



[www.seiu36.com](http://www.seiu36.com)



现在是开放报名时间！

2026  
福利指南

您只有到 12 月 19 日之前才能注册 2026 年的  
36Phlex 福利计划！

## 开放报名表

您需要填写的入学表格位于本指南接下来的几页以及我们网站的“联系方式与资源”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。网站上的表格可以……

表格已在线填写完毕。您只需打印出来签字,然后邮寄到基金办公室即可。



您可以使用上面的二维码直接访问我们的网站。只需打开智能手机或平板电脑上的相机应用,然后选择后置摄像头。将摄像头对准二维码,此时会弹出通知。点击通知即可访问我们的网站。请确保您的设备已连接到互联网。

请查看每张表格顶部的说明,以帮助您了解需要填写哪些表格并邮寄回基金办公室。

重要提示:请仅填写适用于您的表格。

务必阅读本指南的其余部分。

帮助您注册2026年的医疗保险。我们已更新本指南,使其在今年更易于使用。

如有疑问,请联系基金办公室。

## 里面有什么

开放注册概览.....	2
基本事实.....	3
您的医疗保险计划选项.....	4
健康与福祉（健康生活方式SM） 每天努力守护您的健康！ .....	6
行为健康益处.....	7
高阶方案福利概览.....	8
基本计划福利概览.....	9
重要术语.....	10
处方药福利.....	11
牙科福利.....	12
视力保健福利.....	14
人寿保险和意外死亡及伤残保 险.....	16
短期残疾福利.....	17
灵活支出账户.....	18
重要通知.....	20

本入学指南提供阿尔巴尼亚语、中文、德语、意大利语、波兰语和西班牙语版本,可在我们的网站上找到。请访问“联系方式与资源”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)的“文档与表格”部分。请注意,表格仅提供英文版本。

您可以通过 Internetit 进行管理和发布。请参阅“公式文档”和“Burimet 联系”常见问题解答 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Ju lutemi vini re se Formularët janë të disponueshëm vetëm në anglisht.

本注册指南可以在我们的网站上找到中文版。转到“蒸发器和资源”页面的“文档和表格”部分(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。请注意,表格仅提供英文版本。

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer 德语网站。  
Gehen Sie zum Abschnitt “Dokumente & Formulare” der Seite “Kontakte & Ressourcen” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Bitte beachten Sie,dass die Formulare nur auf English verfügbar sind。

Questa guida all iscrizione è disponibile in italiano sul nostro sito web. “文档和模块”部分位于“Contatti e risorse”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Tieni 用英语呈现了 che i moduli sono disponibili 独奏。

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dost pny w j zyku polskim na naszej stronie internetowej.请参阅“文档和公式”以及“联系和联系” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Nale ypami ta ,是 s dost pne wy cznie wy cznie wy cznie wy zyku angielskim。

Esta Guía de Inscripción está 可在西班牙语和 Nuestro 网站上使用。请参阅“Contactos y recursos”页面的“Documentos y Formularios”部分(<https://www.seiu36.com/>联系资源/)。Tenga en cuenta que los Formularios alone están disponibles en inglés.

需要表格吗？  
请查看本指南的封面以及我们的网站！

您需要填写的报名表格位于本指南的前几页以及“联系方式和资源”页面。

页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) 页面找到相关表格。这些表格可以在线填写，您只需打印出来签名，然后邮寄到基金办公室即可。



每份表格都会说明您填写的条件。请仅填写适用于您的表格。填写完毕后，请沿虚线撕下表格，并使用本指南中提供的回邮信封寄送至基金办公室。

## 36Phlex Phact!

记住：请谨慎选择！一旦开放注册期结束，除非您有符合条件的身份变更，否则您将无法更改您的选择，直到 2026 年秋季的下一个开放注册期，保险生效日期为 2027 年 1 月 1 日。

## 开放注册概览

2025年10月

在本指南及随附材料中，您将找到注册参加 2026 年 36Phlex 计划福利保障所需的信息、表格和说明。

开放注册期是您每年审查保险范围并更改所选福利或受保家属的机会。在开放注册期之外，您只有在符合以下条件的情况下才能进行更改：即因符合条件的重大生活变故（“合格事件”）。请在做出注册决定前仔细阅读随附材料，并考虑您和家人的需求。如果您想更改福利范围或受保家属身份，请在2025年12月19日之前将填妥的Phlex注册表格交回基金办公室。

如果您希望保留目前享有的福利选择和保障范围，则无需采取任何行动。

### 问题？

如有任何疑问，请随时联系福利基金办公室。您可以拨打 (215) 568-3262 转 1400 或 (800) 338-9025 转 1400（本地通话区域外）联系我们。您也可以前往位于宾夕法尼亚州费城市场街 1515 号 1020 室的 SEIU Local 32 BJ, District 36 基金办公室，与我们的工作人员面谈。请务必在到访前先致电我们。

### 重要提示：状态变更提醒

只有在发生符合条件的事件时，您才能在开放注册期之外添加或移除受抚养人，或对您的福利保障进行任何其他更改。符合条件的事件是指您或您的受抚养人经历了影响您福利管理的重大生活变故。例如，结婚、生育或离婚。在这些情况下，您可能需要从您的基金保障范围中添加或移除受抚养人。

对于所有符合条件的事件，您必须提供身份变更证明文件（例如出生证明或结婚证）。基金办公室必须在符合条件的事件发生后 31 天内收到该证明文件（子女出生为 90 天；如果您因不再符合资格而失去 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障，或您符合州政府 Medicaid 或 CHIP 保费援助计划的资格，则为 60 天）。请查看您的计划摘要说明或联系基金办公室，了解更多关于符合条件的事件的信息。

注意：如果您有符合条件的事件，需要填写新的普查/受益人表格以反映状态变更，请联系基金办公室。

本文件及您的入会资料包中的内容概述了您所属的SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR福利基金的各项福利，以及将于2026年1月1日生效的变更。这些资料是对您计划福利其他说明的补充。本文件及随附资料中所述的变更自2026年1月1日起生效。基金希望无限期地继续提供本计划及本文件中提及、您的福利手册中所述的各项福利，但保留随时以任何理由全部或部分修改、暂停或终止本计划的权利。收到本入会资料包或注册本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资料一起妥善保管，以备将来参考。

## 基本事实

### 谁有资格？

如果您从事受保工作,并且您的雇主根据集体谈判协议必须代表您向基金缴款,那么您就有资格参加 36Phlex 计划。

如果您符合参加 36Phlex 计划的资格,您还可以为符合条件的受抚养人申请医疗、牙科和视力保险。符合条件的受抚养人包括:

- 您的合法配偶 (包括同性配偶)
- 出生至26岁的儿童
- 继子女年龄不超过26岁
- 被收养的儿童 (自安置到您家之日起)至26岁
- 已安排收养的儿童
- 因精神障碍或身体残疾而无法维持就业的26岁以上儿童

