



www.seiu36.com



现在是开放报名时间!

2025

福利指南

您只能在 12 月 2 日之前注册 2025 年
36Phlex 福利!

里面有什么

开放注册概述.....	2
基本事实.....	3
您的医疗计划选项.....	4
健康与幸福（健康生活方式SM） 每天努力维护您的健康！	6
行为健康福利.....	7
高选择计划福利概览.....	8
基本计划福利概览.....	9
重要术语.....	10
处方药福利.....	11
视力益处.....	14
人寿保险和意外死亡及伤残（AD&D）保 险.....	16
残疾福利.....	17
报销账户.....	18
重要通知.....	20

需要表格吗？
请查看本指南的封面 – 以及我们的网站！

您需要填写的注册表格位于本指南的前几页以及联系信息和资源

页面 (<https://www.seiu36.com>)

在我们的网站上,您可以访问以下网站获取更多信息:[com/contacts-resources/](https://www.seiu36.com/contacts-resources/)。网站上的表格可以

在线填写。您只需将其打印出来签名,然后邮寄到基金办公室即可。



每份表格都会告诉您填写表格的条件。只需填写适用于您的表格。撕下每份填写的表格的穿孔边,然后

使用本指南中附带的回邮信封邮寄至基金办公室。

36Phlex Phact!

请记住:请谨慎选择!一旦开

放注册结束,您将无法更改您的选择,直到 2025 年秋季的下一个开放注册期,保险将于 2026 年 1 月 1 日生效,除非您有合格的状态变更。

开放注册概述

2024 年 10 月

在本指南及其随附材料中,您将找到 2025 年注册 36Phlex 计划福利保障所需的信息、表格和说明。

开放注册是您每年一次的机会,可以审查您的保险范围并更改您选择的福利或您承保的家属。在开放注册之外,您只能在以下所述的合格生活变化(“合格事件”)导致的情况下进行更改。在做出注册决定之前,请查看随附的材料并考虑您和您家人的需求。如果您想更改您的福利范围或家属身份,请在 2024 年 12 月 2 日之前将填写妥的 Phlex 注册表格交回基金办公室。

如果您希望保留现有的福利选项和保障范围,则无需执行任何操作。

问题?

如果您有任何疑问,请随时联系福利基金办公室。

您可以拨打 (215) 568-3262,分机 1400 或 (800) 338-9025,分机 1400 (本地通话区外)联系我们。您也可以前往位于 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 的 SEIU Local 32 BJ,第 36 区基金办公室与我们的代表交谈。请务必在前来之前先致电我们。

重要提示:状态变更提醒

如果您遇到符合条件的事件,您只能在开放注册之外添加或删除家属或对您的福利覆盖范围进行任何其他更改。符合条件的事件意味着您或您的家属经历了影响您福利管理的生活变化。例如结婚、生孩子或离婚。在这些情况下,您可能需要在您的基金覆盖范围内添加或删除家属。

对于所有符合条件的事件,您必须提供身份变更证明(例如出生或结婚证)。基金办公室必须在符合条件的事件发生后 31 天内收到文件(对于您孩子出生,则为 90 天)。请查看您的计划概要说明或联系基金办公室,了解有关符合条件的更多信息

事件。

注意:如果您发生符合条件的事件并需要填写新的人口普查/受益人表格以反映状态变化,请联系基金办公室。

本文件和您的注册包中的材料简要描述了您的 SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR 福利基金福利以及将于 2025 年 1 月 1 日生效的变更。这些材料补充了您的计划福利的其他描述。这些文件和随附材料中描述的变更自 2025 年 1 月 1 日起生效。基金希望无限期地继续实施这些文件中提到的以及您的福利手册中描述的计划和福利,但保留随时以任何理由全部或部分修改、中止或终止计划的权利。收到此注册包或注册计划提供的任何福利均不构成雇佣合同。请仔细阅读这些文件,并将这些重要信息与您的其他福利材料一起保存以供将来参考。

基本事实

谁有资格？

如果您从事受保工作,且您的雇主需要通过集体谈判协议代表您向基金缴纳费用,则您有资格参加 36Phlex 计划。

如果您有资格参加 36Phlex 计划,您还可以为符合条件的家属登记医疗、牙科和视力福利。您的符合条件的家属包括:

- 您的合法配偶 (包括同性配偶)
- 出生至 26 岁的儿童
- 26 岁以下的继子女
- 领养子女 (自安置到您家之日起)至 26 岁
- 待领养的儿童
- 26 岁以上因智力障碍或身体残疾而无法维持就业的儿童

任何您无偿承担抚养费的孩子都不会被视为受抚养人。

为家属办理入籍

您必须填写并提交以下信息才能将您的家属加入该计划:

- 受抚养人入学表格 (记得填写两面)
- 文件依赖状态 文件示例包括:
 - 配偶的有效州结婚证
 - 有效的州出生证明,注明亲生子女或继子女的父母双方姓名
26岁以下
 - 26岁以下合法收养子女的收养证明
 - 如果根据合格医疗子女抚养令,需要添加 26 岁以下的子女,请提供该命令的副本
 - 社会安全号码证明
 - 如果您的孩子因身体或精神障碍无法自食其力,在 26 岁以后仍需继续享受您的保险,则基金办公室会要求您定期提供其残疾证明。您必须在孩子 26 岁生日后的 31 天内提供此信息。

如果您选择将受抚养人从计划中移除,则必须填写退出表格并向基金办公室提交该受抚养人的其他健康保险证明。

您对受抚养人身份所做的任何更改都必须在 2024 年 12 月 2 日之前完成并通过随附的写有地址并贴有邮票的信封寄回基金办公室。如果您在开放注册期间没有添加或删除受抚养人,则必须等到您或您的受抚养人经历符合条件的事件后才能这样做。

合格医疗子女抚养令 (QMCSO)

如果您根据合格医疗子女抚养令 (QMCSO) 被要求提供子女抚养费和医疗保险,请联系基金办公室了解所需信息的说明。QMCSO 是法院签发的任何判决、法令或命令,要求您为孩子提供医疗保险。有关 QMCSO 管理程序的更多信息,请联系基金办公室。

您的医疗计划选项

您可以选择两种医疗计划和一种退出选项。虽然两种医疗计划都提供医疗必需护理的保障,但它们的运作方式却大不相同。在决定哪种方案最适合您和您的家属之前,了解每种方案非常重要。

要获得任何一项计划的承保,您接受的医疗服务或用品必须是医疗上必要、适当且符合条件的。但是,有些服务和用品根本不在承保范围内,而其他服务的福利则有限。查看您的计划摘要说明,了解有关承保和不承保内容的更多详细信息。

