



www.seiut36.com



Czas na otwarty nabór!

2025

Przewodnik po korzyściach

Masz czas tylko do 2 grudnia, aby zapisać się na 36 korzyści Phlex na rok 2025!

Co jest w środku

Przegląd otwartej rejestracji	2
Podstawowe fakty	3
Opcje Twojego planu medycznego	4
Zdrowie i dobre samopoczucie (zdrowy styl życiaSM) — Pracujemy nad wsparciem Twojego zdrowia każdego dnia!	6
Korzyści dla zdrowia behawioralnego	7
Przegląd korzyści z planu High Option	8
Przegląd korzyści z planu podstawowego.....	9
Ważne terminy.....	10
Korzyści płynące z leków na receptę	11
Korzyści dla wzroku	14
Ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku śmierci lub rozczłonkowania (AD&D)	16
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności	17
Konta zwrotów.....	18
Ważne informacje	20

Potrzebujesz formularza?
Sprawdź pierwszą
stronę tego przewodnika
– i naszą stronę internetową!

Formularze, które należy wypełnić w celu rejestracji, znajdują się na pierwszych kilku stronach tego przewodnika oraz w zakładce Kontakty i zasoby strona (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) na naszej stronie internetowej. Formularze na stronie można wypełnić online. Wystarczy je wydrukować, podpisać i wysłać do biura Funduszu.



Każdy formularz zawiera informacje o warunkach, na jakich należy go wypełnić. Wypełniaj tylko te formularze, które dotyczą Ciebie. Oderwij każdy wypełniony formularz wzdłuż perforowanej krawędzi i wyślij do Fund Office, używając koperty zwrotnej dołączonej do tego przewodnika.

36Phlex Phact!

PAMIĘTAJ: Wybieraj rozważnie! Po zakończeniu okresu Open Enrollment nie będziesz mógł zmienić swoich wyborów do następnego okresu Open Enrollment jesienią 2025 r., aby uzyskać ubezpieczenie od 1 stycznia 2026 r., chyba że dokonałeś kwalifikowanej zmiany statusu.

Przegląd otwartej rejestracji

Październik 2024

W tym Przewodniku oraz dołączonych do niego materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje potrzebne do zapisania się na świadczenia w ramach Planu 36Phlex w 2025 roku.

Otwarte zapisy to Twoja coroczna okazja do przejrzania swojego ubezpieczenia i wprowadzenia zmian w wybranych świadczeniach lub osobach na utrzymaniu, które obejmujesz. Poza Otwartymi zapisami możesz wprowadzać zmiany tylko wtedy, gdy są one wynikiem kwalifikowanej zmiany życiowej („wydarzenie kwalifikujące”), jak opisano poniżej. Zapoznaj się z załączonymi materiałami i rozważ potrzeby swoje i swojej rodziny przed podjęciem decyzji o zapisie. Jeśli chcesz wprowadzić zmiany w zakresie świadczeń lub statusie osoby na utrzymaniu, zwróć wypełniony formularz Phlex Enrollment do Fund Office nie później niż do 2 grudnia 2024 r.

Jeśli chcesz zachować te same świadczenia i zakres ochrony, z których korzystasz obecnie, nie musisz nic robić.

Pytania?

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt z Biurem Funduszy Świadczeń Społecznych. Możesz się z nami skontaktować pod numerem (215) 568-3262, numer wewnętrzny 1400 lub (800) 338-9025, numer wewnętrzny 1400 (poza lokalnym obszarem połączeń). Możesz również przyjść do biura SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund Office, znajdującego się pod adresem 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, aby porozmawiać z jednym z naszych przedstawicieli. Upewnij się, że najpierw do nas zadzwonisz, zanim przyjdiesz.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu

Możesz TYLKO dodawać lub usuwać osoby na utrzymaniu lub wprowadzać inne zmiany w zakresie świadczeń poza Otwartym Zapisem, jeśli doświadczysz zdarzenia kwalifikującego. Zdarzenie kwalifikujące oznacza, że Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu doświadczyłeś zmiany w życiu, która wpłynie na administrację Twoich świadczeń. Przykłady obejmują zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie dziecka lub rozwód. W takich przypadkach może być konieczne dodanie lub usunięcie osób na utrzymaniu z zakresu Funduszu.

W przypadku wszystkich kwalifikujących się zdarzeń musisz dostarczyć dokumentację zmiany statusu (np. akt urodzenia lub małżeństwa). Biuro Funduszu MUSI otrzymać dokumentację w ciągu 31 dni od kwalifikującego się zdarzenia (90 dni od urodzenia dziecka). Zapoznaj się z opisem planu skróconego lub skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikujących się zdarzeń.

wydarzenia.

Uwaga: Jeśli wystąpiło zdarzenie kwalifikujące i konieczne jest wypełnienie nowego formularza spisu/beneficjenta, aby odzwierciedlić zmianę statusu, należy skontaktować się z Biurem Funduszu.

Niniejszy dokument i materiały w pakiecie rejestracyjnym zawierają podsumowanie Twoich świadczeń z funduszu socjalnego SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR oraz zmian, które zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Materiały te uzupełniają inne opisy świadczeń z Twojego Planu. Zmiany opisane w tych dokumentach i załączonych materiałach obowiązują od 1 stycznia 2025 r. Fundusz ma nadzieję kontynuować Plan i świadczenia wymienione w tych dokumentach i opisane w broszurze świadczeń na czas nieokreślony, ale zastrzega sobie prawo do zmiany, zawieszenia lub zakończenia Planu, w całości lub w części, w dowolnym czasie i z dowolnego powodu. Ani otrzymanie tego pakietu rejestracyjnego, ani zapisanie się na żadne ze świadczeń oferowanych w ramach Planu nie stanowi umowy o pracę. Przeczytaj uważnie te dokumenty i zachowaj te ważne informacje wraz z innymi materiałami dotyczącymi świadczeń na przyszłość.

Podstawowe fakty

Kto może wziąć udział?

Masz prawo do udziału w Planie 36Phlex, jeśli jesteś zatrudniony na stanowisku objętym ubezpieczeniem, a Twój pracodawca jest zobowiązany na mocy układu zbiorowego do wpłacania składek na Fundusz w Twoim imieniu.

Jeśli kwalifikujesz się do udziału w Planie 36Phlex, możesz również zapisać swoich uprawnionych członków rodziny na świadczenia medyczne, stomatologiczne i okulistyczne. Uprawnieni członkowie rodziny to:

- Twój małżonek prawny (w tym małżonek tej samej płci)
- Dzieci od urodzenia do 26 roku życia
- Pasierbowie do 26 roku życia
- Dzieci adoptowane (od daty umieszczenia w Twoim domu) do 26 roku życia
- Dzieci oddane do adopcji
- Dzieci powyżej 26 roku życia, które nie są w stanie utrzymać zatrudnienia ze względu na upośledzenie umysłowe lub niepełnosprawność fizyczną

Każde dziecko, na które bezinteresownie przyjmujesz utrzymanie, nie będzie uważane za osobę zależną.

Zapisywanie osób na utrzymaniu

Aby zapisać osoby pozostające na Twoim utrzymaniu do Planu, musisz wypełnić i przesłać następujące informacje:

- Formularz zgłoszeniowy osoby zależnej (pamiętaj, aby wypełnić obie strony)
- Status zależny od dokumentu — przykłady dokumentacji obejmują:
 - Ważna państwowa licencja małżeńska dla małżonka
 - Ważny państwowy akt urodzenia, w którym wymienione są oboje rodzice w przypadku dzieci naturalnych lub pasierbów poniżej 26 roku życia
 - Dowód adopcji w przypadku dziecka adoptowanego prawnie, które nie ukończyło 26 lat
 - Jeśli w wyniku kwalifikowanego nakazu medycznego dotyczącego alimentów na dziecko konieczne jest dodanie dzieci poniżej 26 roku życia, należy dostarczyć kopię nakazu
 - Dowód posiadania numeru ubezpieczenia społecznego
 - Jeśli masz dziecko, które musi pozostać na Twoim ubezpieczeniu po ukończeniu 26 lat z powodu upośledzenia fizycznego lub psychicznego, w wyniku którego nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, Biuro Funduszu wymaga okresowej dokumentacji jego niepełnosprawności. Informacje te muszą zostać dostarczone w ciągu 31 dni od ukończenia przez dziecko 26. roku życia.

Jeśli zdecydujesz się usunąć osobę na utrzymaniu z Planu, musisz wypełnić formularz rezygnacji i przesłać do Biura Funduszu dowód posiadania innego ubezpieczenia zdrowotnego dla tej osoby na utrzymaniu.

Wszelkie zmiany w statusie osoby na utrzymaniu muszą zostać wypełnione i odesłane do Biura Funduszu w załączonej kopercie ze znaczkiem i adresem zwrotnym do 2 grudnia 2024 r. Jeśli nie dodasz ani nie usuniesz osoby na utrzymaniu w trakcie otwartej rejestracji, musisz poczekać, aż Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu wystąpi zdarzenie kwalifikujące.

Kwalifikowany nakaz medyczny dotyczący alimentów na dziecko (QMCSO)

Jeśli jesteś zobowiązany do zapewnienia alimentów i opieki zdrowotnej na mocy Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), skontaktuj się z Fund Office, aby uzyskać wyjaśnienie wymaganych informacji. QMCSO to każdy wyrok, dekret lub nakaz wydany przez sąd, który wymaga zapewnienia opieki zdrowotnej dla dziecka. Aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące procedur administrowania QMCSO, skontaktuj się z Fund Office.

36Phlex Phact!

Oba plany medyczne wymagają wybrania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i uzyskania skierowań na określone usługi. Możesz również zostać zobowiązany do

korzystania z określonych usług w placówkach wyznaczonych przez PCP, aby były objęte ubezpieczeniem.

Jeśli NIE wybierzesz lekarza pierwszego kontaktu, świadczenia z planu mogą być ograniczone lub nie zostać wypłacone wcale.

Jeśli zmieniasz plan medyczny, sprawdź, czy Twój lekarz przyjmuje nowych pacjentów i czy jest lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej uczestniczącym w programie.

Opcje Twojego Planu Medycznego

Możesz wybierać między dwoma planami medycznymi i opcją rezygnacji. Chociaż oba plany medyczne zapewniają pokrycie kosztów niezbędnej opieki medycznej, działają one zupełnie inaczej. Ważne jest, abyś zrozumiał każdy plan, zanim zdecydujesz, która opcja jest najlepsza dla Ciebie i osób na Twoim utrzymaniu.

Aby zostać objętym którymkolwiek z planów, usługi medyczne lub materiały, które otrzymujesz, muszą być medycznie niezbędne, odpowiednie i kwalifikowalne. Jednak niektóre usługi i materiały nie są w ogóle objęte, podczas gdy korzyści z innych usług są ograniczone. Zapoznaj się z opisem planu skróconego, aby uzyskać więcej szczegółów na temat tego, co jest, a co nie jest objęte.