任何你无偿承担抚养责任的子女,都不会被视为受抚养人。

### 登记家属

要将您的受抚养人纳入该计划,您必须填写并提交以下信息:

- 受抚养人登记表 (请务必填写正反两面)
  - 文件依赖状态 所需文件的示例包括:
    - 配偶有效的州结婚证
    - 有效的州政府颁发的出生证明,需列明亲生子女或继子女的父母双方姓名  
26岁以下
    - 收养未满 26 岁儿童的收养证明
    - 如果根据合格医疗子女抚养令的要求,您需要将26岁以下的子女添加到抚养名单中,  
请提供该抚养令的副本。
    - 社会安全号码证明
- 如果您有子女因身体或精神障碍而无法自理,必须在年满 26 周岁后继续享受您的医疗保险,基金办公室要求您定期提供该子女的残疾证明文件。此信息必须在子女年满 26 周岁后的 31 天内提供。

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

任何对受抚养人身份的更改都必须在 2025 年 12 月 19 日之前完成,并装入随附的贴好邮票的回邮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发生符合条件的事件后才能进行操作。

### 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) 需要提供子女抚养费 and 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,要求您为子女提供医疗保险。有关 QMCSO 执行程序的更多信息,请联系基金办公室。

## 36Phlex Phact!

两种医疗保险计划都要求您选择一位家庭医生,并且某些服务需要您获得转诊单。您可能还需要在家庭医生指定的医疗机构接受某些服务,这些服务才能获得报销。

如果您不选择主治医生,则计划福利可能会受到限制或根本无法获得支付。

如果您更换医疗保险计划,请确认您的医生是否接受新病人,并且是参与该计划的初级保健医生。

## 您的医疗保险计划选项

您可以从两种医疗保险计划和一种退出选项中进行选择。虽然两种计划都涵盖必要的医疗服务,但它们的运作方式截然不同。在决定哪种方案最适合您和您的受抚养人之前,了解每种计划的具体内容至关重要。

要获得任一计划的保障,您所接受的医疗服务或用品必须是医学上必要的、适当的且符合资格的。但是,某些服务和用品完全不在保障范围内,而其他服务的福利则受到限制。请查阅您的计划摘要说明,了解更多关于保障范围的详细信息。

### 您的医疗保险计划选择

- 高额选项计划** 这是一项直接服务点 (DPOS) 计划。如果您选择高额选项计划,您可用于其他福利的 PhlexPoints 积分将会减少。
- 基本计划** 这是一项健康维护组织 (HMO) 计划。如果您选择费用较低的基本计划,基金会将以额外 PhlexPoints 的形式把节省下来的费用返还给您,您可以将这些积分用于其他福利。
- 选择退出** 如果您已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 积分用于其他福利。如果您选择退出,则需要填写一份“其他保险证明”表格。只要您希望放弃保险,就需要每年向基金提供此信息。此选项可获得最多的 PhlexPoints 积分。

### 别忘了预防保健

定期体检、检查和筛查至关重要。预防性护理以及早发现癌症、糖尿病和心脏病等慢性疾病和感染,避免其发展成严重的健康问题。早期发现能提高康复的几率。

第一步是与您的家庭医生 (PCP) 预约年度体检。  
询问您应该接受哪些检查和筛查。例如,美国癌症协会建议人们从45岁开始接受结肠直肠癌筛查。

定期进行胆固醇检测可以检查冠状动脉疾病的迹象。而女性每年进行健康检查则可以及早发现乳腺癌。

预防性医疗保健既方便又经济实惠。只要您选择网络内医疗机构,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),您可以在[www.ibx.com](http://www.ibx.com)上在线查找,或者您可以致电 (800) 275-2583 联系 Independence 会员服务。

### 高阶方案与基础方案的主要区别

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

高选项计划	基本计划
您在注册时必须选择一位主治医生 (PCP)。	
您可以选择自己信任的医生和医院。选择网络内医疗机构可以降低您的自付费用。	您的初级保健医生必须为您提供医疗服务,或者将您转诊至 HMO 专科医生。
自付额适用于非合作医疗机构/仅限自行预约的医疗服务;您的年度自付额为每人 250 美元,每个家庭 500 美元。	无免赔额
大多数服务在网络内均可享受100%报销,无需自付额。	大部分服务费用全额报销。
网络内住院服务费用100%报销,无需自付额。	住院服务费用全额报销,每日自付额为 100 美元 (每次入院最高自付额 :500 美元) 。
在Blue Distinction Center+接受膝关节和髋关节置换手术,费用100%报销;在其他合作医疗机构接受手术,费用报销70%;非合作医疗机构的手术费用不予报销。	在Blue Distinction Center+接受膝关节和髋关节置换手术,费用100%报销;在其他合作医疗机构接受手术,费用报销70%;非合作医疗机构的手术费用不予报销。
您就诊于PCMH医生时需支付10美元的共付额,就诊于非PCMH医生诊所时需支付20美元的共付额。	您就诊于PCMH医生需支付15美元的共付额,就诊于非PCMH医生诊所 (包括初级保健医生)需支付30美元的共付额,就诊于专科医生需支付40美元的共付额。
对于由非合作医疗机构提供的、且在承保范围内的服务,该计划在扣除免赔额后,将支付大多数符合条件的费用的70%。	无网络外福利
每人每年自付费用上限为 6,750 美元,每个家庭为 13,500 美元。	每人每年自付费用上限为 6,750 美元,每个家庭为 13,500 美元。

## 健康与福祉（健康生活方式SM） 每天努力守护您的健康！

大多数人只有在生病时,或者每年体检时,才会想到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。您每天做出的选择 例如选择吃什么食物、系安全带、遵医嘱服药 都会对您的健康产生重大影响,无论是积极的还是消极的。“独立健康生活方式解决方案”项目可以为您提供支持和指导,帮助您采取积极措施改善健康状况,并提高保持健康的几率。

从奖励您明智的生活方式选择,到提供量身定制的个性化解决方案,“健康生活方式解决方案”计划旨在帮助您保持健康。最重要的是,该计划对您和您的符合条件的家属完全免费。

您必须加入 36Phlex 医疗计划之一,才有资格参加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”项目下的任何课程,请于周一至周五上午 8 点至下午 6 点拨打 800-ASK-BLUE。  
美国东部时间,并按照“健康生活方式解决方案”计划的提示操作。您也可以访问 [www.ibx.com](http://www.ibx.com) 在线查找计划信息,或下载 IBX 移动应用程序。

### 既能保持健康,又能获得奖励！

每天迈出小小的一步,积少成多,就能为您的健康带来巨大的改变,并获得奖励。“健康生活方式解决方案”报销计划为您提供:· 最高可报销 150 美元的健身

#### 中心费用

- 参加经批准的体重管理计划可获得 150 美元返现
- 参加戒烟项目可获得 150 美元返现

我们的报销计划让您轻松获得健康生活方式的回报。无需注册。只需在指定机构完成 120 次就诊,即可满足资格要求。提交您的相关文件,即可快速安全地申请报销。

注意:这些项目由 Independence Blue Cross 管理。您在申请报销时必须持有 Independence Blue Cross 的保险。

### 糖尿病健康管理计划（由守护护士提供）

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。该计划旨在帮助您管理和治疗糖尿病。

该项目保密且自愿参加。报名后,您必须同意完成整个项目才能获得全部益处。

通过该计划,您可以获得:

- 由我们专业的护士提供个性化的电话指导和定期检查
- 降低用于治疗糖尿病的通用名药物和品牌糖尿病药物的自付费用
- 从营养师处获取有关如何管理糖尿病的信息

如需了解更多信息,您可以拨打 888-836-0260 联系 Guardian Nurses。

## 36Phlex Phact!

您必须注册“健康生活方式解决方案”计划才能享受相关福利。该计划受特殊限制和准则约束。“健康生活方式解决方案”计划由 Independence Blue Cross 管理,计划详情可能随时变更。如需了解“健康生活方式解决方案”计划的最新信息,请致电、访问 [www.ibx.com](http://www.ibx.com) 或下载 IBX 移动应用程序。

## 36Phlex Phact!

您必须已选择 Independence 的医疗保险才能获得报销资格。

## 行为健康益处

您的行为健康福利由 MHC 承保,不属于您的 Independence Blue Cross 医疗计划的医疗福利范围。

如果您或您的家人正在与药物滥用或情绪/心理健康问题作斗争,MHC 将竭诚为您提供支持。MHC 经验丰富的专业人员将为您提供最佳的关怀和帮助。如需了解更多关于您可获得的行为健康福利和服务,请致电 800-255-3081 或访问其网站 [www.mhconsultants.com](http://www.mhconsultants.com)。

如果您需要接受行为健康服务提供者的治疗,请出示您的MHC卡。您也可以直接致电 800-255-3081联系MHC,与MHC个案经理交谈。

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。

高阶方案福利概览

此图表简要概述了高阶医疗保险计划。有关高阶医疗保险计划的完整福利信息,请参阅您的计划摘要说明。

益处	网络内/转诊	非合作医疗机构/自行就诊
年度自付额	不适用	每人250美元;每个家庭500美元
年度自付费用上限8	每人6750美元;每个家庭13500美元	每人6750美元;每个家庭13500美元
以患者为中心的家庭医疗办公室就诊	支付 10 美元共付额后,100% 报销。	扣除免赔额后70%
医生诊室就诊 (非患者中心医疗之家) 初级和专科服务)	支付 20 美元共付额后,100% 报销 (在非患者中心医疗之家提供商处)	扣除免赔额后70%
常规妇科检查/宫颈抹片检查 每个日历年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%
物理治疗、职业治疗或言语治疗<sup>4, 5</sup> 每个日历年最多 30 次访问	支付 20 美元共付额后,100% 报销	未涵盖
心脏或肺部康复 每个日历年最多可访问 36 次	支付 20 美元共付额后,100% 报销	扣除免赔额后70%
脊椎矫正疗法 (脊椎手法治疗)5 每个日历年最多可访问 10 次	支付 20 美元共付额后,100% 报销	扣除免赔额后70%
住院病人1	100%	扣除免赔额后,每年最多可享受 70 天的 70% 折扣
膝关节和腕关节置换术1, 蓝十字卓越中心+ 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 急诊就诊 1 和 2	100美元自付费用 (入院后免除)	100美元共付额,无免赔额 (入院后 免除)
急诊就诊 3 次以上	200美元自付费用 (入院后免除)	200美元共付额,无免赔额 (入院后 免除)
门诊实验室/病理科4	100%	扣除免赔额后70%
透析/放射治疗/化疗	100%	扣除免赔额后70%
家庭医疗保健1 每个日历年最多 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
熟练护理机构1 每个日历年最多 60 天	100%	未涵盖
门诊手术 (部分门诊手术可能需要预先认证)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 每个日历年最多 360 小时	90%	扣除免赔额后70%
行为健康/药物滥用计划 (涵盖精神科护理和药物滥用) 注意:此项目不包含在医疗保险计划内。请致电 MHC,电话号码为 (800) 255-3081。		
住院6次,非门诊	100%	扣除免赔额后70%
门诊就诊7次,门诊就诊6次。	100%	扣除免赔额后70%
支付 20 美元共付额后,100% 报销		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)的会员服务部门,了解更多关于需要预先认证的服务的信息。

2. 在 Blue Distinction Center + 医疗机构接受的膝关节和腕关节置换手术可享受 100% 的报销;在 Blue Distinction Center 或其他任何参与 Keystone 计划的医疗机构或 AmeriHealth 指定的医疗机构接受的手术可享受 70% 的报销。在网络外进行的膝关节/腕关节置换手术不予报销。

3 必须前往您选择的初级保健医生 (PCP) 处就诊。

4. 必须前往初级保健医生指定的地点接受治疗才能被考虑。网络内。
5. 需要初级保健医生 (PCP)的转诊单。

6. 由MHC公司而非Keystone或AmeriHealth公司提供的网络内服务。请联系MHC获取网络内服务提供商列表。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了解更多关于行为健康/药物滥用治疗相关服务预先认证的信息。

8. 年度自付费用上限包括满足年度免赔额的费用,以及您一年内支付的共付额和共同保险费用。处方药另有单独的自付费用上限 (参见第11页)。

# 基本计划福利概览

此图表让您快速了解基本医疗保险计划。基本计划仅涵盖网络内医疗服务。需要转诊。本计划不承保网络外的医疗机构或服务提供商。有关基本计划福利的完整信息,请参阅您的计划概要说明。

益处	网络内
年度自付费用上限***	每人6750美元;每个家庭13500美元
医生诊室就诊次数3	PCMH提供商:100%,支付15美元共付额后 非PCMH PCP:100%,自付30美元后; 专科医生:支付 40 美元共付额后 100% 报销
常规妇科检查/宫颈抹片检查 每个日历年限1次;无需转诊	100%
乳房X光检查筛查 无需转诊	100%
儿童免疫接种	100%
物理治疗和职业治疗4,5 每个日历年最多可进行 30 次访问。	支付 40 美元共付额后,100% 报销
心脏和肺部康复5 每个日历年最多可访问 36 次	支付 40 美元共付额后,100% 报销
言语治疗5 每个日历年最多 20 次访问	支付 40 美元共付额后,100% 报销
脊椎矫正疗法 (脊椎手法治疗)5 每个日历年最多 20 次访问	支付 40 美元共付额后,100% 报销
住院病人1	扣除每天 100 美元的自付费用后,100% 的报销率; (每次入院最高自付额:500美元)
膝关节和腕关节置换术1, 蓝十字卓越中心+ 所有其他设施	100% 70%
紧急护理	50美元共付额
急诊室 急诊就诊 1 和 2 急诊就诊 3 次以上	100美元自付费用 (入院后不予豁免) 200美元自付费用 (入院后不予豁免)
门诊实验室/病理科4, 5	100%
透析/放射治疗/化疗5	100%
家庭医疗保健1	100%
临终关怀1	100%
熟练护理机构1 每个日历年最多 120 天	扣除每天 50 美元的自付费用后,100% 的报销率; (每次入院最高自付额:250 美元)支付 50
门诊手术5	美元自付额后,100% 报销
门诊X光/放射科4, 5	常规/诊断:100%,需支付 40 美元共付额 MRI/MRA/CT/CTA扫描,PET扫描:支付80美元共付额后100%报销
耐用医疗设备及假肢1,5	70%
救护车 (非紧急救护车服务需要预先认证)	100%
门诊私人护理1, 5 每年最多 360 小时	90%
行为健康/药物滥用计划 (涵盖精神科护理和药物滥用) 注意:此项目不包含在医疗保险计划内。请致电 MHC,电话号码为 (800) 255-3081。	
住院患者6,7	100%,每日自付费用100美元后 (每次入院最高自付额:500美元)
非门诊就诊次数6	100%
门诊	100%,需支付30美元共付额
非医保网络内的服务不予报销。	