您的医疗计划选择

- 高选择计划 这是一项直接服务点 (DPOS) 计划。如果您选择高选择计划,您将拥有较少的 PhlexPoints 来用于其他福利。
- 基本计划 这是一项健康维护组织 (HMO) 计划。如果您选择成本较低的基本计划,基金将通过额外的 PhlexPoints 将节省的资金转嫁给您,您可以用这些资金购买其他福利。
- 选择退出 如果您通过其他雇主或配偶获得其他医疗保险,您可以选择退出基金的医疗计划,并将您的 PhlexPoints 用于其他福利。如果您选择退出,则需要填写其他保险证明表。只要您希望放弃保险,您就需要每年向基金提供此信息。此选项提供最多的 PhlexPoints。

不要忘记预防保健

定期检查、测试和筛查很重要。预防性护理可以预防癌症、糖尿病和心脏病等慢性疾病和感染,防止它们发展为严重的健康问题。早期发现可以增加您康复的机会。

第一步是与您的初级保健医生 (PCP) 预约年度体检。
询问您需要进行哪些检查和筛查。例如,美国癌症协会建议个人从 45 岁开始接受结肠直肠癌筛查。

定期胆固醇检测可以检查冠状动脉疾病的迹象。每年一次的女性健康检查可以早期发现乳腺癌。

预防性护理既简单又实惠。只要您就诊于网络内的医疗服务提供者,大多数预防性服务都可以 100% 报销。

如果您没有初级保健提供者 (PCP),您可以访问www.ibx.com在线寻找,或者拨打 (800) 275-2583 联系独立会员服务部。

36Phlex Phact!

这两种医疗计划都要求您选择初级保健医生,并且您必须获得某些服务的转诊。您可能还需要从 PCP 指定站点接受某些服务,以便获得承保。

如果您不选择 PCP,计划福利可能会受到限制甚至根本不支付。

如果您更改医疗计划,请确认您的医生正在接受新患者并且是参与的初级保健医生。

高选择计划与基本计划之间的主要区别

下表总结了两种医疗计划之间的主要区别。请阅读本指南的其余部分,了解每种计划的详细说明。

高选择计划	基本计划
您必须在注册时选择一名 PCP	
您可以自行选择医生和医院。留在网络内可减少您的自付费用。	您的 PCP 必须为您提供护理或将您转介给 HMO 专家
自付额适用于网络外/ 仅限自我推荐护理服务;您的年度免赔额为每人 250 美元,每个家庭 500 美元	无免赔额
大多数服务在网络内 100% 承保,无免赔额	大多数服务覆盖率达 100%
网络内住院医院服务 100% 承保,无自付额	住院服务费用 100% 报销,每日共付额为 100 美元 (最高共付额:每次入院 500 美元)
Blue Distinction Center + 的膝关节和腕关节置换手术承保 100%;其他网络设施的服务承保 70%; 网络外不承保	Blue Distinction Center + 的膝关节和腕关节置换手术承保 100%;其他网络设施的服务承保 70%; 网络外不承保
您需要为 PCMH 医生的就诊支付 10 美元的共付款,为非 PCMH 医生的诊所就诊支付 20 美元的共付款	您支付 15 美元的共付款即可享受 PCMH 医生的诊疗服务,支付 30 美元的共付款即可享受非 PCMH 医生的诊疗服务 (包括 PCP),支付 40 美元的共付款即可享受专科医生的诊疗服务
对于由网络外提供商提供的服务,该计划在扣除免赔额后支付大多数符合条件的费用的 70%	无网络外福利
每年自付费用最高限额为每人 6,750 美元、每个家庭 13,500 美元。	每年自付费用最高限额为每人 6,750 美元、每个家庭 13,500 美元。

健康与幸福（健康生活方式SM） 每天努力维护您的健康！

大多数人往往只在生病时或每年体检时才会考虑自己的健康和医疗福利。事实上，你应该每天都考虑自己的健康和医疗福利。

原因如下。您每天所做的选择（选择吃的食物、系安全带、按医生指示服药）可能会对您的健康产生重大影响，无论是积极影响还是消极影响。当您采取积极措施改善健康状况并增加保持健康的机会时，独立健康生活方式解决方案计划可以为您提供支持和指导。

健康生活方式解决方案计划旨在让您保持健康，从奖励您做出的明智生活方式选择到提供个性化解决方案。最重要的是，这些计划对您和您的符合条件的家属免费。

您必须加入 36Phlex 医疗计划之一才有资格参与健康生活方式解决方案计划。

如需了解更多信息或报名参加“健康生活方式解决方案”计划下的任何项目，请在周一至周五上午 8 点至下午 6 点（美国东部时间）拨打 800-ASK-BLUE，然后按照“健康生活方式解决方案”计划的提示操作。您还可以访问 www.ibxpress.com 或下载 IBX 移动应用程序在线查找计划信息。

获得健康并获得奖励！

每天迈出一小步，就能获得奖励，这些小步可以为您的健康带来巨大的变化。健康生活方式解决方案报销为您提供：

- 健身中心费用最高可返还 150 美元

- 经批准的体重管理计划可返还 150 美元
- 参加戒烟计划可获 150 美元返还

我们的报销计划让您轻松赚回健康生活的钱。无需注册。在经批准的机构完成 120 次就诊后，您即符合资格要求。只需提交您的文件即可快速安全地申请报销。

注意：这些计划由 Independence Blue Cross 管理。您在申请报销时必须拥有 Independence 的保险。

健康管理护士可以回答您的健康相关问题

我们理解您的时间非常宝贵，因此，保持健康并管理糖尿病、哮喘和心脏病等慢性疾病会变得更加困难。因此，SEIU Local 32BJ 第 36 区福利基金办公室配备了一名健康管理护士，她可以提供指导并帮助您积极管理自己的病情。

护士的职责是：

- 回答您的问题
- 检查慢性疾病的体征和症状
- 帮助您准备要问医生的问题
- 向您发送有用的信息

36Phlex Phact!

您必须加入“健康生活方式解决方案”计划才有资格。适用特殊限制和准则。“健康生活方式解决方案”计划由 Independence Blue Cross 管理，计划详情可能随时更改。请致电、访问 www.ibxpress.com 或下载 IBX 移动应用程序以获取有关“健康生活方式解决方案”计划的最新信息。

36Phlex Phact!