Wybór Twojego Planu Medycznego

- **Plan High Option** — jest to plan Direct Point of Service (DPOS). Jeśli wybierzesz plan High Option, będziesz mieć mniej PhlexPoints do wydania na inne świadczenia.
- **Podstawowy plan** — jest to plan Health Maintenance Organization (HMO). Jeśli wybierzesz tańszy podstawowy plan, Fundusz prześle Ci oszczędności w postaci dodatkowych punktów PhlexPoints, które możesz wydać na inne świadczenia.
- **Opt Out** — jeśli masz inne ubezpieczenie medyczne od innego pracodawcy lub małżonka, możesz zrezygnować z planu medycznego Funduszu i wydać swoje PhlexPoints na inne świadczenia. Jeśli zdecydujesz się zrezygnować, będziesz musiał wypełnić formularz Proof of Other Coverage. Będziesz musiał dostarczać te informacje Funduszowi co roku, tak długo, jak będziesz chciał zrezygnować z ubezpieczenia. Ta opcja zapewnia najwięcej PhlexPoints.

Nie zapomnij o opiece profilaktycznej

Ważne jest, aby rutynowe badania, testy i badania przesiewowe były priorytetem. Opieka profilaktyczna może wykryć przewlekłe choroby i infekcje, takie jak rak, cukrzyca i choroby serca, zanim przekształcą się w poważne problemy zdrowotne. Wczesne wykrycie zwiększa szanse na wyzdrowienie.

Pierwszym krokiem jest umówienie się na coroczne badanie kontrolne u lekarza pierwszego kontaktu (PCP). Zapytaj, jakie testy i badania przesiewowe masz wykonać. Na przykład American Cancer Society zaleca, aby osoby zaczęły przechodzić badania przesiewowe na raka jelita grubego w wieku 45 lat. Regularne badanie cholesterolu sprawdza objawy choroby wieńcowej. A coroczne wizyty kontrolne kobiet mogą wykryć raka piersi na wczesnym etapie.

Opieka profilaktyczna jest łatwa i niedroga. Większość usług profilaktycznych jest objęta 100%, o ile korzystasz z usług dostawcy w sieci.

Jeśli nie masz lekarza pierwszego kontaktu (PCP), możesz znaleźć go w Internecie pod adresem www.ibx.com lub skontaktować się z Działem Obsługi Członków Independence pod numerem (800) 275-2583.

Kluczowe różnice między planem High Option a planem podstawowym

Poniższa tabela podsumowuje kluczowe różnice między dwoma planami medycznymi. Przeczytaj resztę tego przewodnika, aby uzyskać szczegółowe opisy każdego planu.

Plan Opcji Wysokiej	Plan podstawowy
Musisz wybrać lekarza pierwszego kontaktu podczas rejestracji	
Możesz korzystać z lekarzy i szpitali swojego wyboru. Pozostanie w sieci zmniejsza Twoje koszty własne.	Twój lekarz rodzinny musi zapewnić Ci opiekę lub skierować Cię do specjalistów HMO
Odliczenie dotyczy osób spoza sieci/ tylko usługi opieki zlecone przez samego siebie; Twoja roczna franszyza wynosi 250 USD na osobę i 500 USD na rodzinę	Brak franszyzy
Większość usług pokryta w ramach sieci w 100%, bez udziału własnego	Większość usług pokryta w 100%
Usługi szpitalne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach sieci pokrywane w 100%, bez udziału własnego	Usługi szpitalne dla pacjentów hospitalizowanych pokrywane są w 100%, po dopłacie 100 USD dziennie (maksymalna dopłata: 500 USD za przyjęcie)
Operacja wymiany stawu kolanowego i biodrowego w ośrodku Blue Distinction Center + pokryta w 100%; usługi w innych placówkach sieciowych pokryte w 70%; nieobjęte ubezpieczeniem poza siecią	Operacja wymiany stawu kolanowego i biodrowego w ośrodku Blue Distinction Center + pokryta w 100%; usługi w innych placówkach sieciowych pokryte w 70%; nieobjęte ubezpieczeniem poza siecią
Za wizyty u lekarzy PCMH płacisz 10 USD dopłaty, a za wizyty w gabinetach innych lekarzy 20 USD	Za wizyty u lekarzy PCMH płacisz 15 USD dopłaty, za wizyty w gabinetach lekarzy spoza PCMH (w tym lekarzy PCP) 30 USD, a za wizyty u specjalistów 40 USD
W przypadku usług objętych ubezpieczeniem, gdy są świadczone przez dostawcę spoza sieci, Plan pokrywa 70% po odliczeniu franszyzy za większość kwalifikowanych wydatków	Brak korzyści poza siecią
Maksymalna kwota wydatków własnych wynosi 6750 dolarów na osobę i 13 500 dolarów na rodzinę.	Maksymalna kwota wydatków własnych wynosi 6750 dolarów na osobę i 13 500 dolarów na rodzinę.

Zdrowie i dobre samopoczucie (zdrowy styl życiaSM) — Pracujemy nad wsparciem Twojego zdrowia każdego dnia!

Większość ludzi myśli o swoim zdrowiu i świadczeniach opieki zdrowotnej tylko wtedy, gdy są chorzy — lub raz w roku, gdy nadchodzi czas corocznego badania. Prawdę mówiąc, powinieneś myśleć o swoim zdrowiu i świadczeniach opieki zdrowotnej każdego dnia.

Oto dlaczego. Wybory, których dokonujesz każdego dnia — jedzenie, które wybierasz, zapinanie pasów bezpieczeństwa, przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza — mogą mieć znaczący wpływ na Twoje zdrowie, zarówno pozytywny, jak i negatywny. Programy Independence Healthy Lifestyles Solutions mogą zaoferować Ci wsparcie i wskazówki, gdy podejmujesz pozytywne kroki w celu poprawy swojego zdrowia i szans na utrzymanie dobrego samopoczucia.

Od płacenia Ci za mądre wybory dotyczące stylu życia, które podejmujesz, po dostarczanie dostosowanych rozwiązań tak indywidualnych jak Ty, program Healthy Lifestyles Solutions został zaprojektowany, aby utrzymać Cię w zdrowiu. Co najlepsze, programy są bezpłatne dla Ciebie i Twoich uprawnionych osób na utrzymaniu. Aby móc uczestniczyć w programie Healthy Lifestyles Solutions, musisz być zapisany do jednego z 36 planów medycznych Phlex .

Aby uzyskać więcej informacji lub zapisać się do któregośkolwiek z programów w ramach programu Healthy Lifestyles Solutions, zadzwoń pod numer 800-ASK-BLUE od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–18:00 czasu wschodniego i postępuj zgodnie z instrukcjami programu Healthy Lifestyles Solutions. Informacje o programie można również znaleźć online na stronie www.ibxpress.com lub pobierając aplikację mobilną IBX.

Bądź zdrowy I jednocześnie nagradzany!

Zostań nagrodzony za codzienne podejmowanie małych kroków, które mogą przynieść duże zmiany w Twoim zdrowiu. Zwroty kosztów Healthy Lifestyles Solutions oferują Ci:

• Do 150 dolarów zwrotu za siłownię

- 150 dolarów zwrotu za zatwierdzony program zarządzania wagą
- 150 dolarów zwrotu za programy pomagające rzucić palenie

Ułatwiamy Ci zarabianie pieniędzy na zdrowy tryb życia dzięki naszym programom refundacji. Nie jest wymagana żadna rejestracja. Spełniasz wymagania kwalifikacyjne, gdy ukończysz 120 wizyt w zatwierdzonej placówce. Po prostu prześlij swoją dokumentację, aby szybko i bezpiecznie poprosić o zwrot kosztów.

Uwaga: Te programy są administrowane przez Independence Blue Cross. Musisz mieć ubezpieczenie w Independence w momencie składania wniosku o zwrot kosztów.

Pielęgniarka zarządzająca opieką zdrowotną może odpowiedzieć na Twoje pytania dotyczące zdrowia

Rozumiemy, że Twój czas jest cenny, co może jeszcze bardziej utrudnić Ci dbanie o zdrowie i radzenie sobie z przewlekłymi schorzeniami, takimi jak cukrzyca, astma i choroby serca. Dlatego w biurze funduszu świadczeń SEIU Local 32BJ District 36 Benefit Fund Office zatrudniona jest pielęgniarka ds. zarządzania zdrowiem, która może udzielić Ci wskazówek i pomóc Ci aktywnie uczestniczyć w radzeniu sobie ze swoim stanem.

Pielęgniarka jest tutaj, aby:

- Odpowiedzieć na Twoje pytania
- Przegląd oznak i objawów przewlekłych schorzeń
- Pomoc w przygotowaniu pytań do lekarza
- Wysłać Ci przydatne informacje

36Phlex Phact!

Aby kwalifikować się, musisz zapisać się do programu Healthy Lifestyles Solutions. Obowiązują specjalne ograniczenia i wytyczne. Program Healthy Lifestyles Solutions jest administrowany przez Independence Blue Cross, a szczegóły programu mogą ulec zmianie w dowolnym momencie. Zadzwoń, wejdź na stronę www.ibxpress.com lub pobierz aplikację mobilną IBX, aby uzyskać najnowsze informacje na temat programu Healthy Lifestyles Solutions.

36Phlex Phact!

Aby kwalifikować się do otrzymania zwrotu kosztów, musisz mieć wybrane ubezpieczenie medyczne Independence.

Pielęgniarka będzie z Tobą pracować jeden na jeden nad problemami medycznymi, które są dla Ciebie ważne, mając na celu pomóc Ci być tak zdrowym, jak to możliwe. Wszystkie rozmowy są całkowicie poufne.

Skontaktuj się z Benefit Fund Office i porozmawiaj z pielęgniarką Judy. 10-minutowa rozmowa może poprowadzić Cię na ścieżkę poprawy zdrowia i ogólnie zdrowszego życia.

Pielęgniarka jest dostępna od 9:00 do 16:30, od poniedziałku do piątku. Można się z nią skontaktować telefonicznie pod numerem 215-568-2345 lub 800-338-9025, wew. 1401 (poza obszarem objętym obowiązkiem telefonicznym).

Program zarządzania zdrowiem w przypadku cukrzycy

Jeśli masz cukrzycę, możesz kwalifikować się do udziału w Programie zarządzania zdrowiem dla diabetyków. Program koncentruje się na pomocy w zarządzaniu i leczeniu cukrzycy. Program jest poufny i dobrowolny. Po zapisaniu się musisz wyrazić zgodę na ukończenie programu, aby otrzymać pełną korzyść.

