



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



报名时间到!

2026

新员工福利指南

您有 20 天时间报名参加 2026 年  
BOLR BMCA 全职员工福利计划!

(适用于雇主支付家属保险保费的参与者)

里面有什么

欢迎来到SEIU Local 32BJ District 36 BOLR福利基金..... 2

基本事实..... 4

医疗福利..... 6

重要术语..... 7

健康与福祉（健康生活方式SM） 致力于每天呵护您的健康！ ..... 8

行为健康益处..... 9

效益总结.....10

处方药福利.....12

牙科福利.....13

视力福利.....15

人寿保险和意外死亡及伤残保  
险.....16

短期残疾福利.....17

重要通知.....18

## 欢迎来到SEIU Local 32BJ 第36区BOLR福利基金

2026

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。

在本指南及随附材料中，您将找到参加 2026 年福利计划所需的信息、表格和说明。请仔细阅读随附材料，并在参加保险计划前考虑您家庭的需求。

您必须在收到此注册资料包后 20 天内将填妥的表格（包含在本书前面）交回基金办公室。

### 你现在需要做什么

阅读完本指南后：

1. 请完整填写人口统计/受益人表格的正反面。如需为受抚养人添加保险计划，请填写受抚养人登记表。添加受抚养人时必须提供相关证明文件。
2. 仔细阅读本指南。考虑哪些福利选项最适合您，您的家人。
3. 请填写、签名并注明本指南前面适用的表格日期。请阅读紫色方框，以确定您需要填写哪些表格。
4. 您必须指定一位初级保健医生 (PCP)。您可以致电 Independence Blue Cross（电话：800-ASK-BLUE (800-275-2583)）或访问其网站 [www.ibx.com](http://www.ibx.com) 在线选择一位。您必须选择一位初级保健医生，以最大限度地减少您的自付费用。
5. 如果您放弃医疗保险：
  - 填写并签署《其他保险证明表》，并提交您的医疗保险卡复印件以核实您的其他保险；
  - 将所有必需表格放入随附的回邮信封中寄回。
6. 填写随附的社会保障数据匹配表，并提供一份您的社保卡复印件。社会安全卡。如果将受抚养人添加到计划中，您还必须提供他们的社会安全卡复印件。

注意：如果您的表格填写不完整，将被退回。如果您的表格被退回，您必须在72小时内补全缺失的信息并将表格交回基金办公室。

**重要提示:状态变更提醒您的福利选择将在今年**

剩余时间内继续有效。您仅可在状态变更的情况下更改医疗、牙科或视力保险选项。

符合条件的变更包括:

- 婚姻状况发生变化（例如结婚、离婚或婚姻无效）；
- 受抚养人数量发生变化（例如，子女出生、子女合法收养、子女被安置在您处进行收养，或受抚养人死亡）；
- 某些就业状况的变化会影响您和您的配偶的福利资格。  
配偶或子女，例如：终止雇佣关系、罢工或停工、开始或结束无薪休假、工作地点变更或工作时间变更（例如，全职和兼职工作之间转换或工时减少或增加）；
- 您的孩子不再符合保险资格；
- 有资格享受联邦医疗保险或医疗补助（仅适用于有资格享受联邦医疗保险的人）或医疗补助）；
- 变更以遵守州家庭关系法令中关于您保险范围的规定  
受抚养子女；
- 您、您的配偶或子女是否符合 COBRA 保险资格；
- 您或您配偶的医疗保健计划的承保费用大幅增加或福利承保范围大幅减少；
- 增加、取消或大幅缩减保险范围；
- 如果您配偶或子女的保险计划在其他雇主的年度参保期内发生变更，而该计划的承保期限与您目前的计划不同；或者
- 如果受抚养人照护提供者或费用发生变化，且提供者不是雇员的亲属（仅适用于受抚养人照护报销账户），则适用。

您必须在情况发生变化后的 31 天内以书面形式通知基金办公室您的变更保险范围请求（如果是添加新生儿，截止日期为 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) 的保险，或者您符合州 Medicaid 或 CHIP 的保费援助计划的资格，则截止日期为 60 天），并且您必须提供事件的证明。