1. 这些服务需要预先认证。请联系 Keystone HPE (Independence Blue Cross)的会员服务部门,了解更多关于需要预先认证的服务的信息。

2. 在 Blue Distinction Center + 医疗机构接受的膝关节和腕关节置换术可享受 100% 的报销;在 Blue Distinction Center 或其他任何参与 Keystone 计划的医疗机构或 AmeriHealth 指定的医疗机构接受的手术可享受 70% 的报销。在网络外进行的膝关节/腕关节置换手术不予报销。

3 必须前往您选择的初级保健医生 (PCP) 处就诊。

4. 必须前往初级保健医生指定的地点接受治疗才能被考虑。网络内。
5. 需要初级保健医生 (PCP)的转诊单。

6. 由MHC公司而非Keystone或AmeriHealth公司提供的网络内服务。请联系MHC获取网络内服务提供商列表。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了解更多关于行为健康/药物滥用治疗相关服务预先认证的信息。

8. 年度自付费用上限包括满足年度免赔额的费用,以及您一年内支付的共付额和共同保险费用。处方药另有单独的自付费用上限 (参见第11页)。

## 重要术语

### 年度自付额上限

这是您一年内为享受网络内服务而需要自付的最高金额。一旦达到年度最高限额,该计划将支付剩余时间内网络内服务的全部费用。

### 蓝十字卓越中心 +

蓝十字蓝盾指定的门诊手术中心,专精膝关节和髋关节置换术。蓝十字蓝盾卓越中心+符合高质量、低成本、专业技术、疗效和效率的高标准。

### 共同保险

是指在支付免赔额后,您需要为符合条件的服务支付的费用百分比。

### 共同支付

是指您在接受某些医疗服务时支付的固定金额。

### 免赔额

是指在您的医疗保险计划开始支付特定服务的福利之前,您每年需要支付的承保费用部分。

### 网络内医疗服务提供商

是指部分已同意按协商价格提供服务的医疗机构和供应商。当您使用这些供应商时,您享受的是“网络内医疗服务”。

### 医疗必需支出

如果服务或用品被认为是必要且适当的,并且包含在保险计划的承保范围内,则这些服务或用品包含在保险计划的承保范围内。某些服务和用品完全不予承保,而其他服务(例如脊椎按摩疗法)的福利则受到限制。此外,除非另有明确规定,否则费用必须在患者处于保险计划承保期间产生。

### 非合作医疗机构(仅限高级套餐)

指不属于高选项计划下精选提供者群体的医生、医疗保健提供者或机构。

### 以患者为中心的医疗之家(PCMH)

蓝十字会已指定部分医生(包括初级保健医生)参与以患者为中心的医疗之家(PCMH)项目。PCMH是由一群医生组成的诊所或团队,他们共同协作,以更好地协调和个性化您的医疗服务。在PCMH就诊并选择PCMH医生作为您的初级保健医生,可以帮您节省费用。

### 计划津贴(仅限高阶选项计划)

这是该计划在指定地理区域内为特定医疗服务支付的金额。如果您未使用网络内医疗服务提供商,则超出计划限额的部分需由您自行承担。

### 初级保健医生(PCP)

有时也被称为“家庭医生”。当您有健康问题,这位医生是您首先联系的医生。家庭医生还会提供后续护理,并在需要时转诊至专科医生。蓝十字已指定一些医生为“家庭医生”;您必须查阅蓝十字医生名录以选择符合条件的家庭医生。

### 自行就诊(仅限高阶方案)

指您未从您的初级保健医生处获得的护理,或未经您的初级保健医生转诊而获得的护理。

这是接受治疗最昂贵的方式。

对于自行就医的情况,在您达到年度自付额后,该计划通常会支付计划津贴的70%。

## 处方药福利

当您选择加入36Phlex计划的医疗保险方案时,由CVS Caremark提供的处方药福利将自动生效。您可以前往任何一家合作药房,出示您的CVS Caremark处方药ID卡,即可领取最多30天的用量。您还可以直接前往任何一家CVS药房或通过CVS Caremark邮购药房领取最多90天的维持性用药。如果您选择退出医疗保险计划,则将无法享受处方药福利。

### 您的自付部分

每次取药时,您都需要根据药物的分类支付一定的自付费用。  
处方药分为三个等级:

- 通用名药物 价格较低的处方药,与品牌药价格相同。它们经美国食品药品监督管理局批准,并与品牌药含有相同的活性成分。
- 药品目录 由医生和药剂师小组选定的品牌药品清单。  
药品目录上的药物都是经过精心挑选的,考虑了其疗效、安全性和成本。
- 非处方药 未列入处方集的品牌药。您需要支付非处方药100%的费用。  
处方药。

如果您的处方是:	零售 (30天用量)	零售 (90天用量)*	家 供货 (90天用量)
你付钱			
仿制药	7美元	14美元	14美元
处方集品牌药品	22美元	44美元	44美元
非处方药	您需要支付全部费用。		

\*如需在零售药房配取 90 天用量的处方药,您必须使用 CVS 药房。

### 您的年度自付费用上限

处方药费用设有年度自付费用上限。一旦达到年度自付费用上限,该计划将支付您100%的处方药费用。

您的自付部分计入年度自付费用上限。处方药计划未涵盖的药品费用不计入此上限。医疗福利另有单独的年度自付费用上限。

处方药年度自付费用上限为: · 个人 :1,950 美元 · 家庭 :3,900 美元

### 什么是药品目录?

药品目录是列出通用名药物和品牌药物的清单。该目录由CVS Caremark的医生和药剂师委员会制定。委员会会根据每种药物疗效的最新信息定期审查和更新该目录。

您可以通过在 [www.caremark.com](http://www.caremark.com) 注册来查找当前的药品目录。药品目录可能会在一年内发生变化,因为会有新药加入,品牌药会有仿制药替代,或者它们在药品目录中的地位会发生变化。