W ramach programu możesz otrzymać:

- Indywidualne konsultacje telefoniczne i kontrole prowadzone przez naszą oddaną pielęgniarkę
- Obniżone dopłaty do leków generycznych i markowych stosowanych w leczeniu cukrzycy
- Informacje od dietetyków, jak radzić sobie z cukrzycą

Korzyści dla zdrowia behawioralnego

Twoje świadczenie z tytułu opieki nad zdrowiem psychicznym jest pokrywane przez MHC i nie stanowi części świadczeń medycznych w ramach planu medycznego Independence Blue Cross Medical Plan.

MHC jest tutaj, aby wesprzeć Ciebie i Twoją rodzinę, którzy mogą mieć problemy z używaniem substancji lub mieć problemy emocjonalne lub psychiczne. Doświadczeni specjaliści MHC zapewnią Ci najlepszą możliwą opiekę i uwagę. Aby dowiedzieć się więcej o korzyściach i usługach związanych ze zdrowiem behawioralnym, które są dla Ciebie dostępne, zadzwoń pod numer 800-255-3081 lub odwiedź ich stronę internetową www.mhconsultants.com.

Pokaż swoją kartę MHC, jeśli potrzebujesz leczenia u dostawcy usług zdrowia behawioralnego. Skontaktuj się bezpośrednio z MHC pod numerem 800-255-3081, aby porozmawiać z MHC Case Manager.

MHC może pomóc w takich problemach

jak:

- Lęk/Stres

- Używanie substancji

- Depresja

- Stres pourazowy

- Smutek

- Problemy rodzinne

- I wiele więcej.

Przegląd korzyści z planu High Option

Ta tabela daje Ci szybki przegląd High Option Medical Plan. Zapoznaj się z opisem planu zbiorczego, aby uzyskać pełne informacje o korzyściach High Option Plan.

KORZYŚĆ	W SIECI/ODSŁANE	POZA SIECIĄ/SAMOSKIE ZWRÓCENIE
Roczna franszyza	Brak	250 USD/osoba; 500 USD/rodzina
Roczny maksymalny wydatek własny ⁸	6750 USD/osoba; 13500 USD/rodzina	6750 USD/osoba; 13500 USD/rodzina
Wizyty w gabinecie lekarskim skoncentrowane na pacjencie	100% po uiszczeniu dopłaty w wysokości 10 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Wizyty w gabinecie lekarskim (nie w ramach PCMH) Usługi podstawowe i specjalistyczne	100% po uiszczeniu dopłaty w wysokości 20 USD (w przypadku dostawcy innego niż PCMH)	70% po odliczeniu franszyzy
Rutynowe badanie ginekologiczne/badanie cytologiczne 1 na rok kalendarzowy	100%	70%, bez franszyzy
Mammografia	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Szczepienia pediatryczne	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Terapia fizyczna, zajęciowa lub logopedyczna ^{4, 5} do 30 wizyt w roku kalendarzowym	100% po uiszczeniu dopłaty w wysokości 20 USD	Nieobjęte
Rehabilitacja kardiologiczna i płucna do 36 wizyt w roku kalendarzowym	100% po uiszczeniu dopłaty w wysokości 20 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Chiropraktyka (manipulacja kręgosłupem) ⁵ do 10 wizyt w roku kalendarzowym	100% po uiszczeniu dopłaty w wysokości 20 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Szpital dla pacjentów stacjonarnych 1	100%	70% po odliczeniu do 70 dni w roku kalendarzowym
Wymiana stawu kolanowego i biodrowego ^{1, 2} , Niebieskie Centrum Rozróżnienia + Wszystkie inne udogodnienia	100% 70%	Nieobjęte Nieobjęte
Opieka w nagłych przypadkach	40\$ dopłaty	70% po odliczeniu franszyzy
Izba przyjęć IS Wizyta 1 i 2	Dopłata 100 USD (zwalniana w przypadku przyjęcia)	Dopłata 100 USD, brak odliczeń (zwolnienie w przypadku przyjęcia)
Wizyta na ostrym dyżurze 3 plus	Dopłata 200 USD (zwalniana w przypadku przyjęcia)	Dopłata 200 USD, brak udziału własnego (zwolnienie w przypadku przyjęcia)
Laboratorium/Patologia ambulatoryjna	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Dializa/Radiacja/Chemioterapia	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Opieka domowa ¹ do 200 wizyt w roku kalendarzowym	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Opieka hospicyjna ¹ do 210 dni w ciągu całego życia	100%	Nieobjęte
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy 1 do 60 dni w roku kalendarzowym	100%	Nieobjęte
Zabiegi ambulatoryjne (w przypadku niektórych zabiegów ambulatoryjnych może być wymagana wcześniejsza certyfikacja) ¹	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Rentgen/Radiologia ambulatoryjna ^{1, 4, 5}	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Trwały sprzęt medyczny ¹	100%	Nieobjęte
Ambulans		
Transport awaryjny	100%	100%, bez franszyzy
Transport niebędący nagłym wypadkiem ¹	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Pielęgniarstwo ambulatoryjne prywatne ¹ do 360 godzin w roku kalendarzowym	90%	70% po odliczeniu franszyzy
Program zdrowia behawioralnego/uzywania substancji psychoaktywnych (obejmuje opiekę psychiatryczną i uzależnienie od substancji psychoaktywnych) UWAGA: Program nie jest częścią planu medycznego. Zadzwoń do MHC pod numer (800) 255-3081.		
Szpitalny ^{6, 7}	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Wizyty ambulatoryjne poza gabinetem ⁶	100%	70% po odliczeniu franszyzy
Ambulatoryjne ⁶	100%, po dopłacie 20\$	70% po odliczeniu franszyzy

1 Wymagana jest wstępna certyfikacja dla tych usług. Aby uzyskać więcej informacji na temat usług wymagających wstępnej certyfikacji, skontaktuj się z działem obsługi członków Keystone HPE (Independence Blue Cross).

2 Leczenie wykonane w ośrodku Blue Distinction Center + w celu wymiany stawu kolanowego lub biodrowego jest objęte 100% ubezpieczeniem; leczenie wykonane w ośrodku Blue Distinction Center lub innym uczestniczącym ośrodku Keystone lub wyznaczonym przez AmeriHealth jest objęte 70%. Nie obejmuje ono kosztów wymiany stawu kolanowego/biodrowego wykonanej poza siecią.

3. Należy udać się do wybranego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP).

4. Należy udać się do placówki wyznaczonej przez lekarza pierwszego kontaktu w celu rozważenia opieki w sieci.

5 Wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP).

6 Usługi w sieci administrowane przez MHC, Inc., nie Keystone ani AmeriHealth. Skontaktuj się z MHC, aby uzyskać listę dostawców sieci. Zadzwoń do MHC pod numer 800-255-3081 lub odwiedź witrynę HMC online na stronie www.mhconsultants.com.

7 Wymagana wstępna certyfikacja dla tych usług. Skontaktuj się z MHC, aby uzyskać więcej informacji na temat wstępnej certyfikacji usług związanych ze zdrowiem behawioralnym/leczaniem uzależnień.

8 Roczny maksymalny wydatek własny obejmuje wydatki na pokrycie rocznej kwoty odliczenia, a także pieniądze, które wydajesz na dopłaty i współubezpieczenia w ciągu roku. Istnieje osobny maksymalny wydatek własny na leki na receptę (patrz strona 11).

Podsumowanie korzyści z planu podstawowego

Ta tabela daje szybki podgląd Podstawowego Planu Medycznego. Podstawowy Plan ma zasięg tylko w sieci. Wymagane są skierowania. NIE MA pokrycia dla dostawców lub placówek spoza sieci. Zapoznaj się z opisem planu skróconego, aby uzyskać pełne informacje o korzyściach z planu podstawowego.

KORZYŚĆ	W SIECI
Maksymalna kwota wydatków własnych w skali roku***	6750 USD/osoba; 13500 USD/rodzina
Wizyty w gabinecie lekarskim ³	Dostawca PCMH: 100%, po dopłacie 15 USD Pacjenci PCP niebędący pacjentami PCMH: 100%, po dopłacie 30 USD; Specjalista: 100% po dopłacie 40 USD
Rutynowe badanie ginekologiczne/badanie cytologiczne 1 na rok kalendarzowy; skierowanie nie jest wymagane	100%
Badanie mammograficzne — nie jest wymagane skierowanie	100%
Szczepienia pediatryczne	100%
Terapia Fizjoterapeutyczna i Zajęciowa ⁴ , 5 do 30 wizyt łącznie w roku kalendarzowym	100%, po dopłacie 40 USD
Rehabilitacja kardiologiczna i płucna ⁵ do 36 wizyt w roku kalendarzowym	100%, po dopłacie 40 USD
Terapia logopedyczna ⁵ do 20 wizyt w roku kalendarzowym	100%, po dopłacie 40 USD
Chiropraktyka (manipulacja kręgosłupem) ⁵ do 20 wizyt w roku kalendarzowym	100%, po dopłacie 40 USD
Szpital dla pacjentów stacjonarnych 1	100%, dopłacie 100 USD dziennie; (Maksymalna dopłata: 500 USD za jedno wejście)
Wymiana stawu kolanowego i biodrowego ^{1, 2} Niebieskie Centrum Rozróżnienia + Wszystkie inne udogodnienia	100% 70%
Opieka w nagłych przypadkach	50\$ dopłaty
Izba przyjęć IS Wizyta 1 i 2 <small>Wizyta na ostrym dyżurze 3 plus</small>	Dopłata 100 USD (nie jest zwalniana w przypadku przyjęcia) Dopłata 200 USD (nie jest zwalniana w przypadku przyjęcia)
Laboratorium/Patologia ambulatoryjna ⁴ , 5	100%
Dializa/Radiacja/Chemioterapia ⁵	100%
Opieka domowa ¹	100%
Opieka hospicyjna ¹	100%
Zakład Opiekuńczo-Lecniczy 1 do 120 dni w roku kalendarzowym	100%, po dopłacie 50 USD dziennie; (Maksymalna dopłata: 250 USD za wstęp)
Chirurgia ambulatoryjna ⁵	100%, po dopłacie 50 USD
Rentgen/Radiologia ambulatoryjna ⁴ , 5	Rutynowe/Diagnostyczne: 100%, po dopłacie 40 USD MRI/MRA, CT/CTA, PET: 100% po dopłacie 80 USD
Trwały sprzęt medyczny i protezy ¹ , 5	70%
Pogotowie ratunkowe (usługi pogotowia ratunkowego w przypadkach niebędących nagłymi wymagającymi wcześniejszej certyfikacji)	100%
Pielęgniarstwo ambulatoryjne prywatne ¹ , 5 do 360 godzin rocznie	90%
Program zdrowia behawioralnego/używania substancji psychoaktywnych (obejmuje opiekę psychiatryczną i uzależnienie od substancji psychoaktywnych) UWAGA: Program nie jest częścią planu medycznego. Zadzwoń do MHC pod numer (800) 255-3081.	
Pacjenci stacjonarni ⁶ , 7	100%, po dopłacie 100 USD dziennie (Maksymalna dopłata: 500 USD za jedno wejście)
Wizyty ambulatoryjne poza gabinetem lekarskim ⁶	100%
Leczenie ambulatoryjne	100%, po dopłacie 30 USD
Za usługi świadczone poza siecią nie przysługują żadne świadczenia.	