您必须选择 Independence 的医疗保险才有资格获得报销。

护士将一对一与您讨论您关心的医疗问题,目标是帮助您尽可能保持健康。所有对话均完全保密。

联系福利基金办公室,与 Judy 护士聊天。10 分钟的对话可以让你走上改善健康和整体更健康生活的道路。

护士可在周一至周五上午 9 点至下午 4:30 期间联系,电话号码为 215-568-2345 或 800-338-9025,分机 1401 (呼叫区外)。

糖尿病健康管理计划

如果您患有糖尿病,您可能有资格参加糖尿病健康管理计划。该计划的重点是帮助您管理和治疗糖尿病。

该计划是保密且自愿的。报名后,您必须同意完成该计划才能获得全部福利。

根据该计划您可以获得:

- 我们专职护士提供个性化电话指导和检查
- 降低用于治疗糖尿病的仿制药和品牌糖尿病药物的自付费用
- 来自营养学家的信息,了解如何管理糖尿病

行为健康益处

您的行为健康福利由 MHC 承保,并不属于您的 Independence Blue Cross 医疗计划的医疗福利的一部分。

MHC 致力于为您和您的家人提供支持,帮助他们摆脱药物滥用的困扰,或解决情绪或心理健康问题。MHC 经验丰富的专业人士将为您提供最好的护理和关注。如需了解有关您可获得的行为健康福利和服务的更多信息,请拨打 800-255-3081 或访问其网站 www.mhconsultants.com。

如果您需要接受行为健康提供者的治疗,请出示您的 MHC 卡。请直接拨打 800-255-3081 联系 MHC,与 MHC 病例经理交谈。

MHC 可以帮助解决以下问题: · 焦虑/

压力

- 药物滥用
- 沮丧
- 创伤后应激障碍
- 悲伤
- 家庭问题
- 还有更多。

高选择计划福利概览

此图表可让您快速了解高级选项医疗计划。请参阅您的计划概要说明,了解有关高级选项计划福利的完整信息。

益处	网络内/转介	网络外/自我推荐
年度免赔额	不适用	250 美元/人;500 美元/家庭
年度最高自付费用 ⁸	6,750 美元/人;13,500 美元/家庭	6,750 美元/人;13,500 美元/家庭
以患者为中心的医疗家庭办公室就诊	100%,需支付 10 美元自付费用	扣除免赔额后 70%
医生办公室就诊 (非 PCMH 初级及专科服务)	100%,需支付 20 美元自付费用 (非 PCMH 提供商)	扣除免赔额后 70%
常规妇科检查/宫颈抹片检查 每日历年 1 次	100%	70%,无免赔额
乳房 X 光检查	100%	扣除免赔额后 70%
儿童疫苗接种	100%	扣除免赔额后 70%
物理、职业或言语治疗 4, 5 每年最多 30 次访问	100%,需支付 20 美元自付费用	未涵盖
心脏或肺部康复 每年最多 36 次访问	100%,需支付 20 美元自付费用	扣除免赔额后 70%
脊椎矫正术 (脊椎矫正) ⁵ 每年最多 10 次访问	100%,需支付 20 美元自付费用	扣除免赔额后 70%
住院病人 ¹	100%	扣除免赔额后,每年最多 70 天,为 70%
膝关节和髌关节置换术 ^{1, 2} , 蓝色区分中心 + 所有其他设施	100% 70%	未涵盖 未涵盖
紧急护理	40 美元共付额	扣除免赔额后 70%
急诊室 IS 访问 1 和 2	100 美元共付额 (如被录取则免除)	100 美元共付额,无免赔额 (如被录取则免除)
急诊就诊 3 plus	200 美元共付额 (如被录取则免除)	200 美元共付额,无免赔额 (如被录取则免除)
门诊实验室/病理学	100%	扣除免赔额后 70%
透析/放疗/化疗	100%	扣除免赔额后 70%
家庭医疗保健 ¹ 每年最多 200 次访问	100%	扣除免赔额后 70%
临终关怀 ¹ 一生最多 210 天	100%	未涵盖
专业护理机构 ¹ 每日历年最多 60 天	100%	未涵盖
门诊手术 (部分门诊手术可能需要事先认证) ¹	100%	扣除免赔额后 70%
门诊X光/放射科 ^{1, 4, 5}	100%	扣除免赔额后 70%
耐用医疗设备 ¹	100%	未涵盖
救护车 紧急运输 非紧急运输 ¹	100% 100%	100%,无免赔额 扣除免赔额后 70%
门诊私人护理 ¹ 每年最多 360 小时	90%	扣除免赔额后 70%
行为健康/药物使用计划 (涵盖精神病护理和药物使用) 注意:该计划不属于医疗计划的一部分。请联系 MHC,电话 (800) 255-3081。		
住院病人 ^{6, 7}	100%	扣除免赔额后 70%
非诊室门诊就诊 ⁶	100%	扣除免赔额后 70%
门诊 ⁶	100%,共付额为 20 美元	扣除免赔额后 70%

1 这些服务需要预先认证。请联系 Keystone HPE (Independence Blue Cross) 会员服务部门,了解有关需要预先认证的服务的更多信息。

2 在 Blue Distinction Center + 设施接受的膝关节和髌关节置换治疗可获得 100% 的赔付;在 Blue Distinction Center 或任何其他参与 Keystone 设施或 AmeriHealth 指定设施接受的治疗可获得 70% 的赔付。在网络外进行的膝关节/髌关节置换治疗不享受赔付。

3 必须去您选择的初级保健医生 (PCP) 处。

4 必须前往 PCP 指定地点接受治疗
在网络内。

5 需要初级保健医生 (PCP) 的推荐。

6 网络内服务由 MHC, Inc. 管理,而非 Keystone 或 AmeriHealth。请联系 MHC 获取网络提供商列表。致电 MHC 800-255-3081 或访问 HMC 网站 www.mhconsultants.com。