## 36Phlex Phact!

90 天零售配药服务仅在 CVS 药房提供。

## 36Phlex Phact!

使用 CVS Caremark 通过邮购药房购买维持性药物可以节省开支

你的钱。

## 牙科福利

定期接受专业的牙科护理不仅对身体健康至关重要,还能预防严重的或代价高昂的牙科问题。因此,我们通过 Delta Dental 提供的牙科保险计划涵盖全方位的牙科服务,包括诊断和预防性护理。

牙科保险计划是自愿参加的。如果您(或您的家属)需要牙科保险,您可以选择参加。即使您放弃医疗保险,也可以参加牙科保险计划,并且您可以选择不同的保险级别。例如,您可以只参加员工医疗保险,但参加家庭牙科保险。或者,您也可以选择不参加牙科保险计划,并将您的 Phlex 积分用于其他用途。一切由您决定。

### 牙科福利表

自付额	没有任何
年度最高收益	每人每年 3,000 美元
预防和诊断护理 <ul style="list-style-type: none"><li>口腔检查、清洁、咬合翼片(每年两次);每36个月进行一次全口X光检查</li><li>19岁以下人群可使用氟化物治疗(有年龄限制)</li><li>密封剂或间隙保持剂(有使用年限限制)</li></ul>	100%
基础修复 <ul style="list-style-type: none"><li>填充物</li></ul>	100%
重大修复 <ul style="list-style-type: none"><li>修复现有牙冠</li><li>嵌体、高嵌体、牙冠、铸造修复体</li><li>牙桥和假牙</li></ul>	50%
牙髓病学 <ul style="list-style-type: none"><li>根管治疗</li></ul>	80%
牙周病学 <ul style="list-style-type: none"><li>牙龈治疗</li></ul>	80%
正畸	50% 终身最高限额 1,000 美元

如何通过合作牙医省钱

这是使用 Delta Dental 网络牙医如何帮你省钱的一个例子。

程序 :牙冠	如果你使用 参与牙医	如果您选择的是 非合作牙医
牙医费用	900美元	900美元
Delta Dental 的合同费率（符合条 件的费用）	700美元	700美元
计划支付（合 同价格的 50%）	350美元	350美元
你付钱	350美元	550 美元（Delta 航空公司合同价格与牙 医 900 美元收费之间的差额）

注 :此图表仅供参考 ,实际成本会有所不同。

预先确定超过 300 美元治疗的福利

如果您的治疗预计费用为 300 美元或以上 ,请在治疗开始前请您的牙医与 Delta Dental 保险公司 “预先确定福利”（这意味着评估建议的治疗方案是否合适 ,并确定保险计划将支付多少费用）。通过预先确定福利 ,您可以确切地知道保险计划将支付多少 ,以及您需要支付多少。这样 ,您就可以在治疗开始前做好财务安排。

为了预先确定保险福利 ,您的牙医需要向Delta Dental提交一份理赔申请表 ,详细说明拟定的治疗方案和预估费用。Delta Dental会向您发送一份结算单 ,列明哪些服务包含在保险范围内以及保险计划将支付多少费用。您可以与您的牙医一起审核治疗方案 ,并就具体服务项目达成一致。治疗完成后 ,请将包含服务日期和必要签名的原始结算单寄回Delta Dental以获取付款。

请查看您的计划概要说明 ,以获取完整的牙科限制和除外责任清单。

## 36Phlex Phact!

根据“折扣视力计划”，您使用会员卡享受眼科护理服务或配镜的次数没有限制。但是，此卡不能与任何优惠活动（例如优惠券或促销活动）同时使用。

根据增强视力计划，您不能将此卡与任何特殊优惠（例如优惠券或特别促销活动）同时使用。

## 视力福利

36Phlex 计划为您提供两种视力保险方案：

·增强型视力保健计划 通过验光师和眼科医生网络提供护理服务。您必须接受参与计划的医生或验光师的护理才能获得最大福利；

·折扣视力计划 该计划可让您享受眼科检查、眼镜和隐形眼镜的折扣价。

您可以自行参保，也可以为自己和家人选择保险。

### 增强视力计划 计划运作方式

您可以选择由国家视觉管理机构 (NVA) 的合作医疗机构或其他眼科专家提供眼科护理。但是，如果您选择合作的眼科医生或验光师，则可以获得最大的福利。

·当您使用参与计划的医疗服务提供者时，您将获得最大利益，因为该计划会支付大多数常规服务的全部费用或大部分费用；但有一些限制。

·如果您选择非合作医疗机构，该计划将根据既定标准报销您的检查费、眼镜框和镜片（或隐形眼镜）费用。您在接受服务时需支付全部费用。之后，您必须提交理赔申请，才能获得该计划应承担的费用部分。

### 该计划的支付方式

如果您在NVA合作医疗机构接受服务，该计划将每24个月支付一次眼科检查费用。对于19岁以下的儿童，该计划将每12个月支付一次眼科检查费用。

该计划还为每位成年人每24个月支付一副新镜片和镜框或隐形眼镜的费用，最高可达120美元。对于19岁以下的儿童，该计划每12个月支付一副新镜片和镜框或隐形眼镜的费用，最高可达120美元。

如果您在非合作的视力保健机构接受服务，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个月支付一次最高30美元的费用。

该计划还为儿童和成人每 24 个月支付一次最高 60 美元的镜片费用和最高 60 美元的镜框费用，或最高 120 美元的隐形眼镜费用。

未涵盖的费用（请注意，这只是部分清单。）

视力保健计划不涵盖以下内容：

- 眼底照相；
- 眼科的医疗或外科治疗；根据工伤赔偿法提供的服务或材料，或通过任何政府机构或项目获得的服务或材料；或
- 普通太阳镜或近视太阳镜。

请查看您的计划概要说明，以获取完整的视力限制和除外责任清单。

## 折扣视力计划 计划运作方式

折扣视力保健计划并非全额报销计划。如果您加入此计划,即可享受指定供应商提供的面向公众的产品和服务折扣价。

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合作网络,可为您提供服务。您必须选择 NVA 合作医疗机构并出示您的 NVA 会员卡才能享受折扣服务。只需致电 NVA (电话:800-672-7723)或致电基金办公室,即可选择合作医疗机构。

未涵盖的费用 (请注意,这只是部分清单。)

折扣视力计划不包括:

- 眼科的内科或外科治疗;
- 药物或药品;
- 非处方镜片;
- 未列入承保服务范围的检查或材料;
- 由联邦、州或地方政府或工人提供的服务或材料赔偿;以及
- 低视力辅助设备。