1 Wymagana jest wstępna certyfikacja dla tych usług. Aby uzyskać więcej informacji na temat usług wymagających wstępnej certyfikacji, skontaktuj się z działem obsługi członków Keystone HPE (Independence Blue Cross).

2 Leczenie wykonane w ośrodku Blue Distinction Center + w celu wymiany stawu kolanowego lub biodrowego jest objęte 100% ubezpieczeniem; leczenie wykonane w ośrodku Blue Distinction Center lub innym uczestniczącym ośrodku Keystone lub wyznaczonym przez AmeriHealth jest objęte 70%. Nie obejmuje ono kosztów wymiany stawu kolanowego/biodrowego wykonanej poza siecią.

3. Należy udać się do wybranego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP).

4. Należy udać się do placówki wyznaczonej przez lekarza pierwszego kontaktu w celu rozważenia opieki w sieci.

5 Wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP).

6 Usługi w sieci administrowane przez MHC, Inc., nie Keystone ani AmeriHealth. Skontaktuj się z MHC, aby uzyskać listę dostawców sieci. Zadzwoń do MHC pod numer 800-255-3081 lub odwiedź witrynę HMC online na stronie www.mhconsultants.com.

7 Wymagana wstępna certyfikacja dla tych usług. Skontaktuj się z MHC, aby uzyskać więcej informacji na temat wstępnej certyfikacji usług związanych ze zdrowiem behawioralnym/leczeniem uzależnień.

8 Roczny maksymalny wydatek własny obejmuje wydatki na pokrycie rocznej kwoty odliczenia, a także pieniądze, które wydajesz na dopłaty i współubezpieczenia w ciągu roku. Istnieje osobny maksymalny wydatek własny na leki na receptę (patrz strona 11).

Ważne terminy

Maksymalna roczna dopłata —

to maksymalna kwota, jaką zapłacisz z własnej kieszeni w formie dopłat za usługi w sieci, które otrzymujesz w ciągu roku. Po osiągnięciu rocznego maksimum plan pokrywa 100% kosztów usług w sieci przez resztę roku.

Niebieskie Centrum Rozróżnienia + —

Ośrodki chirurgii ambulatoryjnej z oznaczeniem Blue Cross specjalizujące się w wymianie stawu kolanowego i biodrowego. Ośrodki Blue Distinction Centers + spełniają wysokie standardy jakości, kosztów, wiedzy fachowej, skuteczności i wydajności.

Współubezpieczenie—

jest to procent kwalifikowanych kosztów, które płacisz za usługi, po uiszczeniu kwoty odliczenia.

Współpłacenie—

jest to stała kwota, którą płacisz za niektóre usługi medyczne w momencie otrzymania opieki.

Podlegający potrąceniu-

jest to część pokrywanych przez Ciebie wydatków, którą płacisz każdego roku, zanim Twój plan medyczny zacznie wypłacać świadczenia za określone usługi.

Dostawcy w sieci —

to wybrana grupa dostawców i placówek, które zgodziły się pobierać ustalone opłaty za swoje usługi. Kiedy korzystasz z usług tych dostawców, otrzymujesz „opiekę w ramach sieci”.

Wydatki niezbędne ze względów medycznych —

są objęte planami, jeśli są usługami lub dostawami uważanymi za niezbędne i właściwe oraz objęte planem. Niektóre usługi i dostawy nie są w ogóle objęte, podczas gdy korzyści z innych usług (takich jak opieka chiropraktyczna) są ograniczone. Ponadto wydatek musi zostać poniesiony, gdy pacjent jest objęty planem, chyba że wyraźnie określono inaczej.

Dostawcy spoza sieci (tylko plan High Option) —

są to lekarze, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej lub placówki, które nie należą do wybranej grupy świadczeniodawców w ramach Planu High Option.

Dom Medyczny Skoncentrowany na Pacjencie (PCMH) —

Blue Cross zidentyfikował niektórych lekarzy, w tym PCP, którzy uczestniczą w Patient-Centered Medical Home (PCMH). PCMH to gabinet lub grupa lekarzy, którzy współpracują ze sobą, aby lepiej koordynować i personalizować Twoją opiekę. Uzyskanie opieki w PCMH i wybranie lekarza PCMH jako swojego PCP pozwoli Ci zaoszczędzić pieniądze.

Limit planu (tylko plan High Option) —

jest to kwota, jaką plan płaci za konkretną usługę medyczną na wyznaczonym obszarze geograficznym. Jesteś odpowiedzialny za opłaty przekraczające limit planu, jeśli nie korzystasz z usługodawcy sieciowego.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) —

jest czasami nazywany „lekarzem rodzinnym”. To lekarz, który zapewnia pierwszy kontakt, gdy masz problem zdrowotny. PCP zapewnia również ciągłą opiekę i skierowania do specjalistów w razie potrzeby. Blue Cross wyznaczył niektórych lekarzy jako „PCP”; musisz skonsultować się z Blue Cross Physician Directory, aby wybrać kwalifikującego się PCP.

Opieka zlecona samodzielnie (tylko plan High Option) —

jest to opieka, której nie otrzymasz od swojego lekarza pierwszego kontaktu lub opieka, którą otrzymasz bez skierowania od swojego lekarza pierwszego kontaktu. Jest to najdroższy sposób otrzymania opieki.

W przypadku opieki zleconej przez pacjenta, plan zazwyczaj pokrywa 70% kwoty ustalonej w ramach planu po spełnieniu przez pacjenta rocznego obowiązku odliczenia.

Korzyści z leków na receptę

Ubezpieczenie leków na receptę, zapewniane przez CVS Caremark, rozpoczyna się automatycznie po zapisaniu się na ubezpieczenie medyczne w ramach jednej z 36 opcji planu Phlex. Możesz otrzymać zapas leków na okres do 30 dni, udając się do dowolnej apteki sieciowej i okazując kartę identyfikacyjną leków na receptę CVS Caremark. Możesz otrzymać zapas leków na okres do 90 dni, udając się bezpośrednio do dowolnej apteki CVS lub korzystając z apteki wysyłkowej CVS Caremark. Nie będziesz uprawniony do świadczeń z tytułu leków na receptę, jeśli zrezygnujesz z planu medycznego.

Twoje dopłaty

Za każdym razem, gdy realizujesz receptę, będziesz płacić dopłatę, której wysokość zależy od klasyfikacji leku. Istnieją trzy poziomy leków na receptę:

- **Generyczne** — leki na receptę, które są tańszymi odpowiednikami leków markowych. Są zatwierdzone przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków i mają te same składniki aktywne, co ich odpowiedniki markowe.
- **Formularz** — lista leków markowych wybranych przez panel lekarzy i farmaceutów. Leki wchodzące w skład formularza są starannie dobrane pod kątem skuteczności, bezpieczeństwa i ceny.
- **Nierecepturowe** — leki markowe, których nie ma w recepturze. Płacisz 100% kosztów leków nierecepturowych. Leki recepturowe.

Jeśli Twoja recepta dotyczy:	Sprzedaż detaliczna		Dom
	(zapas na 30 dni)	(zapas na 90 dni)*	Dostawa (zapas na 90 dni)
Ty płacisz			
Leki generyczne	7 dolarów	14 dolarów	14 dolarów
Recepturowe leki markowe	22 dolary	44 dolary	44 dolary
Leki nieobjęte formularzem	Płacisz 100% kosztów.		

*Aby zrealizować receptę na 90-dniowy zapas leków w aptece stacjonarnej, należy udać się do apteki CVS Pharmacy.

Maksymalna kwota wydatków własnych w ciągu roku

Istnieje roczny maksymalny limit wydatków własnych na leki na receptę. Po osiągnięciu rocznego maksymalnego limitu wydatków własnych Plan pokrywa 100% kosztów leków na receptę.

Twoje dopłaty dotyczą Roczno Maksymalnego Wydatku Własnego. Wydatki poniesione na leki nieobjęte Planem Leków na Receptę nie mają zastosowania. Istnieje osobne Roczne Maksymalne Wydatki Własne dla świadczeń medycznych.

Maksymalne roczne wydatki własne na leki na receptę wynoszą: • Osoba

samotna: 1950 USD • Rodzina: 3900 USD

Czym jest formularz?

Formularz jest listą leków generycznych i markowych. Formularz został opracowany przez komitet lekarzy i farmaceutów w CVS Caremark. Komitet regularnie przegląda i aktualizuje formularz w oparciu o najnowsze dostępne informacje o skuteczności każdego leku.

Aktualny wykaz leków znajdziesz po zarejestrowaniu się na stronie www.caremark.com. Formularz może ulegać zmianom w ciągu roku ze względu na dodawanie nowych leków, pojawianie się generycznych odpowiedników leków markowych lub zmianę ich statusu w formularzu.

36Phlex Phact!

90-dniowe zapasy
detaliczne dostępne są
wyłącznie w aptekach CVS.

36Phlex Phact!

Korzystanie z CVS Caremark
Apteka wysyłkowa oferująca
leki podtrzymujące
pozwoli zaoszczędzić
Twoje pieniądze.

Korzyści stomatologiczne

Regularna, profesjonalna opieka stomatologiczna jest nie tylko niezbędna dla dobrego zdrowia, ale może również zapobiegać poważnym lub kosztownym problemom. Dlatego nasz Plan Stomatologiczny, oferowany przez Delta Dental, obejmuje pełen zakres usług stomatologicznych, w tym diagnostykę i opiekę profilaktyczną.

Zapis do Dental Plan jest opcjonalny — zapisz się do planu, jeśli Ty (lub osoby na Twoim utrzymaniu) potrzebujecie ubezpieczenia. Możesz zapisać się do Dental Plan, nawet jeśli zrezygnujesz z ubezpieczenia medycznego, i możesz zapisać się na inny poziom ubezpieczenia. Na przykład możesz zapisać się na ubezpieczenie medyczne wyłącznie dla pracowników, ale zapisać się na ubezpieczenie stomatologiczne dla rodziny. Możesz też zrezygnować i wykorzystać swoje punkty Phlex gdzie indziej. Wybór należy do Ciebie.

