefinidamente, 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 por el Plan constituyen un contrato de trabajo. Lea atentamente estos documentos y guarde esta información importante junto con sus demás documentos de beneficios para futuras consultas.

Datos básicos

¿Quiénes pueden participar?

Usted es elegible para el Plan de Medio Tiempo BOLR BMCA si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado, a través de un convenio colectivo, a realizar contribuciones en su nombre al Fondo.

Si reúne los requisitos para participar en el Plan de Medio Tiempo de BOLR BMCA, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para los beneficios dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

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

Cualquier niño al que usted asuma manutención de forma gratuita 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 ambas caras)
- Estado dependiente del documento : algunos ejemplos de documentación incluyen:
 - Certificado de nacimiento estatal válido que incluya los nombres de ambos padres, ya sean hijos biológicos o hijastros. menores de 26 años
 - Prueba de adopción para un niño legalmente adoptado menor de 26 años
 - Si, como resultado de una Orden de Manutención Infantil por Motivos Médicos Calificados, se le exige incluir a sus hijos menores de 26 años, proporcione una copia de la Orden.
 - Comprobante del número de Seguro Social

Si tiene un hijo que, debido a una discapacidad física o mental que le impide mantenerse por sí mismo, debe permanecer cubierto por su seguro después de los 26 años, la Oficina del Fondo requiere documentación que acredite dicha discapacidad periódicamente. Esta información debe entregarse a la Oficina del Fondo dentro de los 31 días posteriores al 26.º cumpleaños del hijo.

Si decide excluir a un dependiente del Plan, deberá completar el formulario de exclusión voluntaria y presentar a la Oficina del Fondo un comprobante de otra cobertura para dicho dependiente.

Cualquier cambio que realice en el estado de sus dependientes debe completarse y devolverse a la Oficina del Fondo en el sobre prefranqueado y con su dirección incluido antes del 19 de diciembre de 2025. Si no agrega o elimina un dependiente durante el período de inscripción abierta, deberá esperar para hacerlo hasta que usted o su dependiente experimenten un evento que lo califique.

Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO)

Si está obligado a proporcionar manutención infantil y cobertura médica conforme a una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación sobre 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 para la administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Beneficios dentales

La atención 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 diagnóstico y atención preventiva.

Tabla de beneficios dentales

Deducible	En la red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual ¹	\$3,000 por persona, por año	\$3,000 por persona, por año
Preventivo y Atención diagnóstica - Examen bucal, limpieza, Radiografías de aleta de mordida (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses - Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites) - Sellantes o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)	100%	100% (cantidad permitida)
Restaurativa básica Empastes	100%	100% (cantidad permitida)
Restauración mayor - Reparación de coronas existentes - Incrustaciones, onlays, coronas, restauraciones coladas - Puentes y prótesis dentales	100%	100% (cantidad permitida)
Ortodoncia (Solo para niños, sujeto a un límite máximo vitalicio de \$4,500, excepto en casos de ortodoncia médicamente apropiada)	100% límite máximo de por vida de \$1,000	100% (cantidad permitida)

1. El límite máximo anual para servicios dentales es un límite combinado para la atención dentro y fuera de la red. Según las directrices de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), la atención dental pediátrica no está sujeta a los límites máximos anuales.

Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

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

Por favor, revise la Descripción Resumida de su Plan para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales.

Beneficios de la visión

Cómo funciona el plan

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

- Cuando utiliza un proveedor participante, recibe los máximos beneficios porque el Plan paga el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina.

Cuando utilice un proveedor que no participe en la red, el Plan le reembolsará los exámenes, las monturas de gafas y los lentes o lentes de contacto. Usted paga el costo total al recibir los servicios. Posteriormente, deberá 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 paga el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses.

El Plan también paga un nuevo par de lentes y monturas o lentes de contacto, hasta \$120 cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

Cuando reciba servicios de un proveedor de servicios de visión no participante, el Plan pagará hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

El Plan también paga hasta \$60 por lentes y hasta \$60 por armazones, o hasta \$120 por 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 de 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 o obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o,
- Gafas de sol normales o graduadas.

Con el Plan de Visión, puede usar su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta en combinación con ofertas especiales, como cupones o promo

Este beneficio de seguro de vida generalmente solo se paga si usted fallece mientras se encuentra trabajando activamente bajo la cobertura del seguro.

Cualquier prestación por muerte accidental y desmembramiento (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 del beneficio por muerte accidental y desmembramiento depende del tipo de pérdida accidental. Consulte la descripción resumida de su plan o llame a la oficina del fondo para obtener más detalles.

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

Seguros de vida y muerte accidental y Seguro de desmembramiento (AD&D)

Hoy en día, el seguro de vida es más que un beneficio que brinda tranquilidad; es una de las necesidades básicas de la vida.

El seguro de vida está diseñado para proteger a tu familia, o a cualquier persona que dependa de tus ingresos, en caso de fallecimiento. El seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) te otorga una indemnización si sufres la pérdida accidental de una extremidad o la vista, y una indemnización a tus beneficiarios si falleces como resultado de un accidente cubierto.

Los dependientes no son elegibles para la cobertura de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento.