请查看您的计划概要说明,以获取完整的视力限制和除外责任清单。

## 36Phlex Phact!

这项人寿保险金一般只在您受保工作期间身故时支付。

因意外身故而应支付的任何 AD&D 福利金等于您的人寿保险金额,并且是在您的人寿保险福利之外额外支付的。

意外死亡及伤残抚恤金的数额取决于意外事故的类型。

请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

可能存在例外情况和某些限制。

请参阅您的计划概要说明,了解完整的除外责任和限制清单。

## 人寿保险和意外死亡 伤残保险

如今,人寿保险不仅仅是一种“安心保障”,更是生活必需品之一。

人寿保险旨在为您身故后,为您的家人或任何依赖您收入的人提供保障。意外身故及伤残保险 (AD&D) 会在您因意外事故失去肢体或视力时向您支付赔偿金,并在您因承保范围内的意外事故身故时向您的受益人支付赔偿金。您的人寿保险赔偿金仅在您在受保工作期间身故时支付。因意外身故而支付的任何 AD&D 赔偿金均等于您的人寿保险金额,并且是在您的人寿保险赔偿金之外额外支付的。您的 AD&D 赔偿金额取决于意外事故的类型。可能存在除外责任和某些限制。详情请参阅您的计划摘要说明,或致电基金办公室。

为挚爱亲人提供经济保障至关重要。本基金将为您支付1万美元的人寿保险和1万美元的意外死亡及伤残保险的全部费用。您也可以选择购买更高额度的人寿保险和意外死亡及伤残保险,具体说明如下。

受抚养人没有资格享受人寿保险和意外死亡及伤残保险。

### 人寿保险金额

由于每个人所需的保险额度各不相同,36Phlex 计划提供三种保险额度供您选择:

- 10,000 美元
- 25,000 美元
- 50,000 美元

请查看您的注册表格,了解购买人寿和意外伤害保险所需的 PhlexPoints 数量。

### 别忘了 您的受益人

为确保您指定的受益人能够领取福利金,您必须指定受益人,并随着生活状况的变化及时更新受益人信息。如果您符合领取资格或受抚养人身份发生变化,请填写“人口统计/受益人信息表”。如有需要,请联系基金办公室索取新表格。

将表格交回基金办公室。

## 短期残疾津贴

如果您是全职员工,并且您的雇主向短期残疾福利基金额外缴款,那么您就有资格领取短期残疾福利。

如果您因与工作无关的疾病或受伤而丧失劳动能力,无法工作,短期残疾福利将为您和您的家人提供每周的补充津贴。

短期残疾津贴的具体时长取决于诊断结果和既定的残疾标准。但是,任何短期残疾津贴的最长期限不得超过 26 周。如需申请短期残疾津贴,您必须填写短期残疾申请表,并提供由具有法律资质的医生出具的证明文件,证明您已丧失劳动能力,无法履行正常工作职责。请注意:心理健康中心 (MHC) 的医疗服务提供者也可以出具残疾证明。

如果您符合资格,在您残疾期间,您将获得相当于您正常工资一定比例的每周福利金,最高可达每周最高限额,前提是您继续接受有法律资格的医生的直接定期护理,或者您的护理由 MHC 心理健康/药物滥用提供者管理。

您的短期伤残津贴从您因伤残就医后的第四个工作日开始生效。就医前您因伤病耽误工作的任何期间,短期伤残津贴均不予支付。

短期残疾申请表必须按时提交。如果您因持续性残疾而无法工作超过一个月,则必须定期提交续领申请表(“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。请联系基金办公室索取表格。您只有在领取短期残疾福利期间才能获得资格积分。

有关短期残疾福利的更多信息,请参阅您的计划摘要说明,或致电基金办公室 (215) 568-3262 或 (800) 338-9025 (本地通话区域外)。

### 36Phlex Phact!

如果您失业超过一个月,则应继续定期(通常每月一次)填写残疾证明表格。

### 36Phlex Phact!

出具残疾证明的医生必须是合作医疗机构的合作医生。

### 36Phlex Phact!

“具有法律资格的医生”包括医学博士 (MD)、骨科医学博士 (DO)、牙科外科博士 (DDS)、牙科医学博士 (DMD) 或足病医学博士 (DPM)。

### 36Phlex Phact!

任何短期伤残索赔必须在您首次伤残之日起 60 天内提交至基金办公室。请确保所有部分均已填写完整,并由您、您的雇主和您的主治医生签字后再提交至基金办公室。

## 灵活支出账户

根据您选择的福利项目,您可能有资格参与该基金的灵活支出账户。

### 两个独立的账户

有两个独立的账户 医疗保健灵活支出账户和受抚养人照护援助计划灵活支出账户。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,则不能将资金从一个账户转移到另一个账户,也不能使用医疗保健灵活支出账户中的资金支付受抚养人照护费用,反之亦然。

在您向这些账户存入 PhlexPoints 积分之前,请务必仔细估算您的支出,因为宽限期过后,账户中的剩余余额将会清零。详情请参阅下方的“使用或清零截止日期”。

### 谁有资格

如果您的 PhlexPoint 总数少于 100,则您有资格参与灵活支出账户 (FSA)。如果您的福利费用少于 100 PhlexPoint,您可以选择将剩余的 PhlexPoint 存入一个或两个灵活支出账户。您存入灵活支出账户的每个 PhlexPoint 价值 5 美元。例如,如果您选择的福利费用为 81 PhlexPoint,则您将有 19 PhlexPoint 可存入灵活支出账户。这意味着您每月可以向账户存入 95 美元 (19 PhlexPoint x 5 美元)。美国国税局 (IRS) 对您每月可以存入灵活支出账户的金额设定了限额。您的每月缴款额不得超过 IRS 规定的限额。

### 不用就作废的截止日期

如果您符合资格,可以使用灵活支出账户 (FSA) 报销您在缴款年度次年 3 月 15 日之前产生的符合条件的费用;任何未在此日期前使用的资金将被作废,具体情况需遵守美国国税局 (IRS) 的结转规则。这意味着,您灵活支出账户中截至 12 月 31 日的剩余资金可用于报销您在次年 3 月 15 日之前产生的费用。

注意:您必须在次年 4 月 15 日之前向基金办公室提交宽限期内发生的费用。

## 36Phlex Phact!

您必须注册或重新注册这些帐户,因为参与资格不会自动逐年延续。

## 36Phlex Phact!

必须随附相应的证明文件。请将报销申请提交至福利基金办公室。

## 受抚养人照护援助计划灵活支出账户

如果您必须支付费用请人照顾受抚养人,以便您(以及您的配偶,如果您已婚)能够工作,请考虑设立一个“受抚养人照护援助计划灵活支出账户”,用于报销符合条件的受抚养人照护费用。这些费用包括日托中心或养老院的费用,以及照护人员的费用。您不能使用“受抚养人照护援助计划灵活支出账户”支付受抚养人的医疗保健相关费用(医疗保健灵活支出账户涵盖这些费用)。

## 谁有资格成为受抚养人

这些费用必须用于“符合条件的受抚养人”,其中包括:

- 如果您申报,则费用发生时您未满 13 岁的受抚养子女也需申报。他们将作为受抚养人列入您的联邦纳税申报表;
- 其他受抚养人,例如您的配偶、年迈的父母或年长的子女(如果他们身体或精神残疾,无法自理,并且您在税务上将其申报为受抚养人。