Tabela świadczeń stomatologicznych

Podlegający potrąceniu	Nic
Maksymalna roczna korzyść	3000 dolarów na osobę rocznie
Opieka profilaktyczna i diagnostyczna <ul style="list-style-type: none">• Badanie jamy ustnej, czyszczenie, zdjęcia zgryzowo-skrzydłowe (dwa razy w roku); zdjęcia rentgenowskie całej jamy ustnej co 36 miesięcy• Zabiegi fluoryzacji do 19 roku życia (obowiązują limity)• Uszczelniacze lub środki utrzymujące przestrzeń (obowiązują ograniczenia wiekowe)	100%
Podstawowa odbudowa <ul style="list-style-type: none">• Wypełnienia	100%
Główne działania naprawcze <ul style="list-style-type: none">• Naprawy istniejących koron• Wkłady, nakłady, korony, wypełnienia odlewane• Mosty i protezy	50%
Endodoncja <ul style="list-style-type: none">• Leczenie kanałowe	80%
Periodontologia <ul style="list-style-type: none">• Leczenie dziąseł	80%
Ortodoncja	50% Maksymalnie 1000 dolarów na całe życie

Jak korzystanie z usług uczestniczącego dentysty może zaoszczędzić Ci pieniądze

Oto przykład, jak korzystanie z usług stomatologa z sieci Delta Dental może pomóc Ci zaoszczędzić pieniądze.

Zabieg: Korona	Jeśli używasz uczestniczący dentysta	Jeśli korzystasz z usług dentysty niebiorącego udziału w programie
Oплата za wizytę u dentysty	900 dolarów	900 dolarów
Zakontraktowana stawka Delta Dental (wydatek kwalifikowany)	700 dolarów	700 dolarów
Plan płaci (50% stawki umownej)	350 dolarów	350 dolarów
Ty płacisz	350 dolarów	550 USD (różnica między stawką kontraktową Deltę a honorarium dentysty wynoszącym 900 USD)

Uwaga: Ta tabela jest tylko do celów ilustracyjnych. Rzeczywiste koszty mogą się różnić.

Z góry określ korzyści za leczenie powyżej 300 USD

Jeśli Twoje leczenie ma kosztować 300 USD lub więcej, poproś dentystę o „wstępne ustalenie korzyści” z Delta Dental przed rozpoczęciem leczenia (oznacza to ocenę, czy sugerowane leczenie jest odpowiednie i ustalenie, ile Plan zapłaci za opiekę). Dzięki wstępnemu ustaleniu dokładnie wiesz, ile zapłaci Plan — i ile zapłacisz Ty. W ten sposób możesz dokonać ustaleń finansowych przed rozpoczęciem leczenia.

Aby wstępnie ustalić świadczenia, Twój dentysta musi wysłać formularz roszczenia do Delta Dental, w którym opisz proponowane leczenie i szacunkowe koszty. Delta Dental wyśle Ci oświadczenie, w którym pokaże usługi, które zostaną objęte ubezpieczeniem, oraz ile zapłaci Plan. Możesz omówić plan leczenia ze swoim dentystą i uzgodnić usługi, które mają zostać wykonane. Po zakończeniu leczenia odeślij oryginalne oświadczenie, z datami usług i wymaganymi podpisami, do Delta Dental w celu zapłaty.

Aby uzyskać pełną listę ograniczeń i wykluczeń dotyczących ubezpieczeń stomatologicznych, zapoznaj się z opisem planu skróconego.

36Phlex Phact!

W ramach Discount Vision Plan nie ma ograniczeń co do liczby użyć karty identyfikacyjnej, aby uzyskać usługi opieki okulistycznej lub okulary. Nie możesz jednak używać swojej karty w połączeniu z żadnymi ofertami specjalnymi, takimi jak kupony lub specjalne promocje.

W ramach Planu Enhanced Vision nie możesz łączyć swojego korzystania z karty z ofertami specjalnymi, takimi jak kupony lub promocje.

Korzyści dla wzroku

Plan 36Phlex oferuje dwie opcje ubezpieczenia wzroku:

- Program ulepszonego widzenia — Opieka jest świadczona za pośrednictwem sieci optometrystów i okulistów. Aby uzyskać maksymalne korzyści, musisz korzystać z opieki uczestniczących lekarzy lub optometrystów; i
- Program zniżek na badania wzroku — program ten umożliwia otrzymanie zniżek na badanie wzroku, okulary i soczewki kontaktowe.

Możesz zapisać się sam lub wybrać ubezpieczenie dla siebie i swojej rodziny.

Plan ulepszonej wizji — jak działa plan

Masz możliwość otrzymania opieki okulistycznej od uczestniczącego dostawcy National Vision Administrator (NVA) lub dowolnego innego specjalisty opieki okulistycznej. Jednak otrzymujesz maksymalne korzyści, gdy korzystasz z uczestniczącego lekarza okulisty lub optometrysty.

- Korzystając z usług uczestniczącego dostawcy, otrzymujesz maksymalne korzyści, ponieważ plan pokrywa pełny koszt lub dużą część kosztów większości standardowych usług; obowiązują pewne limity.
- Jeśli korzystasz z usług nieuczestniczącego dostawcy, plan zwróci Ci koszty badań, oprawek okularowych i soczewek lub soczewek kontaktowych zgodnie z harmonogramem. Płacisz pełny koszt, gdy otrzymujesz usługi. Następnie musisz złożyć wniosek o zwrot części kosztów przypadającej na plan.

Co obejmuje plan

Gdy otrzymasz usługi od dostawcy uczestniczącego w NVA, plan pokrywa koszt badania wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19 roku życia, sztuka pokrywa koszt badania wzroku raz na 12 miesięcy.

Plan pokrywa również koszt jednej pary nowych soczewek i oprawek lub soczewek kontaktowych do kwoty 120 USD co 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19 roku życia plan pokrywa koszt nowych soczewek i oprawek lub soczewek kontaktowych do kwoty 120 USD co 12 miesięcy.

Jeśli korzystasz z usług nieuczestniczącego dostawcy usług okulistycznych, plan pokryje do 30 USD za badanie wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19 roku życia plan pokryje do 30 USD co 12 miesięcy.

Plan obejmuje także do 60 dolarów za soczewki i do 60 dolarów za oprawki, lub do 120 dolarów za soczewki kontaktowe, raz na 24 miesiące dla dzieci i dorosłych.

Koszty nieobjęte ubezpieczeniem (Należy pamiętać, że jest to tylko częściowa lista.)

Plan Wizji nie obejmuje:

- Fotografia dna oka;
- Leczenie medyczne lub chirurgiczne oczu; usługi lub materiały świadczone na mocy ustawy o odszkodowaniach dla pracowników lub uzyskane przez jakąkolwiek agencję rządową lub program; lub
- Okulary przeciwsłoneczne zwykle lub korekcyjne.

Aby uzyskać pełną listę ograniczeń i wykluczeń dotyczących widzenia, zapoznaj się z opisem planu skróconego.

Program rabatowy Vision — jak działa plan

Program Discount Vision Care nie jest planem pełnego pokrycia. Jeśli zapiszesz się do tego planu, otrzymasz zniżkę od niektórych dostawców na produkty i usługi dostępne dla ogółu społeczeństwa.

Program Discount Vision jest oferowany przez National Vision Administrators (NVA). NVA ma sieć uczestniczących okulistów, optometrystów i optyków, którzy mogą Ci pomóc. Musisz skorzystać z usług uczestniczącego dostawcy NVA i okazać swoją kartę identyfikacyjną NVA, aby uzyskać usługi ze zniżką. Wystarczy wybrać uczestniczącego dostawcę, dzwoniąc do NVA pod numer 800-672-7723 lub dzwoniąc do biura Fund Office.

Koszty nieobjęte ubezpieczeniem (Należy pamiętać, że jest to tylko częściowa lista.)

Program Rabatowy Vision nie obejmuje:

- Leczenie medyczne lub chirurgiczne oczu;
- Narkotyki lub leki;
- Soczewki bez recepty;
- Badanie lub materiały nie wymienione jako usługa objęta ubezpieczeniem;
- Usługi lub materiały dostarczane przez rząd federalny, stanowy lub lokalny albo pracowników odszkodowanie; i
- Pomoce dla osób słabowidzących.

Aby uzyskać pełną listę ograniczeń i wykluczeń dotyczących widzenia, zapoznaj się z opisem planu skróconego.

36Phlex Phact!

To świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie przysługuje zazwyczaj tylko w przypadku śmierci ubezpieczającego w trakcie aktywnego zatrudnienia objętego ubezpieczeniem.

Każde świadczenie z tytułu AD&D płatne w wyniku Twojego nieszczęśliwego zgonu jest równe kwocie Twojego ubezpieczenia na życie i jest wypłacane oprócz świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie.

Wysokość świadczenia AD&D zależy od rodzaju szkody nieszczęśliwej. Zapoznaj się z opisem planu skróconego lub zadzwoń do biura funduszu, aby uzyskać szczegółowe informacje.

Mogą obowiązywać pewne wyłączenia i ograniczenia. Pełną listę wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Opisie planu skróconego.

Ubezpieczenie na życie i od nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczenie od rozczłonkowania (AD&D)

Dziś ubezpieczenie na życie to coś więcej niż „świadczenie dające spokój ducha” — to jedna z niezbędnych rzeczy do życia.

Ubezpieczenie na życie ma na celu zapewnienie ochrony Twojej rodzinie lub osobom, które liczą na Twój dochód, w przypadku Twojej śmierci. Ubezpieczenie na wypadek śmierci i rozczłonkowania w wyniku wypadku (AD&D) wypłaca świadczenie, jeśli doznasz przypadkowej utraty kończyny lub wzroku, a także wypłaca świadczenie Twoim beneficjentom, jeśli umrzesz w wyniku wypadku objętego ubezpieczeniem. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie jest wypłacane tylko w przypadku śmierci w trakcie aktywnego zatrudnienia objętego ubezpieczeniem. Wszelkie świadczenie z tytułu AD&D wypłacane w wyniku Twojej śmierci w wyniku wypadku jest równe kwocie Twojego ubezpieczenia na życie i jest wypłacane dodatkowo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie. Wysokość świadczenia z tytułu AD&D zależy od rodzaju przypadkowej straty. Mogą obowiązywać wyłączenia i pewne ograniczenia. Zapoznaj się z opisem planu skróconego lub zadzwoń do biura funduszu, aby uzyskać szczegółowe informacje.

Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego Twoim bliskim w przypadku Twojej śmierci jest ważne. Fundusz pokrywa pełny koszt ubezpieczenia na życie w wysokości 10 000 USD i 10 000 USD ubezpieczenia AD&D. Możesz zdecydować się na zakup większej kwoty ubezpieczenia na życie i AD&D, jak wyjaśniono poniżej.

Osoby pozostające na utrzymaniu nie kwalifikują się do ubezpieczenia na życie ani ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D).

Wysokość ubezpieczenia na życie

Ponieważ zakres ochrony odpowiedni dla każdej osoby jest różny, Plan 36Phlex oferuje trzy zakresy ochrony:

- 10 000 dolarów
- 25 000 dolarów
- 50 000 dolarów

Aby dowiedzieć się, ile punktów PhlexPoints potrzebujesz na zakup ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D), zapoznaj się z formularzem rejestracyjnym.