Beneficio exclusivo para empleados	
Muerte, natural	\$25,000
Muerte, Accidente	\$25,000 (además de lo anterior)
Prestaciones por desmembramiento	Cantidad específica determinada por la pérdida

No lo olvides: tu beneficiario

Para garantizar que los beneficios se paguen a la persona que usted designe, debe nombrar a su beneficiario y mantener actualizada la información sobre sus beneficiarios a medida que cambien sus circunstancias. Si recientemente cumple con los requisitos o si hay cambios en la situación de sus dependientes, complete el formulario de Censo Demográfico/Información del Beneficiario. Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita un nuevo formulario. 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 suplementario si queda incapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

El tiempo específico de prestación por incapacidad temporal se determina según el diagnóstico y las directrices establecidas. Sin embargo, ninguna prestación por incapacidad temporal puede exceder el máximo de 26 semanas. Para que se consideren las prestaciones por incapacidad temporal, debe completar el formulario de solicitud y presentar un certificado médico que acredite su incapacidad para desempeñar sus funciones laborales habituales. Nota: Los proveedores de MHC también pueden certificar la incapacidad.

Si reúne los requisitos, recibirá una prestación semanal equivalente a un porcentaje de su salario habitual, hasta un máximo semanal, mientras esté incapacitado y permanezca bajo el cuidado regular directo 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 incapacidad temporal comienza el cuarto día hábil posterior a su visita al médico como consecuencia de 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 de baja laboral por una incapacidad continua que supera el mes, deberá presentar los formularios de continuación (formularios azules) periódicamente, generalmente una vez al mes. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos y fechas límite. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario. Solo se le acreditará la elegibilidad mientras reciba las prestaciones por incapacidad temporal.

Para obtener más información sobre los beneficios por discapacidad a corto plazo, consulte la Descripción resumida de su plan o llame a la Oficina del Fondo al 215-568-3262 o al 800-338-9025 fuera del área de llamadas locales.

* Si su empleador está obligado a realizar una contribución adicional para las prestaciones por incapacidad a corto plazo.

Tenga en cuenta: Algunos empleadores aún podrían estar sujetos al subsidio de prestación de tarifa fija, según los requisitos de su contrato. Si usted cumple con los requisitos para el subsidio semanal de tarifa fija para empleados a tiempo parcial que trabajan menos de 30 horas semanales, la tarifa será de \$130 por semana.

"Médico legalmente calificado" incluye a los Doctores en Medicina (MD), Doctores en Osteopatía (DO), Doctores en Cirugía Dental (DDS), Doctores en Medicina Dental (DMD) o Doctores en Medicina Podiátrica (DPM).

Toda solicitud de prestación por 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 enviarlas a la Oficina del Fondo.

Avisos importantes

El Fondo de Bienestar del Distrito 36 BOLR del Sindicato SEIU Local 32 BJ (en adelante, "el Fondo") tiene la obligación de proporcionarle los siguientes avisos importantes. Por favor, revíselos cuidadosamente para que comprenda sus derechos y responsabilidades.

Derechos especiales de inscripción según HIPAA

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) rechazan la inscripción en el plan de seguro médico debido a que cuentan con otra cobertura, es posible que en el futuro puedan inscribirse, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y presenten la documentación que lo acredite. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o acogimiento en proceso de adopción, es posible que puedan inscribirse, junto con sus dependientes, en el plan de seguro médico, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, la adopción o el acogimiento en proceso de adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un nacimiento, es posible que puedan inscribirse, junto con sus dependientes, en el plan de seguro médico, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento.

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

- Pierde 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 el 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 en los requisitos de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta prórroga de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debidas a cambios en los requisitos de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Los documentos 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 documentos de inscripción y presentar la documentación que acredite la condición de dependiente dentro del plazo establecido (por ejemplo, si necesita tiempo adicional para obtener el acta de nacimiento de un recién nacido), el plazo podría extenderse.

COBRA

Según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria 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
- Se te reducen las horas de trabajo.

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

- Mueres,
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente,
- Usted cumple los requisitos para Medicare, o
- Sus dependientes ya no son elegibles para la cobertura del plan médico.

Por lo general, usted y sus dependientes pueden optar por continuar con la cobertura en cualquier momento dentro de los primeros 60 días posteriores a su finalización o 60 días a partir de la fecha de recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde. La cobertura continua entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que causó su finalización, siempre que pague la prima correspondiente. Solo puede continuar con la cobertura que estaba vigente un día antes del evento. Sin embargo, puede modificar sus opciones cada año durante el período anual 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 una elección oportuna y efectuar pagos mensuales de primas.

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

En general, la ley federal no permite que los planes de salud grupales y las aseguradoras restrinjan la cobertura de la hospitalización relacionada con el parto a menos de 48 horas tras un parto vaginal o a menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico tratante, tras consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de 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 coaseguro que son consistentes con las establecidas para otras prestaciones del plan.

Recordatorio del aviso de privacidad HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exigen que el Plan de Bienestar del Distrito 36 BOLR de SEIU Local 32 BJ (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 médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo el Plan puede usar y divulgar la PHI. 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 locales).

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

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

Si usted o sus hijos reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP y tienen cobertura médica a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarles a costear la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP, no podrán acceder a 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 un estado que aparece en la lista a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible 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 podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si reúne 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 reúnen los requisitos para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, además de los requisitos de su plan de seguro médico a través de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine su elegibilidad para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de seguro médico 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 julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos.

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 con 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 CHIP	609-631-2392
Sitio web de CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono con 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 con 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 con chip	855-642-8572 (TTY 711)

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

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
 Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios 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

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

www.seiu36.com



Octubre de 2025

Union Bug