请记住：谨慎选择！您有 20

天的时间进行注册。除非您符合资格变更身份，否则您将无法在 2026 年下一个开放注册期之前更改您的选择，保险将于 2027 年 1 月 1 日生效。

如有疑问，请致电基金办公室：

215-568-3262

分机号 1400 或致电 800-338-9025 分机 1400。

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？

如果您从事受保就业,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 BOLR BMCA 全职计划。

如果您符合参加 BOLR BMCA 全日制计划的资格,您还可以为符合条件的家属申请医疗、牙科和视力保险。符合条件的家属包括:

- 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:
  - 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
  - 如果因合格医疗机构的要求,需要将您26岁以下的子女添加进来。  
请提供子女抚养令副本。
  - 社会安全号码证明
  - 如果您有子女在年满 26 岁后仍需继续享有您的保险,则需注意以下事项:  
如果子女因身体或精神障碍而无法自理,基金会办公室要求定期提供其残疾证明文件。  
此信息必须在子女年满26周岁后的31天内提供。

请注意:您有 20 天的时间为自己和家属办理参保手续。如果我们未在规定时间内收到您的参保表格,您将需要等到下一次开放参保期,除非您的资格状态发生变更。

## 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。

## 谁来支付福利金

您的福利计划和所需缴款由集体谈判协议确定。您的雇主每月代表您向基金缴款,该基金用于支付您全部或部分医疗和福利费用。您通过自付额、共付额和/或共同保险支付您所接受医疗服务的部分费用。

## 更改您的福利

您的福利选择自您注册之日起生效,直至 2026 年 12 月 31 日。除非您遇到第 2 页和第 3 页所述的合格身份变更,否则您将无法在一年内更改您的选择。

如果您符合以下条件,也可以在一年中的任何时间加入医疗保险计划:· 您放弃了

自己或符合条件的受抚养人的医疗保险,因为您或您的受抚养人原本拥有医疗保险,但由于离婚、合法分居、死亡、终止雇佣关系、工时减少或原计划的COBRA保险期限届满而失去了该保险。在这种情况下,您可以在失去保险后的31天内为自己和符合条件的受抚养人重新加入该计划。

- 你通过结婚、收养或安排收养而获得新的受抚养人。  
在这种情况下,您可以为自己和新增加的受抚养人办理参保手续,前提是您事件发生后 31 天内办理。如果您的新受抚养人是新生儿,您可以在婴儿出生后 90 天内 (如果您因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障,或者您符合州政府提供的医疗补助或 CHIP 保费援助计划的资格,则为 60 天)申请参保。
- 如果您或您的受抚养人因不再符合医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的资格而失去该项保险  
或者,如果您或您的受抚养人符合 Medicaid 或 CHIP 的保费援助补贴资格,您可以为自己或您的受抚养人注册此计划,前提是您事件发生后 60 天内提出注册申请并提供适当的证明文件。

## 医疗福利

### 重要提醒：

本指南中所述的福利自 2026 年 1 月 1 日起生效。

在适用情况下,网络内和网络外福利的免赔额、共同支付额、共同保险额和最高限额是合并计算的。

当您使用非合作医疗机构的医疗服务提供者时,您需要承担医疗服务提供者账单金额与您的保险公司支付金额之间的差额。

### 预认证要求

某些服务必须先获得医疗必要性批准才能接受治疗。

这称为预先认证。需要预先认证的服务包括：· 所有非紧急住院治疗 · 择期住院手术 · 部分耐用医疗设备

- 家庭医疗保健
- 住院临终关怀
- 磁共振成像/磁共振血管造影
- CT/CTA扫描
- PET扫描

注:此列表并非全部服务项目。蓝十字可能会不时更改预认证要求。请联系蓝十字会员服务部了解更多信息。

### 别忘了预防保健

定期体检、检查和筛查至关重要。预防性护理可以及早发现癌症、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能享受100%报销。如果您没有家庭医生,可以在[www.ibx.com](http://www.ibx.com)网站上查找,或者致电(800) 275-2583联系Independence会员服务部。