Nie zapomnij – Twój beneficjent

Aby mieć pewność, że świadczenia zostaną wypłacone osobie, której chcesz, musisz wskazać swojego beneficjenta — i aktualizować swoje oznaczenia beneficjenta w miarę zmian w Twoim życiu. Jeśli jesteś osobą uprawnioną od niedawna lub nastąpiły zmiany w Twoim statusie osoby na utrzymaniu, wypełnij formularz Demographic Census/Beneficiary Information. Skontaktuj się z Fund Office, jeśli potrzebujesz nowego formularza. Należy zwrócić formularz do Biura Funduszu.

Świadczenia z tytułu niepełnosprawności

Jeśli jesteś pracownikiem pełnoetatowym, a Twój pracodawca wplaca dodatkową składkę do Funduszu na świadczenia z tytułu niepełnosprawności, masz prawo do świadczeń z tytułu niepełnosprawności. Świadczenia z tytułu niepełnosprawności zapewniają Tobie i Twojej rodzinie dodatkową tygodniową wypłatę, jeśli staniesz się niepełnosprawny i nie będziesz mógł pracować z powodu choroby lub urazu niezwiązanego z pracą.

Konkretny czas trwania niepełnosprawności jest ustalany na podstawie diagnozy i ustalonych wytycznych dotyczących niepełnosprawności. Jednak żadna niepełnosprawność nie może przekroczyć maksymalnego świadczenia wynoszącego 26 tygodni.

Aby rozpatrzyć wniosek o świadczenia z tytułu niepełnosprawności, musisz wypełnić formularz wniosku o świadczenia z tytułu niepełnosprawności i dostarczyć dokumentację od lekarza posiadającego kwalifikacje prawne, potwierdzającą, że jesteś niepełnosprawny i niezdolny do wykonywania swoich zwykłych obowiązków zawodowych. Uwaga: Dostawcy MHC mogą również poświadczać niepełnosprawność.

Jeśli spełniasz kryteria, będziesz otrzymywać tygodniowe świadczenie równe procentowi Twojego regularnego wynagrodzenia, do maksymalnej kwoty tygodniowej, w okresie Twojej niepełnosprawności i pozostawania pod bezpośrednią regularną opieką lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje lub Twoją opieką zajmuje się dostawca usług w zakresie zdrowia psychicznego/używania substancji psychoaktywnych MHC.

Roszczenie o rentę inwalidzką rozpoczyna się czwartego dnia roboczego po wizycie u lekarza z powodu niepełnosprawności. Świadczenia z tytułu niepełnosprawności nie będą wypłacane za żaden okres, w którym nie pracowałeś przed wizytą u lekarza.

Formularze dotyczące niepełnosprawności muszą być składane na czas. Jeśli jesteś bezrobotny z powodu ciągłej niepełnosprawności trwającej dłużej niż miesiąc, musisz regularnie składać formularze kontynuacyjne („niebieskie formularze”) — zazwyczaj raz w miesiącu. Więcej informacji na temat terminów i terminów znajdziesz w formularzu.

Aby otrzymać formularz, skontaktuj się z Biurem Funduszu.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń z tytułu niepełnosprawności, zapoznaj się z Opisem planu skróconego lub zadzwoń do biura Funduszu pod numer (215) 568-3262 lub (800) 338-9025 spoza lokalnego obszaru połączeń.

36Phlex Phact!

Jeśli pozostajesz bez pracy przez okres dłuższy niż miesiąc, powinieneś nadal regularnie, zazwyczaj co miesiąc, wypełniać formularze dotyczące niepełnosprawności.

36Phlex Phact!

Lekarz stwierdzający Twoją niepełnosprawność MUSI być lekarzem sieciowym.

36Phlex Phact!

„Lekarze posiadający kwalifikacje prawne” to m.in. lekarze medycyny (MD), lekarze osteopatii (DO), lekarze chirurgii stomatologicznej (DDS), lekarze stomatologii (DMD) lub lekarze podiatrii (DPM).

36Phlex Phact!

Wszelkie roszczenia z tytułu niepełnosprawności muszą zostać złożone w Biurze Funduszu w ciągu 60 dni od daty wystąpienia niepełnosprawności. Przed złożeniem wniosku w Biurze Funduszu należy upewnić się, że wszystkie sekcje zostały wypełnione i podpisane przez Ciebie, Twojego pracodawcę i lekarza prowadzącego.

Konta zwrotów

W zależności od dokonanych wyborów dotyczących świadczeń możesz być uprawniony do uczestnictwa w rachunkach zwrotu kosztów Funduszu.

Dwa oddzielne konta

Istnieją dwa oddzielne konta — Healthcare Reimbursement Account i Dependent Care Reimbursement Account. Możesz wybrać udział w jednym lub obu kontach. Jeśli zdecydujesz się na udział w obu kontach, nie możesz przelać pieniędzy z jednego konta na drugie — ani użyć pieniędzy na Healthcare Reimbursement Account do pokrycia kosztów opieki nad osobami zależnymi i odwrotnie.

Ważne jest, aby dokładnie oszacować wydatki przed wpłaceniem punktów PhlexPoints na te konta, ponieważ utracisz wszelkie saldo pozostałe na tym koncie po 15 kwietnia. Więcej szczegółów znajdziesz w punkcie Termin „Wykorzystaj lub strać” .

Kto jest uprawniony

Możesz uczestniczyć w Reimbursement Accounts, jeśli suma Twoich PhlexPoints jest mniejsza niż 100. Jeśli Twoje świadczenia kosztują mniej niż 100 PhlexPoints, możesz zdecydować się na zdeponowanie pozostałych PhlexPoints na jednym lub obu kontach refinansowych. Każdy PhlexPoints zdeponowany na koncie refinansowym ma wartość 5 USD. Na przykład, jeśli koszt wybranych świadczeń wynosi 81 PhlexPoints, będziesz mieć 19 PhlexPoints dostępnych do zdeponowania na koncie refinansowym. Oznacza to, że będziesz mieć 95 USD miesięcznie (19 PhlexPoints razy 5 USD) do zdeponowania na swoim koncie. IRS ustala limity dotyczące kwoty pieniędzy, którą możesz wpłacić na swoje konto refinansowe. Twoje miesięczne składki nie mogą przekroczyć limitu IRS.

PRZYPOMNIENIE: Leki dostępne bez recepty nie podlegają refundacji.

Termin „użyj lub strać”

Przepisy IRS pozwalają na wykorzystanie kont Reimbursement Accounts (jeśli kwalifikujesz się) w celu zwrotu kosztów kwalifikowanych poniesionych do 15 marca roku następującego po roku, w którym dokonałeś wpłaty; wszelkie dolary niewydane do tej daty przepadają, zgodnie z zasadami rollover IRS. Oznacza to, że wszelkie pieniądze pozostałe na Twoich kontach Reimbursement Accounts na dzień 31 grudnia mogą zostać wykorzystane do zwrotu kosztów poniesionych do 15 marca następnego roku.

Uwaga: Wydatki poniesione w okresie karencji należy zgłosić w Biurze Funduszu do 15 kwietnia następnego roku.

36Phlex Phact!

Musisz dokonać rejestracji lub dokonać ponownej rejestracji na te konta, ponieważ uczestnictwo w programie nie jest automatycznie kontynuowane z roku na rok.

36Phlex Phact!

Właściwa dokumentacja musi być dołączona do odpowiedniego formularza roszczenia. Złóż wniosek o zwrot kosztów do Biura Funduszu Świadczeń.

Konto zwrotu kosztów opieki nad osobami zależnymi

Jeśli musisz zapłacić komuś za opiekę nad osobami zależnymi, aby móc pracować (i Twój małżonek, jeśli jesteś żonaty/zamężna), rozważ założenie konta Dependent Care Reimbursement Account, aby zwrócić sobie kwalifikujące się wydatki na opiekę nad osobami zależnymi. Wydatki te obejmują koszt opieki dziennej lub ośrodka opieki nad osobami starszymi lub koszt opiekuna. Nie możesz użyć konta Dependent Care Reimbursement Account na wydatki związane ze zdrowiem osób zależnych (konto Healthcare Reimbursement Account pokrywa te wydatki).

Kto kwalifikuje się jako osoba na utrzymaniu

Wydatki muszą być przeznaczone na „kwalifikujące się osoby na utrzymaniu”, co obejmuje:

- Twoje dzieci na utrzymaniu, które w chwili poniesienia wydatku nie ukończyły 13 lat, jeśli ubiegasz się o zwrot kosztów ich jako osoby zależnej w zeznaniu podatkowym na szczeblu federalnym; i
- Inne osoby na utrzymaniu, takie jak małżonek, starszy rodzic lub starsze dziecko, jeśli są osoby niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie, niezdolne do samodzielnego dbania o siebie, które rozliczasz jako osoby na utrzymaniu dla celów podatkowych.

Dowód poniesienia wydatków

Składając wniosek o zwrot kosztów, musisz wypełnić formularz wniosku i dostarczyć szczegółowy rachunek lub dowód, że wydatek kwalifikuje się do Funduszu. Wniosek o płatność musi zawierać numer identyfikacyjny podatnika (TIN) dostawcy opieki. W przypadku indywidualnych dostawców TIN to zazwyczaj numer ubezpieczenia społecznego tej osoby. Jeśli osoba ta pracuje w Twoim domu, jesteś odpowiedzialny za złożenie zeznania pracodawcy w IRS i zapłacenie podatku od ubezpieczenia społecznego od wynagrodzeń wypłacanych temu pracownikowi.

Federalna ulga podatkowa czy konto zwrotu kosztów opieki nad osobami zależnymi?

W rzeczywistości istnieją dwie korzystne podatkowo opcje przy płaceniu za opiekę dzienną — Dependent Care Reimbursement Account lub rządowy Federal Child Care Tax Credit. Nie możesz ubiegać się o te same wydatki zarówno w ramach Dependent Care Reimbursement Account, jak i federalnej ulgi podatkowej, ale możesz:

- skorzystać z Konta Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami Zależnymi; lub
- skorzystać z federalnej ulgi podatkowej. (Zgodnie z obowiązującym prawem i w zależności od Twojego skorygowanego dochodu brutto, możesz skorzystać z ulgi podatkowej wynoszącej od 20% do 35% wydatków na opiekę nad osobą zależną. Maksymalna kwota, która może zostać wykorzystana do ustalenia ulgi podatkowej, wynosi 3000 USD na jedno dziecko i 6000 USD na dwoje lub więcej dzieci. Tak więc, jeśli Twoja ulga wynosi 20%, maksymalna ulga na jedno dziecko wynosi 600 USD (20% z 3000 USD).)