7 这些服务需要预先认证。请联系 MHC 了解有关行为健康/药物滥用治疗相关服务预先认证的更多信息。

8 年度自付费用上限包括满足年度免赔额的费用,以及您在年度内支付的共付额和共同保险费用。处方药有单独的自付费用上限 (请参阅第 11 页)。

基本计划福利概览

此图表可让您快速了解基本医疗计划。基本计划仅提供网络内覆盖。需要转诊。不涵盖网络外的提供商或设施。请参阅您的计划概要说明,了解有关基本计划福利的完整信息。

益处	网络内
年度自付费用最高限额***	6,750 美元/人;13,500 美元/家庭
医生诊疗次数3	PCMH 提供商:100%,扣除 15 美元共付额后 非 PCMH PCP:100%,需支付 30 美元共付额; 专科医生:40 美元自付费用后 100%
常规妇科检查/宫颈抹片检查 每个日历年 1 次;无需推荐	100%
乳房 X 线检查 无需转诊	100%
儿童免疫接种	100%
物理和职业治疗4, 5 每年最多可累计 30 次访问	100%,需支付 40 美元自付费用
心肺康复5 每年最多 36 次访问	100%,需支付 40 美元自付费用
言语治疗5 每年最多 20 次访问	100%,需支付 40 美元自付费用
脊椎矫正术 (脊椎矫正)5 每年最多 20 次访问	100%,需支付 40 美元自付费用
住院病人1	每天支付 100 美元共付额后,为 100%; (每次入院最高自付费用:500 美元)
膝关节和腕关节置换术1, 蓝色区分中心 + 所有其他设施	2 100% 70%
紧急护理	50 美元共付额
急诊室 IS 访问 1 和 2 急诊就诊 3 plus	100 美元共付额 (若被录取则不免除) 200 美元共付额 (若被录取则不免除)
门诊实验室/病理学4, 5	100%
透析/放疗/化疗5	100%
家庭医疗保健1	100%
临终关怀1	100%
专业护理机构1 每日历年最多 120 天	每天共付 50 美元后,为 100%; (最高自付费用:每次入院 250 美元)自付
门诊手术5	费用 50 美元后,100%
门诊 X 光/放射科 4, 5	常规/诊断:100%,需支付 40 美元的共付额 MRI/MRA,CT/CTA 扫描,PET 扫描:自付费用 80 美元后可获 100% 折扣
耐用医疗设备和假肢1, 5	70%
救护车 (非紧急救护服务需要事先认证)	100%
门诊私人护理1, 5 每年最多 360 小时	90%
行为健康/药物使用计划 (涵盖精神病护理和药物使用) 注意:该计划不属于医疗计划的一部分。请致电 MHC,电话 (800) 255-3081。	
住院患者6,7	100%,扣除每天 100 美元的共付额后 (每次入院最高自付费用:500 美元)
非诊室门诊就诊6	100%
门诊	100%,自付费用 30 美元后
网络外服务不支付任何福利。	

1 这些服务需要预先认证。请联系 Keystone HPE (Independence Blue Cross) 会员服务部门,了解有关需要预先认证的服务的更多信息。

2 在 Blue Distinction Center + 设施接受的膝关节和腕关节置换治疗可获得 100% 的赔付;在 Blue Distinction Center 或任何其他参与 Keystone 设施或 AmeriHealth 指定设施接受的治疗可获得 70% 的赔付。在网络外进行的膝关节/腕关节置换治疗不享受赔付。

3 必须去您选择的初级保健医生 (PCP) 处。

4 必须前往 PCP 指定地点接受治疗
在网络内。

5 需要初级保健医生 (PCP) 的推荐。

6 网络内服务由 MHC, Inc. 管理,而非 Keystone 或 AmeriHealth。请联系 MHC 获取网络
提供商列表。致电 MHC 800-255-3081 或访问 HMC 网站 www.mhconsultants.com。

7 这些服务需要预先认证。请联系 MHC 了解有关行为健康/药物滥用治疗相关服务预先认证的更多信息。

8 年度自付费用上限包括满足年度免赔额的费用,以及您在年度内支付的共付额和共同
保险费用。处方药有单独的自付费用上限 (请参阅第 11 页)。

重要条款

年度最高共付额

是您全年自掏腰包支付的网络内服务共付费用的最高金额。一旦您达到年度最高限额,该计划将支付全年剩余时间网络内服务的 100% 费用。

蓝色区分中心 +

蓝十字指定门诊手术中心,专门从事膝关节和髋关节置换术。Blue Distinction Centers + 满足高质量、低成本、专业性、有效性和效率的标准。

共同保险

是扣除免赔额后,您为服务支付的合格费用的百分比。

共付款

是您在接受护理时为某些医疗服务支付的固定金额。

免赔额

是您的医疗计划开始支付指定服务的福利之前,您每年支付的承保费用的一部分。

网络内提供商

是一组经过筛选的提供商和机构,他们同意收取协商后的服务费用。当您使用这些提供商时,您将获得“网络内护理”。

医疗必需费用

如果这些服务或用品被视为必要且适当,且由计划承保,则由计划承保。有些服务和用品根本不承保,而其他服务(如脊椎按摩治疗)的福利则有限。此外,除非另有明确规定,否则费用必须在患者受计划承保期间发生。

网络外提供商(仅限高选择计划)

是不属于高级选择计划下选定提供者群体的医生、医疗保健提供者或设施。

以患者为中心的医疗之家(PCMH)

蓝十字已确定参与以患者为中心的医疗之家(PCMH)的某些医生,包括 PCP。PCMH 是一个办公室或一组医生,他们共同努力,更好地协调和个性化您的护理。在 PCMH 接受护理并选择 PCMH 医生作为您的 PCP 将为您节省费用。

计划津贴(仅限高选择计划)

是计划为指定地理区域内的特定医疗服务支付的金额。如果您不使用网络提供商,则您需要承担超出计划限额的费用。

初级保健医生(PCP)

有时被称为“家庭医生”。这是当您有健康问题提供第一时间联系的医生。PCP 还会根据需要提供持续护理和转诊给专科医生。蓝十字已指定某些医生为“PCP”;您必须查阅蓝十字医师名录以选择符合条件的 PCP。

自我转介护理(仅限高选择计划)

是您未从 PCP 处获得的护理,或是在未获得 PCP 转诊的情况下获得的护理。这是接受治疗最昂贵的方式。对于自我推荐护理,在您达到年度免赔额后,计划通常会支付 70% 的计划津贴。

处方药福利

CVS Caremark 提供的处方药保险在您加入 36Phlex 计划选项之一的医疗保险时自动生效。您可以前往任何网络药房并出示您的 CVS Caremark 处方药 ID 卡,获得最多 30 天的药物供应。您可以直接前往任何 CVS 药房或使用 CVS Caremark 邮购药房,获得最多 90 天的维持药物供应。如果您选择退出医疗计划,您将没有资格享受处方药福利。

您的共付额

每次您取处方时,您都将根据药品的分类支付共付额。

处方药分为三个等级:

·仿制药 与品牌药价格低廉的处方药。这些药物经美国食品药品监督管理局批准,含有与品牌药相同的活性成分。

·处方集 由医生和药剂师组成的专家组选择的品牌药物清单。
处方表上的药物都是根据其有效性、安全性和成本精心挑选的。

·非处方药 不在处方药中的品牌药。您需要支付非处方药的 100% 费用。
处方药。

如果您的处方是:	零售 (30 天供应量)	零售 (90 天供应量)*	家 送货 (90 天供应)
	您付款		
仿制药	7美元	14美元	14美元
处方品牌药物	22美元	\$44	\$44
非处方药	您支付 100% 的费用。		

*要在零售药店获取 90 天药物供应的处方,您必须使用 CVS 药房。

您的年度自付费用最高限额

处方药费用有年度自付费用最高限额。一旦您达到年度自付费用最高限额,计划将支付您 100% 的处方药费用。

您的共付额适用于年度自付费用最高限额。处方药计划未涵盖的药品费用不适用。医疗福利有单独的年度自付费用最高限额。

处方药年度自付费用最高限额为: · 个人:1,950 美元 · 家庭:3,900 美元

什么是处方集?

处方集是仿制药和品牌药的列表。该处方集由 CVS Caremark 的医生和药剂师委员会制定。该委员会根据每种药物的有效性的最新信息定期审查和更新处方集。

您可以通过在 www.caremark.com 注册来查找当前的药物目录。随着新药的增加、品牌药出现仿制药替代品或其处方集上的状态发生变化,处方集可能会在一年内发生变化。

36Phlex Phact!