## 费用证明

申请报销时,您必须填写申请表,并提供详细的账单或证明该项支出符合基金报销条件的证明文件。您的付款申请必须包含护理人员的纳税人识别号(TIN)。对于个人护理人员,TIN 通常是其社会保障号码。如果护理人员在您家中工作,您有责任向美国国税局(IRS)提交雇主纳税申报表,并缴纳支付给该雇员工资的社会保障税。

## 联邦税收抵免还是受抚养人照护援助计划灵活支出账户?

实际上,支付日托费用有两种税收优惠方案可供选择。受抚养人照护援助计划灵活支出账户(DCAP FSA)或政府的联邦儿童保育税收抵免。您不能同时使用 DCAP FSA 和联邦税收抵免申报同一笔费用,但您可以:

- 使用受抚养人照护援助计划灵活支出账户;或
- 利用联邦税收抵免。(根据现行法律,根据您的调整后总收入,您可以获得相当于受抚养人照护费用 20% 至 35% 的税收抵免。)  
用于计算税收抵免的最高金额,一个孩子为 3,000 美元,两个或两个以上孩子为 6,000 美元。因此,如果您的抵免率为 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“受抚养人照护援助计划灵活支出账户”报销的费用,将直接抵消您可以申请联邦税收抵免的费用。例如,如果您有一个孩子,并从“受抚养人照护援助计划灵活支出账户”获得 3,000 美元的报销,那么您就用完了可以作为单个孩子税收抵免的可用费用(3,000 美元)。

哪种方式更适合您,取决于您的总收入和报税身份,是选择税收抵免还是子女照护援助计划灵活支出账户。如需了解哪种方案最符合您的需求,请咨询您的税务顾问。

## 36Phlex Phact!

如果您负责照顾符合条件的受抚养人,并且必须支付他人费用来提供照护以便您能够工作,则可以使用受抚养人照护援助计划灵活支出账户。如果您已婚,则只有在您和配偶都工作,或者您的配偶是全日制学生或残疾且无法自理的情况下,您才能使用此账户。换句话说,如果您或您的配偶留在家中照顾受抚养人,或者您或您的配偶是兼职学生,则您不能使用此账户。

## 重要通知

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

### HIPAA特殊注册权利

如果您因已有其他医疗保险而拒绝为自己或受抚养人 (包括您的配偶)加入本医疗保险计划,将来您或许可以为自己或受抚养人加入本计划,前提是您在其他保险终止后的31天内提出申请并提供相关证明文件。此外,如果您因结婚、收养或安排收养而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入本医疗保险计划,前提是您需在结婚、收养或安排收养后的31天内提出申请。如果您因生育而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入本医疗保险计划,前提是您需在生育后的90天内提出申请。

如果您或您的符合条件的受抚养人符合以下任一条件,该基金还将提供特殊的参保机会:

- 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
- 获得州政府提供的医疗补助或儿童健康保险计划的保费援助资格。

对于这些注册机会,您将有 60 天的时间,从 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP) 资格变更,可申请加入基金承保范围。请注意,此 60 天延期仅适用于因医疗补助/儿童健康保险计划 (Medicaid/CHIP) 资格变更而产生的参保机会。

所有参保材料必须在特殊参保申请提交后的31、60或90天内完成,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完成参保材料并提供受抚养人身份证明 (例如,需要更多时间办理新生儿出生证明),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),如果医疗保险因以下原因终止,您和符合条件的受抚养人可以继续享受医疗保险最多18个月:

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

COBRA 还允许您符合条件的受抚养人继续享受长达 36 个月的医疗保险,前提是医疗保险原本会因以下原因终止:

- 你死了,
- 你和你的配偶离婚或合法分居,
- 您符合医疗保险资格,或
- 您的受抚养人不再符合医疗保险计划的承保资格。

您和您的受抚养人通常可以在保险终止后的前60天内,或自收到终止通知之日起60天内(以较晚者为准),选择继续享有保险。只要您按时缴纳保费,继续享有的保险将导致保险终止的事件发生后的次月1日生效。您只能继续享有事件发生前一天生效的保险。但是,您可以在每年的开放注册期内更改您的选择。

如果医疗保险计划发生变化,这些变化也将适用于 COBRA 保险范围。

要获得 COBRA 保险,您和/或您符合条件的受抚养人需要及时做出选择并按月缴纳保费。

医疗保健灵活支出账户可能适用其他规定。

#### 《新生儿和母亲健康保护法》

根据联邦法律,团体健康保险计划和健康保险发行机构通常不得将产妇或新生儿因分娩住院的福利限制在阴道分娩后少于 48 小时,或剖腹产后少于 96 小时。但是,联邦法律通常并不禁止产妇或新生儿的主治医生在与产妇协商后,让产妇或新生儿在 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,计划和发行机构不得要求医疗服务提供者获得计划或发行机构的授权才能开具不超过 48 小时(或 96 小时,视情况而定)的住院时间处方。

#### 妇女健康与癌症权利法案

《妇女健康与癌症权利法案》要求团体健康保险计划及其保险公司和健康维护组织(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,其福利将根据与主治医生协商确定的方式提供,具体包括:

- 乳房切除术后乳房重建的各个阶段;
- 对另一侧乳房进行手术和重建,以达到对称的外观;  
和
- 乳房切除术后假体及并发症的治疗,包括  
淋巴水肿

乳房重建福利需遵守免赔额和共同保险限制,这些限制与该计划下其他福利的规定一致。

## HIPAA隐私声明提醒

根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 的隐私规则,SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR 福利计划 (以下简称“本计划”)需定期提醒参与者本计划的隐私声明及其获取方式。隐私声明解释了参与者在受保护健康信息 (PHI) 方面的权利以及本计划的法律义务,并说明了本计划如何使用和披露 PHI。您也可以致电基金办公室 215-568-3262 转 1400 或 800-338-9025 转 1400 (本地通话区域外)获取隐私声明副本。

## 您的处方药保险和医疗保险

请仔细阅读本通知并妥善保管。本通知包含您目前在SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR福利基金享有的处方药保险信息,以及您在联邦医疗保险 (Medicare)处方药保险方面的选择。这些信息可以帮助您决定是否加入联邦医疗保险处方药计划。如果您正在考虑加入,您应该将您目前的保险范围 (包括哪些药物在保险范围内以及费用如何)与您所在地区提供联邦医疗保险处方药保险的计划的承保范围和费用进行比较。本通知末尾提供了您可以获得处方药保险相关帮助的信息。

关于您当前的保险保障,有两件重要的事情您需要了解:  
联邦医疗保险的处方药报销范围:

### 1. 2006年起,所有符合条件的人都可以享受联邦医疗保险 (Medicare)处方药保障。

联邦医疗保险 (Medicare)。如果您加入联邦医疗保险处方药计划或提供处方药保障的联邦医疗保险优势计划 (例如 HMO 或 PPO),即可获得此项保障。所有联邦医疗保险处方药计划均提供至少由联邦医疗保险设定的标准保障水平。部分计划可能提供更高的月保费,从而提供更全面的保障。

### 2. SEIU Local 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,平均而言,预计所有计划参与者的报销额度与标准联邦医疗保险 (Medicare) 处方药保险的报销额度相当,因此被视为合格保险。由于您现有的保险至少与标准联邦医疗保险处方药保险一样好,如果您之后决定加入联邦医疗保险 (Medicare) 药品计划,您可以保留此保险,而无需支付更高的保费 (罚款)。

### 何时可以加入联邦医疗保险药品计划?

您可以在首次符合 Medicare 资格时加入 Medicare 药品计划,并且每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间也可以加入。但是,如果您因非自身过错而失去当前有效的处方药保险,您也将有资格参加为期两 (2) 个月的特殊注册期 (SEP) 来加入 Medicare 药品计划。

如果您决定加入联邦医疗保险处方药计划,您目前的保险会受到什么影响?