Wydatki, które zwracasz za pośrednictwem Dependent Care Reimbursement Account, bezpośrednio równoważą dolar za dolar wydatki, które możesz zgłosić w celu uzyskania federalnej ulgi podatkowej. Na przykład, jeśli masz jedno dziecko i otrzymujesz zwrot w wysokości 3000 USD z Dependent Care Account, wyczerpałeś dostępne wydatki (3000 USD), które możesz ująć w ramach ulgi podatkowej na jedno dziecko.

To, czy ulga podatkowa czy Dependent Care Reimbursement Account jest lepszą metodą w Twoim przypadku, zależy od Twojego dochodu brutto i statusu podatkowego. Aby uzyskać więcej informacji o tym, która opcja najlepiej odpowiada Twoim potrzebom, powinieneś skonsultować się ze swoim osobistym doradcą podatkowym.

36Phlex Phact!

Możesz skorzystać z Konta wydatków na opiekę nad osobą zależną, jeśli odpowiadasz za opiekę nad osobą zależną, która spełnia określone kryteria i musisz zapłacić komuś innemu za zapewnienie tej opieki, abyś mógł pracować. Jeśli jesteś żonaty, możesz używać tego konta tylko wtedy, gdy oboje pracujecie lub jeśli twój małżonek jest studentem stacjonarnym lub niepełnosprawnym i nie jest w stanie sam o siebie zadbać. Innymi słowy, jeśli jedno z was zostaje w domu, aby opiekować się osobami na utrzymaniu lub uczęszcza do szkoły w niepełnym wymiarze godzin, nie możesz

Ważne informacje

SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund („Fundusz”) jest zobowiązany do dostarczenia Ci następujących ważnych powiadomień. Przeczytaj je uważnie, aby zrozumieć swoje prawa i obowiązki.

Prawa do specjalnego zapisu HIPAA

Jeśli odrzucasz zapisanie się do planu ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie lub osób na Twoim utrzymaniu (w tym małżonka) z powodu innego ubezpieczenia zdrowotnego, możesz w przyszłości zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego planu, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 31 dni od zakończenia innego ubezpieczenia i dostarczysz dokumenty potwierdzające. Ponadto, jeśli masz nową osobę na utrzymaniu w wyniku małżeństwa, adopcji lub umieszczenia w celu adopcji, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub umieszczenia w celu adopcji. Jeśli masz nową osobę na utrzymaniu w wyniku urodzenia, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 90 dni od urodzenia.

Fundusz umożliwi również specjalną możliwość zapisania się, jeśli Ty lub Twoi uprawnieni członkowie rodziny:

- Utrata ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP), ponieważ nie kwalifikujesz się już do niego, lub
- Uzyskaj kwalifikacje do państwowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP.

Na te możliwości zapisu będziesz mieć 60 dni od daty otrzymania Medicaid/

Zmiana kwalifikowalności CHIP w celu złożenia wniosku o zapisanie się do ubezpieczenia Funduszu. Należy pamiętać, że to 60-dniowe przedłużenie dotyczy wyłącznie możliwości zapisania się ze względu na zmiany kwalifikowalności Medicaid/CHIP.

Materiały rejestracyjne muszą zostać wypełnione, a wszelkie dowody statusu osoby zależnej dostarczone do Planu w ciągu 31, 60 lub 90 dni od złożenia wniosku o Specjalny Zapis. Jeśli nie będziesz w stanie wypełnić materiałów rejestracyjnych i dostarczyć dowodu statusu osoby zależnej w wyznaczonym czasie (na przykład, jeśli potrzebny jest dodatkowy czas na uzyskanie aktu urodzenia noworodka), termin może zostać przedłużony.

KOBRA

Zgodnie z ustawą Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act z 1986 r. (COBRA) Ty i Twoi uprawnieni członkowie rodziny możecie kontynuować ubezpieczenie zdrowotne przez okres do 18 miesięcy, jeśli ubezpieczenie zakończy się z powodu:

- Rozwiążesz stosunek pracy z jakiegokolwiek powodu (innego niż rażące wykroczenie) lub
- Masz skrócony czas pracy.

Ustawa COBRA pozwala również uprawnionym osobom na utrzymaniu na kontynuowanie ubezpieczenia medycznego przez okres do 36 miesięcy, jeśli w przeciwnym razie ubezpieczenie wygasłoby z powodu:

- Umierasz,
- Ty i Twój małżonek rozwiedźcie się lub prawnie oddzielacie,
- Stajesz się uprawniony do Medicare lub
- Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu nie kwalifikują się już do ubezpieczenia w ramach planu medycznego.

Ty i osoby pozostające na Twoim utrzymaniu możecie zazwyczaj zdecydować się na kontynuację ubezpieczenia w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 60 dni po zakończeniu ubezpieczenia lub 60 dni od daty otrzymania powiadomienia, w zależności od tego, co nastąpi później. Kontynuacja ubezpieczenia wchodzi w życie pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie zdarzenia, które spowodowało zakończenie ubezpieczenia, pod warunkiem, że zapłacisz wymaganą składkę. Możesz kontynuować ubezpieczenie, które obowiązywało jeden dzień przed zdarzeniem. Możesz jednak dokonywać zmian w swoich wyborach każdego roku w okresie corocznej otwartej rejestracji. Jeśli plan medyczny ulegnie zmianie, zmiany te będą miały również zastosowanie do zakresu ubezpieczenia w ramach ustawy COBRA.

Aby otrzymać ubezpieczenie w ramach ustawy COBRA, Ty i/lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu muszą dokonać wyboru w odpowiednim czasie i uiszczać miesięczne składki.

Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek

Plany grupowego ubezpieczenia zdrowotnego i wystawcy ubezpieczeń zdrowotnych generalnie nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, ograniczać świadczeń za jakąkolwiek długość pobytu w szpitalu w związku z porodem dla matki lub noworodka do mniej niż 48 godzin po porodzie siłami natury lub mniej niż 96 godzin po cięciu cesarskim. Jednak prawo federalne generalnie nie zabrania lekarzowi prowadzącemu matkę lub noworodka, po konsultacji z matką, wypisania matki lub jej noworodka wcześniej niż po 48 godzinach (lub 96 godzinach, w stosownych przypadkach). W żadnym wypadku plany i wystawcy nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, wymagać od świadczeniodawcy uzyskania autoryzacji od planu lub wystawcy na przepisanie okresu pobytu nieprzekraczającego 48 godzin (lub 96 godzin, w stosownych przypadkach).

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach w zakresie chorób nowotworowych

Ustawa Women's Health and Cancer Rights Act wymaga, aby grupowe plany zdrowotne i ich firmy ubezpieczeniowe oraz HMO zapewniały określone świadczenia pacjentom po mastektomii, którzy zdecydują się na rekonstrukcję piersi. W przypadku uczestnika planu, który otrzymuje świadczenia w związku z mastektomią, pokrycie zostanie zapewnione w sposób ustalony w porozumieniu z lekarzem prowadzącym w celu:

- Wszystkie etapy rekonstrukcji piersi, w której wykonano mastektomię;
- Operacja i rekonstrukcja drugiej piersi w celu uzyskania symetrycznego wyglądu;
- Protezy i leczenie powikłań fizycznych po mastektomii, w tym:
1 obrzęk limfatyczny

Świadczenia z tytułu rekonstrukcji piersi podlegają ograniczeniom w zakresie odliczeń i współubezpieczenia, które są spójne z tymi ustalonymi dla innych świadczeń w ramach planu.

Przypomnienie o polityce prywatności HIPAA

Zasady ochrony prywatności na mocy ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) wymagają, aby SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (dalej „Plan”) okresowo wysyłał uczestnikom przypomnienia o dostępności Powiadomienia o ochronie prywatności Planu i sposobie uzyskania tego powiadomienia. Powiadomienie o ochronie prywatności wyjaśnia prawa uczestników i obowiązki prawne Planu w odniesieniu do chronionych informacji zdrowotnych (PHI) oraz w jaki sposób Plan może wykorzystywać i ujawniać PHI. Możesz również uzyskać kopię Powiadomienia o ochronie prywatności, kontaktując się z Fund Office pod numerem 215-568-3262, numer wewnętrzny 1400 lub 800-338-9025, numer wewnętrzny 1400 (poza lokalnym obszarem połączeń).

Twoje ubezpieczenie na leki na receptę i Medicare

Przeczytaj uważnie tę informację i zachowaj ją w miejscu, w którym będziesz mógł ją znaleźć. Niniejsza informacja zawiera informacje o Twoim obecnym ubezpieczeniu leków na receptę w SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund oraz o Twoich opcjach w ramach ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Informacje te mogą pomóc Ci zdecydować, czy chcesz dołączyć do planu leków na receptę Medicare. Jeśli rozważasz dołączenie, powinieneś porównać swoje obecne ubezpieczenie, w tym to, które leki są objęte ubezpieczeniem i za jaką cenę, z ubezpieczeniem i kosztami planów oferujących ubezpieczenie leków na receptę Medicare w Twojej okolicy. Informacje o tym, gdzie możesz uzyskać pomoc w podejmowaniu decyzji dotyczących ubezpieczenia leków na receptę, znajdują się na końcu tej informacji.

Istnieją dwie ważne rzeczy, które musisz wiedzieć o swoim obecnym ubezpieczeniu i
Pokrycie kosztów leków na receptę w ramach programu Medicare:

1. Ubezpieczenie leków na receptę w ramach programu Medicare stało się dostępne w 2006 r. dla wszystkich osób Medicare. Możesz uzyskać to ubezpieczenie, jeśli dołączysz do planu Medicare Prescription Drug Plan lub dołączysz do planu Medicare Advantage Plan (takiego jak HMO lub PPO), który oferuje ubezpieczenie leków na receptę. Wszystkie plany Medicare dotyczące leków na receptę zapewniają co najmniej standardowy poziom ubezpieczenia ustalony przez Medicare. Niektóre plany mogą również oferować większe ubezpieczenie za wyższą miesięczną składkę.
2. Fundusz socjalny okręgu 36 BOLR, oddziału 32 BJ SEIU ustalił, że ubezpieczenie leków na receptę oferowane przez SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan jest, średnio dla wszystkich uczestników planu, wypłatą tyle, ile wynosi standardowe ubezpieczenie leków na receptę Medicare i dlatego jest uważane za Creditable Coverage. Ponieważ Twoje obecne ubezpieczenie jest co najmniej tak dobre, jak standardowe ubezpieczenie leków na receptę Medicare, możesz zachować to ubezpieczenie i nie płacić wyższej składki (kary), jeśli później zdecydujesz się dołączyć do planu leków Medicare.

Kiedy można przystąpić do planu Medicare Drug Plan?

Możesz przystąpić do planu leków Medicare, gdy po raz pierwszy uzyskasz do niego prawo oraz każdego roku od 15 października do 7 grudnia. Jeśli jednak utracisz aktualne ubezpieczenie na leki na receptę z przyczyn niezależnych od Ciebie, będziesz mógł również skorzystać z dwumiesięcznego (2) specjalnego okresu rejestracji (SEP) w celu przystąpienia do planu leków Medicare.