90 天零售配售仅在
CVS 药店有售。

36Phlex Phact!

使用 CVS Caremark
邮购药房的维护药物将节省

你的钱。

牙科福利

定期、专业的牙科护理不仅对身体健康至关重要,还可以预防严重或昂贵的问题。这就是我们通过 Delta Dental 提供的牙科计划涵盖全方位牙科服务的原因,包括诊断和预防护理。

是否加入牙科计划是可选的。如果您(或您的家属)需要保险,请加入该计划。即使您放弃医疗保险,也可以加入牙科计划,并且可以加入不同的保险级别。例如,您可以加入仅限员工的医疗保险,但加入家庭牙科保险。或者,您可以选择退出并在其他地方使用您的 Phlex 积分。选择权在您手中。

牙科福利图表

免赔额	没有任何
年度最高福利	每人每年 3,000 美元
预防和诊断护理 · 口腔检查、清洁、咬翼片 X 光检查 (每年两次);每 36 个月进行一次全口 X 光检查 · 氟化物治疗直至 19 岁 (有限制) · 密封剂或间隙保持器 (有年龄限制)	100%
基本修复 · 填充物	100%
主要修复 · 修复现有牙冠 · 嵌体、覆盖体、牙冠、铸造修复体 · 牙桥和假牙	50%
牙髓病学 · 根管治疗	80%
牙周病学 · 牙龈治疗	80%
牙齿矫正	50% 终生最高金额 1,000 美元

使用参与的牙医如何为您省钱

这是一个使用 Delta Dental 网络牙医可以为您省钱的例子。

程序:冠	如果你使用 参与牙医	如果你使用非参 与的牙医
牙医费用	\$900	\$900
Delta Dental 的合同费率 (符合条 件的费用)	\$700	\$700
计划支付 (合 同费率的 50%)	350美元	350美元
你付款	350美元	550 美元 (达美航空合同价格与牙医 900 美元费用之间的差额)

注:此图表仅供参考。实际成本会有所不同。

300 美元以上治疗的预定福利

如果您的治疗预计花费 300 美元或更多,请让您的牙医在治疗开始前与 Delta Dental “预先确定福利”(这意味着评估建议的治疗是否合适并确定计划将支付多少护理费用)。通过预先确定,您可以确切地知道计划将支付多少钱以及您将支付多少钱。这样,您就可以在治疗开始前做好财务安排。

为了预先确定福利,您的牙医需要向 Delta Dental 发送一份索赔表,描述拟议的治疗和估计费用。Delta Dental 将向您发送一份声明,其中显示将涵盖的服务以及计划将支付多少费用。您可以与您的牙医一起审查治疗计划并就要执行的服务达成一致。治疗完成后,将原始声明(包括服务日期和必要的签名)退还给 Delta Dental 以进行付款。

请查看您的计划概要说明,了解牙科限制和排除的完整列表。

视力福利

36Phlex 计划为您提供两种视力保险选择：

·增强视力计划 通过验光师和眼科医生网络提供护理。您必须接受参与医生或验光师的护理才能获得最大利益；以及

·折扣视力计划 此计划可让您享受视力检查、眼镜和隐形眼镜的折扣价。

您可以自行投保，也可以为您和您的家人选择承保。

增强愿景计划 计划如何运作

您可以选择从国家视力管理机构 (NVA) 参与提供商或任何其他眼科护理专家处接受眼科护理。但是，当您使用参与的眼科医生或验光师时，您将获得最大的益处。

·当您使用参与提供商时，您将获得最大的利益，因为该计划将支付大多数常规服务的全部费用或大部分费用；但也有一些限制。

·当您使用非参与提供商时，计划将根据时间表报销您的检查、眼镜架和镜片或隐形眼镜费用。您在接受服务时支付全额费用。然后，您必须提交索赔，以报销计划承担的费用份额。

该计划支付的费用

当您接受 NVA 参与提供商的服务时，该计划每 24 个月支付一次眼科检查费用。对于 19 岁以下的儿童，该计划每 12 个月支付一次眼科检查费用。

该计划还每 24 个月支付一副新镜片和镜架或隐形眼镜的费用，最高金额为 120 美元。对于 19 岁以下的儿童，该计划将每 12 个月支付一副新镜片和镜架或隐形眼镜的费用，最高金额为 120 美元。

当您从非参与计划的视力保健提供商处接受服务时，该计划将每 24 个月支付一次最高 30 美元的眼科检查费用。对于 19 岁以下的儿童，该计划将每 12 个月支付最高 30 美元。

该计划还每 24 个月为儿童和成人支付一次最高 60 美元的镜片费用和最高 60 美元的镜架费用，或最高 120 美元的隐形眼镜费用。

未涵盖的费用（请注意，这只是部分列表。）

愿景计划不包括：

- 眼底照相；
- 眼睛的医疗或手术治疗；根据工伤赔偿法提供的或由任何政府机构或计划获得的服务或材料；或
- 普通太阳镜或处方太阳镜。

请查看您的计划概要说明，了解视力限制和排除的完整列表。

36Phlex Phact!

根据折扣视力计划，您使用身份证获得眼科护理服务或眼镜的次数不受限制。但是，您不能将您的卡与任何特殊优惠（如优惠券或特别促销）结合使用。

根据增强视力计划，您不能将您的卡与任何特殊优惠（例如优惠券或特别促销）结合使用。

折扣视力计划 计划如何运作

折扣视力保健计划并非全覆盖计划。如果您加入该计划,您将获得某些供应商提供的面向公众的产品和服务的折扣价。

折扣视力计划由国家视力管理机构 (NVA) 提供。NVA 拥有一个由眼科医生、验光师和配镜师组成的网络,为您提供服务。您必须使用参与的 NVA 提供商并出示您的 NVA 身份证才能获得折扣服务。只需致电 NVA 800-672-7723 选择参与提供商,或致电基金办公室。

未涵盖的费用 (请注意,这只是部分列表。)

折扣视觉计划不涵盖:

- 眼睛的医疗或手术治疗;
- 药物或药品;
- 非处方镜片;
- 未列为承保服务的考试或材料;
- 联邦、州或地方政府或工人提供的服务或材料赔偿;及
- 低视力辅助设备。

请查看您的计划概要说明,了解视力限制和排除的完整列表。

人寿保险和意外死亡保险 残疾保险 (AD&D)

如今,人寿保险已不再只是一种“安心福利”,更是生活的必需品之一。

人寿保险旨在为您去世后为您的家人或任何依赖您收入的人提供保护。如果您意外失去肢体或视力,意外死亡和残疾 (AD&D) 保险将向您支付福利,如果您因承保事故死亡,则将向您的受益人支付福利。只有在您从事现职承保工作期间死亡时,才可获得人寿保险福利。因意外死亡而支付的任何 AD&D 福利等于您的人寿保险金额,并且在您的人寿保险福利之外支付的。您的 AD&D 福利金额取决于意外损失的类型。可能适用排除条款和某些限制。请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