无论您是否加入联邦医疗保险处方药计划,只要您继续符合SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR福利计划的资格要求,您目前的处方药保险将继续有效。您目前的保险除了涵盖处方药外,还支付其他医疗费用。只要您继续符合该基金的资格规定,即使您选择加入联邦医疗保险处方药计划,您仍然有资格享受所有医疗和处方药福利。

如果您参加了联邦医疗保险处方药计划,并且您是积极参与者,则该计划的保障将是首要的,联邦医疗保险将在该计划支付其福利后作为次要支付。

如果您决定加入联邦医疗保险药品计划并放弃您当前的 SEIU 32BJ 第 36 区 BOLR 福利基金保险,您只有在符合该基金的资格和注册规则 (包括特殊注册规则)的情况下才能重新获得该保险。

何时加入联邦医疗保险药品计划需要支付更高的保费 (罚款) ?

您还应该知道,如果您放弃或失去您目前在 SEIU Local 32 BJ、District 36 BOLR Welfare Fund 的保险,并且在您目前的保险结束后 63 个连续日内没有加入 Medicare 药品计划,那么您以后加入 Medicare 药品计划时可能需要支付更高的保费 (罚款) 。

如果您连续 63 天或更长时间没有符合条件的处方药保险,您的月保费可能会增加,每月增加的金额至少为 Medicare 基本受益人保费的 1%,计算周期为每个月未获得该保险的时间。例如,如果您连续 19 个月没有符合条件的保险,您的保费可能会持续比 Medicare 基本受益人保费高出至少 19%。只要您拥有 Medicare 处方药保险,您可能就需要支付这笔更高的保费 (罚款) 。此外,您可能需要等到次年 10 月才能加入 Medicare。

有关此通知或您当前处方药保险的更多信息

如需了解更多信息,请联系下方列出的人员。

注意:您每年都会收到此通知。在您下次可以加入联邦医疗保险 (Medicare)药品计划之前,以及如果您通过SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR福利基金获得的保险范围发生变更时,您也会收到此通知。您也可以随时索取此通知的副本。

有关您在联邦医疗保险处方药保障方面的更多选择的信息

有关提供处方药保障的联邦医疗保险计划的更多详细信息,请参阅《联邦医疗保险与您》手册。您每年都会收到联邦医疗保险邮寄的这本手册。您也可能会直接收到联邦医疗保险药品计划的联系。

有关联邦医疗保险处方药报销的更多信息：

- 访问[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- 致电您所在州的健康保险援助计划（电话号码请参见《医疗保险与您》手册的封底内页），以获取个性化帮助。
- 请致电 800-MEDICARE (800-633-4227)。听力或语言障碍人士请拨打 877-486-2048。

如果您收入和资源有限,可以获得额外的帮助来支付联邦医疗保险处方药费用。有关这项额外帮助的信息,请访问社会保障局网站 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov),或致电 800-772-1213 (TTY 800-325-0778)。

请记住:妥善保管这份“符合资格的承保范围”通知。如果您决定加入联邦医疗保险 (Medicare)的药品计划,您可能需要在加入时提供这份通知的副本,以证明您是否一直保持着符合资格的承保范围,从而确定您是否需要支付更高的保费（罚款）。

重要信息

以下图表提供了有关此 Medicare Part D 通知的重要信息。

日期	入职时提供,此后每年提供
实体发送方名称	SEIU 32 BJ,第36区BOLR福利基金
联系方式 – 职位/办公室	约翰·J·荣吉奥内,管理员
地址	市场街1515号 1020号套房 宾夕法尼亚州费城,邮编 19102
电话号码	215-568-3262,分机1400

## 医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP)

### 医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费援助

如果您或您的孩子符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的资格,并且您有资格从雇主处获得医疗保险,您所在的州可能设有保费援助计划,该计划可以使用其医疗补助计划或儿童健康保险计划的资金来帮助支付保险费用。如果您或您的孩子不符合医疗补助计划或儿童健康保险计划的资格,您将无法获得这些保费援助计划,但您可以通过医疗保险市场购买个人保险。更多信息,请访问[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)。

如果您或您的受抚养人已加入 Medicaid 或 CHIP,并且您居住在以下列出的州,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室,了解是否有保费援助。

如果您或您的受抚养人目前未参加医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP),并且您认为您或您的任何受抚养人可能符合其中一项计划的资格,请联系您所在州的医疗补助计划或儿童健康保险计划办公室,或拨打 877-KIDS NOW 或访问[www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) 了解申请流程。如果您符合资格,请咨询您所在州是否有可以帮助您支付雇主提供的医疗保险计划保费的项目。

如果您或您的受抚养人符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保费补助资格,并且也符合雇主提供的医疗保险计划的资格,那么如果您尚未加入该计划,您的雇主必须允许您加入。这被称为“特殊参保”机会,您必须在被确定符合保费补助资格后的 60 天内提出参保申请。如果您对加入雇主提供的医疗保险计划有任何疑问,请联系美国劳工部,网址为[www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov)或致电 866-444-EBSA (3272)。

以下州名单截至2025年7月31日有效。请联系您所在的州了解更多资格信息。

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	<a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>
医疗补助电话	800-692-7462
CHIP 网站	<a href="https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx">https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx</a>
芯片电话	800-986-KIDS (5437)
新泽西州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>
医疗补助电话	800-356-1561
CHIP 高级援助电话	609-631-2392
CHIP 网站	<a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>
芯片电话	800-701-0710 (TTY:711)
纽约	医疗补助
医疗补助网站	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>
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	<a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html</a>
医疗补助电话	302-571-4900 或 866-843-7212
CHIP 网站	<a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html</a>
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	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx</a>
医疗补助电话	855-642-8572
CHIP 网站	<a href="https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx</a>
芯片电话	855-642-8572 (TTY 711)

如需了解您所在的州是否有保费援助计划,或了解更多关于特殊参保权利的信息,请联系以下任一机构:

美国劳工部 美国卫生与公众服务部

员工福利保障管理局医疗保险和医疗补助服务中心

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323,菜单选项 4,分机号 61565

## 笔记

[illegible]