Co się stanie z Twoim obecnym ubezpieczeniem, jeśli zdecydujesz się przystąpić do planu refundacji leków na receptę Medicare?

Niezależnie od tego, czy zapiszesz się do planu leków na receptę Medicare, czy nie, Twoje obecne ubezpieczenie leków na receptę będzie kontynuowane, dopóki będziesz spełniać wymagania kwalifikacyjne SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Plan. Twoje obecne ubezpieczenie pokrywa inne wydatki na opiekę zdrowotną oprócz leków na receptę i, pod warunkiem, że nadal spełniasz zasady kwalifikowalności Funduszu, nadal będziesz uprawniony do otrzymywania wszystkich świadczeń zdrowotnych i leków na receptę, nawet jeśli zdecydujesz się zapisać do planu leków na receptę Medicare.

Jeśli zapiszesz się do planu refundacji leków na receptę Medicare i będziesz jego aktywnym uczestnikiem, Twoje ubezpieczenie w ramach tego planu będzie podstawowe, a Medicare będzie wypłacać świadczenia drugorzędnie po wypłaceniu świadczeń przez ten plan.

Jeśli zdecydujesz się przystąpić do planu ubezpieczenia leków Medicare i zrezygnujesz z obecnego ubezpieczenia SEIU 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund, będziesz mógł je odzyskać wyłącznie pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikowalności i zasad zapisów do Funduszu, w tym specjalnych zasad zapisów.

Kiedy będę musiał zapłacić wyższą składkę (karę) za przystąpienie do planu ubezpieczenia leków Medicare?

Powinieneś wiedzieć, że jeśli zrezygnujesz z obecnego ubezpieczenia w ramach SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund i nie przystąpisz do planu leków Medicare w ciągu 63 kolejnych dni od zakończenia bieżącego ubezpieczenia, możesz zapłacić wyższą składkę (karę) za późniejsze przystąpienie do planu leków Medicare.

Jeśli nie będziesz mieć ważnego ubezpieczenia leków na receptę przez 63 dni lub dłużej, Twoja miesięczna składka może wzrosnąć o co najmniej 1% podstawowej składki beneficjenta Medicare za każdy miesiąc, w którym nie miałeś tego ubezpieczenia. Na przykład, jeśli nie będziesz mieć ważnego ubezpieczenia przez dziewiętnaście miesięcy, Twoja składka może być stale wyższa o co najmniej 19% od podstawowej składki beneficjenta Medicare. Możesz musieć zapłacić tę wyższą składkę (karę), o ile masz ubezpieczenie leków na receptę Medicare. Ponadto możesz musieć poczekać do października następnego roku, aby dołączyć.

Aby uzyskać więcej informacji na temat niniejszej informacji lub aktualnego ubezpieczenia leków na receptę

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z osobą podaną poniżej.

UWAGA: Otrzymaś to powiadomienie każdego roku. Otrzymaś je również przed następnym okresem, w którym możesz dołączyć do planu Medicare Drug Plan, a także jeśli to pokrycie przez SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ulegnie zmianie. Możesz również poprosić o kopię tego powiadomienia w dowolnym momencie.

Więcej informacji o opcjach w ramach ubezpieczenia leków na receptę Medicare

Bardziej szczegółowe informacje o planach Medicare, które oferują pokrycie kosztów leków na receptę, znajdują się w podręczniku „Medicare & You”. Co roku otrzymasz kopię podręcznika pocztą od Medicare. Plany leków Medicare mogą się z Tobą skontaktować bezpośrednio.

Więcej informacji na temat ubezpieczenia leków na receptę w ramach programu Medicare:

- Odwiedź www.medicare.gov
- Zadzwoń do Programu Pomocy Ubezpieczeniowej w Twoim stanie (numer telefonu znajdziesz na wewnętrznej stronie tylnej okładki podręcznika „Medicare & You”), aby uzyskać spersonalizowaną pomoc
- Zadzwoń pod numer 800-MEDICARE (800-633-4227). Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 877-486-2048.

Jeśli masz ograniczony dochód i zasoby, dostępna jest dodatkowa pomoc w opłaceniu ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Aby uzyskać informacje na temat tej dodatkowej pomocy, odwiedź Social Security w Internecie pod adresem www.socialsecurity.gov lub zadzwoń pod numer 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Pamiętaj: Zachowaj tę informację o Creditable Coverage. Jeśli zdecydujesz się dołączyć do jednego z planów Medicare Drug, możesz zostać poproszony o dostarczenie kopii tej informacji podczas dołączania, aby wykazać, czy zachowałeś Creditable Coverage, a zatem czy jesteś zobowiązany do zapłaty wyższej składki (kary).

Ważne informacje

Poniższa tabela zawiera ważne informacje na temat niniejszego Powiadomienia dotyczącego części D programu Medicare.

Data	Dostarczane przy wynajmie i corocznie w kolejnych latach
Nazwa jednostki nadawcy	SEIU 32 BJ, Fundusz socjalny dystryktu 36 BOLR
Kontakt – Stanowisko/Biuro	John J. Rongione, Administrator
Adres	1515 Ulica Targowa Apartament 1020 Filadelfia, Pensylwania 19102
Numer telefonu	215-568-3262, wew. 1400

Medicaid i Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

Pomoc w opłacaniu składek w ramach programów Medicaid i Children's Health Insurance Program (CHIP)

Jeśli Ty lub Twoje dzieci kwalifikujecie się do Medicaid lub CHIP i kwalifikujecie się do ubezpieczenia zdrowotnego od swojego pracodawcy, Twój stan może mieć program pomocy w opłacaniu składek, który może pomóc w opłaceniu ubezpieczenia, wykorzystując środki z programów Medicaid lub CHIP. Jeśli Ty lub Twoje dzieci nie kwalifikujecie się do Medicaid lub CHIP, nie będziecie uprawnieni do tych programów pomocy w opłacaniu składek, ale możecie być w stanie kupić indywidualne ubezpieczenie za pośrednictwem Health Insurance Marketplace. Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź stronę www.healthcare.gov.

Jeśli Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu jesteście już zapisani do programu Medicaid lub CHIP i mieszkanie w stanie wymienionym poniżej, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie, aby dowiedzieć się, czy przysługuje Ci pomoc w opłacaniu składek.

Jeśli Ty lub Twoi podopieczni NIE jesteście obecnie zapisani do Medicaid lub CHIP i uważasz, że Ty lub którykolwiek z Twoich podopiecznych może kwalifikować się do któregoś z tych programów, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie lub zadzwoń pod numer 877-KIDS NOW lub www.insurekidsnow.gov, aby dowiedzieć się, jak złożyć wniosek. Jeśli się kwalifikujesz, zapytaj swój stan, czy ma program, który mógłby pomóc Ci zapłacić składki na plan sponsorowany przez pracodawcę.

Jeśli Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu kwalifikujecie się do pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP, a także kwalifikujecie się w ramach planu pracodawcy, Twój pracodawca musi zezwolić Ci na zapisanie się do planu pracodawcy, jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś. Nazywa się to „specjalną możliwością zapisu” i musisz poprosić o ubezpieczenie w ciągu 60 dni od ustalenia, że kwalifikujesz się do pomocy w opłacaniu składek. Jeśli masz pytania dotyczące zapisania się do planu pracodawcy, skontaktuj się z Departamentem Pracy na stronie www.askebsa.dol.gov lub zadzwoń pod numer 866-444-EBSA (3272).

Poniższa lista stanów jest aktualna na dzień 31 lipca 2024 r. Aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikowalności, skontaktuj się ze swoim stanem.

PENNSYLVANIA	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefon Medicaid	800-692-7462
Strona internetowa CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefon CHIP	800-986-DZIECI (5437)
NOWA JERSEY	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefon Medicaid	800-356-1561
Telefon z pomocą techniczną CHIP Premium	609-631-2392
Strona internetowa CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefon CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NOWY JORK	Medicaid
Strona internetowa Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefon Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefon Medicaid	302-571-4900 lub 866-843-7212
Strona internetowa CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefon CHIP	302-571-4900 lub 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefon Medicaid	855-642-8572
Strona internetowa CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefon CHIP	855-642-8572 (TTY-711)

Aby sprawdzić, czy w Twoim stanie obowiązuje program pomocy w opłacaniu składek lub uzyskać więcej informacji na temat specjalnych praw do zapisów, skontaktuj się z:

Departament Pracy USA Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA

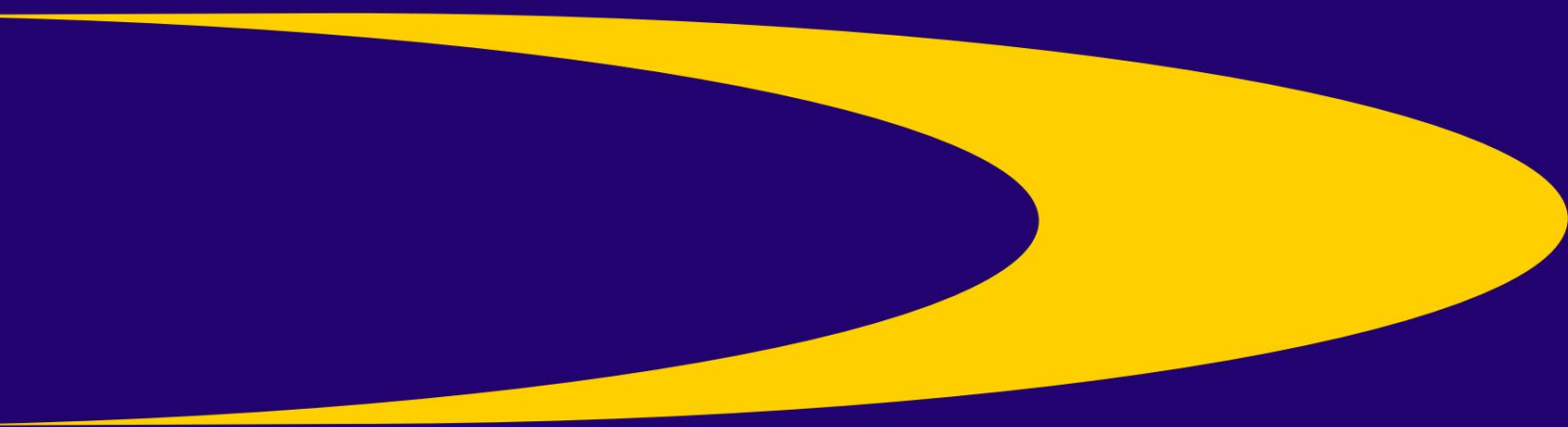
Centra administracji bezpieczeństwa świadczeń pracowniczych dla usług Medicare i Medicaid

www.dol.gov/agency/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opcja menu 4, wew. 61565

www.seiut36.com



Październik 2024

Błąd Unii