如果您去世,为您所爱的人提供经济保障非常重要。该基金将为您支付 10,000 美元的全额人寿保险和 10,000 美元的意外伤害和残疾保险。您可以选择购买更高额度的人寿和意外伤害和残疾保险,如下所述。

家属没有资格享受人寿和意外死亡和伤残保险。

人寿保险金额

由于每个人适合的保险金额各不相同,36Phlex 计划为您提供三种保险金额:

- 10,000 美元
- 25,000 美元
- 50,000 美元

请参阅您的登记表,了解购买人寿和意外伤害及残疾保险所需的 PhlexPoints 数量。

不要忘记 你的受益人

为了确保福利金支付给您想要的人,您必须指定受益人,并随着生活的变化及时更新受益人指定。如果您刚刚获得资格,或者您的受抚养人身份发生变化,请填写人口普查/受益人信息表。如果您需要新表格,请联系基金办公室。

将表格交回基金办公室。

36Phlex Phact!

此项人寿保险福利通常仅当您在受保工作期间死亡时才可支付。

由于您意外死亡而支付的任何 AD&D 福利等于您的人寿保险金额,并且在您的人寿保险福利之外支付的。

AD&D 福利的数额取决于意外损失的类型。

请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

可能存在排除和某些限制。

请参阅您的计划概要说明,了解完整的排除和限制列表。

残疾福利

如果您是全职雇员,并且您的雇主向残疾福利基金额外缴纳了款项,您就有资格享受残疾福利。如果您因非工作相关的疾病或受伤而残疾并且无法工作,残疾福利将为您和您的家人提供每周补充付款。

残疾的具体时间津贴取决于诊断和既定的残疾准则。但是,任何残疾都不能超过最高 26 周的福利。

要获得残疾福利,您必须填写残疾索赔表,并且必须提供合法合格医生出具的证明,证明您残疾且无法履行正常工作职责。请注意:MHC 提供商也可以证明残疾。

如果您符合资格,您将获得每周相当于您正常工资一定百分比的福利,最高可达每周最高限额,在此期间,您将接受合法合格医生的直接定期护理,或者由 MHC 心理健康/药物使用提供者管理您的护理。

您的残疾索赔从您因残疾去看医生后的第四个工作日开始。如果您在去看医生之前缺勤,则不会支付残疾福利。

必须按时提交残疾表格。如果您因持续残疾而失业超过一个月,则必须定期提交续期表格(“蓝色表格”)通常每月一次。有关时间和截止日期的更多信息,请参阅表格。

联系基金办公室获取表格。

有关残疾福利的更多信息,请参阅您的计划概要说明或致电基金办公室:(215) 568-3262 或 (800) 338-9025 (本地通话区外)。

36Phlex Phact!

如果您失业超过一个月,您应该继续定期(通常是每月)填写残疾表格。

36Phlex Phact!

证明您残疾的医生必须是网络医生。

36Phlex Phact!

“具有法定资格的医生”包括医学博士(MD)、整骨医生(DO)、牙科外科医生(DDS)、牙科医学博士(DMD)或足病医学博士(DPM)。

36Phlex Phact!

任何残疾索赔都必须在残疾发生之日起 60 天内向基金办公室提出。

提交给基金办公室之前,请确保所有部分均已填写完毕并由您、您的雇主和您的主治医生签字。

报销账户

根据您的福利选择,您可能有资格参与基金的报销账户。

两个独立账户

有两个独立的账户 医疗报销账户和家属护理报销账户。您可以选择加入其中一个或两个账户。如果您选择加入两个账户,您不能将资金从一个账户转移到另一个账户 或者使用医疗报销账户中的资金支付家属护理费用,反之亦然。

在将您的 PhlexPoints 存入这些帐户之前,仔细估算您的开支非常重要,因为4月15日之后您将失去此帐户中剩余的所有余额。有关详细信息,请参阅使用或丢失截止日期。

谁有资格

如果您的 PhlexPoint 总数少于 100,您就有资格参与报销账户。如果您的福利成本少于 100 PhlexPoints,您可以选择将剩余的 PhlexPoints 存入一个或两个报销账户。您存入报销账户的每个 PhlexPoint 价值 5 美元。例如,如果您选择的福利成本为 81 PhlexPoints,您将有 19 PhlexPoints 可存入报销账户。这意味着您每月将有 95 美元 (19 PhlexPoints 乘以 5 美元)存入您的账户。美国国税局 (IRS) 设定了您可以存入报销账户的金额限制。您的每月存款不能超过美国国税局 (IRS) 限额。

提醒:没有医生处方的非处方药不符合报销条件。

要么使用,要么失去最后期限

根据 IRS 规定,您可以使用报销账户 (如果您符合条件)报销您缴款的次年 3 月 15 日之前产生的符合条件的费用;任何未在该日期之前花费的金额都将被没收,但须遵守 IRS 的展期规则。这意味着,12 月 31 日您报销账户中剩余的任何资金都可用于报销您到下一年 3 月 15 日之前产生的费用。

注:您必须于次年4月15日前将宽限期内发生的费用交至基金办公室。

36Phlex Phact!

您必须注册或重新注册这些帐户,因为参与不会自动延续到下一年度。

36Phlex Phact!

适当的索赔表必须包含适当的文件。向福利基金办公室提交报销申请。

家属护理报销账户

如果您必须支付某人照顾家属的费用以便您（和您的配偶,如果您已婚）可以工作,请考虑设立一个家属护理报销账户,以偿还符合条件的家属护理费用。这些费用包括日托或老年护理中心的费用或护理人员费用。您不能使用家属护理报销账户支付家属的健康相关费用（医疗保健报销账户涵盖这些费用）。

谁有资格成为受抚养人

这些费用必须用于“合格的受抚养人”,其中包括:

- 发生费用时未满 13 岁的受抚养子女（如果您申请他们在联邦纳税申报表上被列为受抚养人;并且
- 其他受抚养人,例如您的配偶、年迈的父母或年长的孩子（如果他们身体或精神有残疾,无法照顾自己,并且您在纳税时将他们视为受抚养人。

费用证明

当您提交报销申请时,您必须填写申请表并提供分项账单或证明该费用符合基金要求的证明。您的付款请求必须包括护理提供者的纳税人识别号 (TIN)。对于个人提供者,TIN 通常是该人的社会安全号码。如果该人在您家工作,您有责任向国税局提交雇主报税表并为支付给该员工的工资缴纳社会安全税。

联邦税收抵免或受抚养人护理报销账户?

实际上,支付日托费用时有两种税收优惠选择——家属护理补偿账户或政府的联邦儿童保育税收抵免。您不能同时在家属护理补偿账户和联邦税收抵免下申报同一项费用,但您可以:

- 使用受抚养人护理报销账户;或
- 使用联邦税收抵免。（根据现行法律,根据您的调整后总收入,您可以获得 20% 至 35% 的受抚养人护理费用的税收抵免。）
可用于确定税收抵免的最高金额为:一个孩子 3,000 美元,两个或两个以上孩子 6,000 美元。因此,如果您的抵免额为 20%,则一个孩子的最高抵免额为 600 美元（3,000 美元的 20%）。

您通过家属护理报销账户报销的费用将直接抵消您可申请联邦税收抵免的费用。例如,如果您有一个孩子,并从您的家属护理账户获得 3,000 美元的报销,那么您已经用尽了可以为一个孩子申请税收抵免的费用（3,000 美元）。

税收抵免或家属护理报销账户是否适合您,取决于您的总收入和纳税申报状态。要了解有关哪种选择最符合您的需求的更多信息,您应该咨询您的个人税务顾问。

36Phlex Phact!

如果您负责照顾符合条件的受抚养人,则可以使用受抚养人护理支出帐户 -

您必须向他人支付护理费用,以便您能够工作。如果您已婚,则只有当你们双方都工作,或者您的配偶是全日制学生或残疾人且无法照顾自己时,您才可以使用此帐户。换句话说,如果你们其中一人待在家里照顾家属,或兼职上学,则您不能使用该帐户。

重要告示

SEIU Local 32 BJ、第 36 区 BOLR 福利基金（“基金”）必须向您提供以下重要通知。请仔细阅读，以了解您的权利和责任。

HIPAA 特殊登记权利

如果您因为其他健康保险而拒绝为自己或家属（包括配偶）加入健康保险计划，那么将来您可以为自己或家属加入该计划，前提是您在其他保险终止后 31 天内申请加入并提供证明文件。此外，如果您因结婚、领养或安置领养而有了新的家属，那么您可以为自己和家属加入健康保险计划，前提是在其结婚、领养或安置领养后 31 天内申请加入。如果您因生育而有了新的家属，那么您可以为自己和家属加入健康保险计划，前提是在其生育后 90 天内申请加入。

如果您或您符合条件的受抚养人满足以下条件，该基金还将提供特殊的入学机会：

- 因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障，或者
- 有资格享受 Medicaid 或 CHIP 规定的州保费援助计划。

对于这些注册机会，您将有 60 天的时间从 Medicaid 申请之日起/CHIP 资格变更，申请加入基金覆盖范围。请注意，此 60 天延期仅适用于因 Medicaid/CHIP 资格变更而产生的加入机会。

必须在申请特殊登记后的 31、60 或 90 天内填写登记材料并向计划提供所有受抚养人身份证明。如果您无法在规定时间内填写登记材料并提供受抚养人身份证明（例如，如果需要更多时间获取新生儿的出生证明），则截止日期可能会延长。

眼镜蛇

根据 1986 年综合预算协调法案 (COBRA)，如果保险因以下原因终止，您和您的合格家属可以继续享受最多 18 个月的医疗保险：

- 您因任何原因（严重不当行为除外）终止雇佣关系，或者
- 您的工作时间减少了。

COBRA 还允许您的符合条件的受抚养人继续享受最多 36 个月的医疗保险，如果保险因以下原因而终止：

- 你死了，
- 您和您的配偶离婚或合法分居，
- 您有资格享受医疗保险，或
- 您的受抚养人不再有资格享受医疗保险计划的保障。

您和您的家属通常可以在保险终止后的前 60 天内或收到通知之日起 60 天内（以较晚时间为准）随时选择继续享受保险。只要您支付必要的保费，继续享受保险将在导致保险终止的事件发生之日后的次月第一天生效。您只能继续享受事件发生前一天生效的保险。但是，您可以在每年的年度开放注册期间更改您的选择。

如果医疗计划发生变化，这些变化也将适用于 COBRA 下的保险范围。

为了获得 COBRA 的保障，您和/或您符合条件的家属需要及时做出选择并每月支付保费。

新生儿和母亲健康保护法

根据联邦法律，团体健康计划和健康保险发行人通常不得将分娩期间母亲或新生儿的住院时间限制在顺产后 48 小时以内或剖腹产后 96 小时以内。但是，联邦法律通常不禁止母亲或新生儿的主治医生在与母亲协商后让母亲或新生儿在 48 小时（或 96 小时，视情况而定）之前出院。

无论如何，根据联邦法律，计划和发行人不得要求提供者获得计划或发行人的授权，以规定不超过 48 小时（或适用时为 96 小时）的停留时间。

妇女健康和癌症权利法案

《妇女健康和癌症权利法案》要求团体健康计划及其保险公司和 HMO 为选择乳房重建的乳房切除术患者提供某些福利。对于因乳房切除术而获得福利的计划参与者，将以与主治医生协商后确定的方式提供保险，以用于：

- 进行乳房切除术后乳房重建的所有阶段；
- 对另一侧乳房进行手术和重建，以产生对称的外观；
和
- 乳房切除术的假体和并发症的治疗，包括
淋巴水肿

乳房重建福利免受赔额和共同保险限制的限制，这与该计划下其他福利规定的免赔额和共同保险限制一致。

HIPAA 隐私声明提醒

《健康保险流通与责任法案》(HIPAA)下的隐私规则要求 SEIU Local 32 BJ、第 36 区 BOLR 福利计划 (以下简称“计划”)定期向参与者发送提醒,告知计划的隐私声明的可用性以及如何获取该声明。隐私声明解释了参与者的权利和计划在受保护的健康信息 (PHI) 方面的法律义务,以及计划如何使用和披露 PHI。您也可以致电基金办公室获取隐私声明的副本,电话为 215-568-3262,分机 1400 或 800-338-9025,分机 1400 (本地呼叫区外)。

您的处方药保险和医疗保险

请仔细阅读本通知并将其保存在您可以找到的地方。本通知包含有关您目前在 SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR 福利基金的处方药保险以及您在 Medicare 处方药保险下的选项的信息。这些信息可以帮助您决定是否要加入 Medicare 处方药计划。如果您正在考虑加入,您应该将您目前的保险范围 (包括哪些药物受保以及费用是多少)与您所在地区提供 Medicare 处方药保险的计划的保险范围和费用进行比较。有关您可以在哪里获得有关处方药保险决定的帮助的信息位于本通知的末尾。

关于您目前的保险,您需要了解两件重要的事情,以及
联邦医疗保险 (Medicare) 的处方药覆盖范围:

1. 2006 年,联邦医疗保险处方药覆盖范围扩大到所有
医疗保险。如果您加入医疗保险处方药计划或加入提供处方药保险的医疗保险优势计划 (如 HMO 或 PPO),则可以
获得此保险。所有医疗保险处方药计划都至少提供医疗保险规定的标准保险水平。有些计划还可能提供更多保险,但
每月保费更高。
2. SEIU 地方分会 32 BJ、第 36 区 BOLR 福利基金已确定
SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR 福利计划提供的处方药保险,对于所有计划参与者而言,平均而言,预计支付的
费用与标准 Medicare 处方药保险支付的费用相同,因此被视为可信保险。由于您现有的保险至少与标准 Medicare 处方药
保险一样好,因此如果您以后决定加入 Medicare 药物计划,您可以保留此保险,而不必支付更高的保费 (罚款)。

什么时候可以加入医疗保险药物计划?

当您首次具备 Medicare 资格时以及每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间,您可以加入 Medicare 药物计划。但是,如果您
失去当前可信的处方药保险 (非您自己的过错),您还将有资格享受两个 (2) 个月的特殊注册期 (SEP) 来加入
Medicare 药物计划。

如果您决定加入医疗保险处方药计划,您当前的保险范围会怎样?

无论您是否加入 Medicare 处方药计划,只要您继续符合 SEIU Local 32BJ、District 36 BOLR 福利计划的资格要求,您当前的处方药保险将继续有效。您当前的保险除了支付处方药费用外,还支付其他医疗费用,并且,只要您继续符合基金的资格规则,即使您选择加入 Medicare 处方药计划,您仍然有资格获得所有健康和处方药福利。

如果您加入了 Medicare 处方药计划并且是积极参与者,则本计划对您提供的保障将是主要保障,在本计划支付其福利后,Medicare 将按次要方式支付。

如果您决定加入 Medicare 药物计划并放弃当前的 SEIU 32BJ、第 36 区 BOLR 福利基金保障,则只有在符合基金的资格和登记规则(包括特殊登记规则)的情况下才能恢复该保障。

何时您需要支付更高的保费(罚款)来加入医疗保险药物计划?

您还应该知道,如果您取消或失去当前在 SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR 福利基金的保险,并且在当前保险结束后连续 63 天内未加入 Medicare 药物计划,您可能需要支付更高的保费(罚款)才能在以后加入 Medicare 药物计划。

如果您连续 63 天或更长时间没有获得可抵扣的处方药保险,您的每月保费可能会增加至少 1%,即您没有获得该保险的每个月的 Medicare 基本受益人保费。例如,如果您连续 19 个月没有获得可抵扣的保险,您的保费可能会持续比 Medicare 基本受益人保费高出至少 19%。只要您有 Medicare 处方药保险,您可能就必须支付这笔更高的保费(罚款)。此外,您可能必须等到下一年 10 月才能加入。

有关本通知或您当前处方药承保范围的更多信息

请联系下列人员以获取更多信息。

注意:您每年都会收到此通知。在您可以加入 Medicare 药物计划的下一个期限之前,以及如果 SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR 福利基金的承保发生变化时,您也会收到此通知。您也可以随时索取此通知的副本。

有关 Medicare 处方药承保范围内选项的更多信息

有关提供处方药保险的 Medicare 计划的更多详细信息,请参阅“Medicare 与您”手册。您每年都会从 Medicare 收到一份手册。Medicare 药物计划也可能会直接与您联系。

有关 Medicare 处方药承保范围的更多信息：

- 访问www.medicare.gov
- 致电您所在州的健康保险援助计划（请参阅《医疗保险与您》手册封底内页以获取他们的电话号码）以获得个性化帮助
- 拨打 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用户应拨打 877-486-2048。

如果您的收入和资源有限,您可以获得额外的帮助来支付 Medicare 处方药费用。有关此额外帮助的信息,请访问社会保障局网站 www.socialsecurity.gov,或致电 800-772-1213 (TTY 800-325-0778)。

请记住:保留此信用保险通知。如果您决定加入 Medicare 药物计划之一,您可能需要在加入时提供此通知的副本,以表明您是否保持了信用保险,以及因此是否需要支付更高的保费(罚款)。

重要信息

下表提供了有关此 Medicare D 部分通知的重要信息。

重要信息	
日期	租用时提供,此后每年提供
实体发件人名称	SEIU 32 BJ,第 36 区 BOLR 福利基金
联系方式 - 职位/办公室	John J. Rongione,管理员
地址	市场街 1515 号 1020 套房 费城,宾夕法尼亚州 19102
电话号码	215-568-3262,分机 1400

医疗补助和儿童健康保险计划 (CHIP)

医疗补助和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费补助

如果您或您的孩子有资格享受 Medicaid 或 CHIP,并且您有资格从雇主处获得健康保险,您所在的州可能会有一个保费援助计划,该计划可以使用其 Medicaid 或 CHIP 计划的资金来帮助支付保险费用。如果您或您的孩子没有资格享受 Medicaid 或 CHIP,您将没有资格享受这些保费援助计划,但您可以通过健康保险市场购买个人保险。有关更多信息,请访问www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已经加入 Medicaid 或 CHIP,并且您居住在下列州,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室,了解是否提供保费补助。

如果您或您的受抚养人目前尚未加入 Medicaid 或 CHIP,并且您认为您或您的任何受抚养人可能有资格参加这些计划,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室或拨打877-KIDS NOW或访问www.insurekidsnow.gov了解如何申请。如果您符合条件,请问您所在州是否有可以帮助您支付雇主赞助计划保费的计划。

如果您或您的受抚养人有资格享受 Medicaid 或 CHIP 的保费补助,并且有资格享受雇主计划的保费补助,您的雇主必须允许您加入雇主计划(如果您尚未加入)。这被称为“特殊加入”机会,您必须在确定有资格享受保费补助后 60 天内申请保险。如果您对加入雇主计划有任何疑问,请联系劳工部 www.askebsa.dol.gov 或致电866-444-EBSA (3272)。

以下各州列表截至 2024 年 7 月 31 日为最新列表。请联系您所在的州以获取有关资格的更多信息。

宾夕法尼亚州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
医疗补助电话	800-692-7462
CHIP 网站	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
芯片电话	800-986-儿童 (5437)
新泽西州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
医疗补助电话	800-356-1561
CHIP 保费援助电话	609-631-2392
CHIP 网站	http://www.njfamilycare.org/index.html
芯片电话	800-701-0710 (听力或语言障碍人士专用:711)
纽约	医疗补助
医疗补助网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
医疗补助电话	800-541-2831
特拉华州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
医疗补助电话	302-571-4900 或 866-843-7212
CHIP 网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
芯片电话	302-571-4900 或 866-843-7212
马里兰州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
医疗补助电话	855-642-8572
CHIP 网站	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
芯片电话	855-642-8572 (TTY 请拨打 711)

要了解您所在州是否有保费补助计划,或要了解有关特殊投保权利的更多信息,请联系:

美国劳工部 美国卫生与公众服务部
 员工福利保障管理医疗保险和医疗补助服务中心
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
 866-444-EBSA (3272) 877-267-2323,菜单选项 4,分机 61565

www.seiu36.com



2024 年 10 月

联合虫