## 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。

### 初级保健医生（PCP）

有时也被称为“家庭医生”。当您有健康问题时,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。

## 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。

您必须加入医疗保险计划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。

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。

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。

福利概要

| 益处                                   | 网络内/转诊                                                                                         | 非合作医疗机构/<br>自我推荐                                                                               |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年度自付额                                |                                                                                                |                                                                                                |
| 个人                                   | 0美元                                                                                            | 250美元                                                                                          |
| 家庭                                   | 0美元                                                                                            | 500美元                                                                                          |
| 年度自付费用上限                             |                                                                                                |                                                                                                |
| 个人                                   | 6,750 美元                                                                                       | 6,750 美元                                                                                       |
| 家庭                                   | 13,500 美元                                                                                      | 13,500 美元                                                                                      |
| 终身最高限额                               | 没有任何                                                                                           | 没有任何                                                                                           |
| 住院病人1                                | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。<br><br>每个日历年最多 70 天                                                           |
| 住院医师服务                               | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 膝关节和髋关节置换术1,2<br>蓝十字卓越中心+<br>所有其他设施  | 100%<br><br>70%                                                                                | 未涵盖<br><br>未涵盖                                                                                 |
| 急诊室                                  | 第 1 次和第 2 次就诊:支<br>付 100 美元共付额后,全额报销。<br><br>到访3次或以上:<br>支付 200 美元共付额后,100% 退款<br><br>如获准入院则豁免 | 第 1 次和第 2 次就诊:支<br>付 100 美元共付额后,全额报销。<br><br>到访3次或以上:<br>支付 200 美元共付额后,100% 退款<br><br>如获准入院则豁免 |
| 紧急护理                                 | 支付 40 美元共付额后,100% 报销                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 熟练护理机构1<br>每年最多 60 天                 | 100%                                                                                           | 未涵盖                                                                                            |
| 医生办公室 PCMH 初级保健医生                    | 支付 10 美元共付额后,100% 报销                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 医生诊所非患者中心医疗之家 (PCMH) 初级保<br>健医生和专科医生 | 支付 20 美元共付额后,100% 报销。                                                                          | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 成人预防保健和<br>儿童3                       | 100%                                                                                           | 允许金额的70%,无免赔额                                                                                  |
| 常规妇科检查/宫颈抹片检查<br>(每年一次)              | 100%                                                                                           | 允许金额的70%,无免赔额                                                                                  |
| 乳房X光检查                               | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 儿童免疫接种                               | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 手术1 (部分门诊手术可能需要预先认证)                 | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |
| 实验室/病理门诊4,5                          | 100%                                                                                           | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                                                                               |

| 益处                                           | 网络内/转诊                | 非合作医疗机构/<br>自我推荐                     |
|----------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 门诊诊断X光/<br>放射学1,4,5                          | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 家庭健康护理1<br>每个日历年最多 200 次访问                   | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 物理/职业治疗4,5<br>言语治疗<br>每个治疗方式每年最多可进行 30 次就诊。  | 支付 20 美元共付额后,100% 报销。 | 未涵盖                                  |
| 心脏或肺部康复<br>每个治疗方式每年最多可进行 36 次就诊。             | 支付 20 美元共付额后,100% 报销。 | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 耐用医疗设备1<br>部分项目需要预先认证。                       | 100%                  | 未涵盖                                  |
| 救护车<br>紧急运输<br>非紧急运输1                        | 100%<br>100%          | 100% 允许金额,无免赔额<br>扣除免赔额后,允许金额的70%。   |
| 产科<br>第一次产检<br>医院                            | 100%<br>100%          | 扣除免赔额后,允许金额的70%。<br>扣除免赔额后,允许金额的70%。 |
| 脊椎矫正疗法（脊椎手法治疗）5<br>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,允许金额的70%。                     |
| 透析/放射治疗/化疗                                   | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 营养咨询<br>每年6次访问                               | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 营养配方 &<br>医用固体食品1<br>可能需要预先认证。               | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 门诊私人护理1<br>每个日历年最多 360 小时                    | 90%                   | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 临终关怀1<br>每人一生最多 210 天                        | 100%                  | 未涵盖                                  |
| MHC, Inc. 提供行为健康和药物滥用计划服务。致电 (800) 255-3081。 |                       |                                      |
| 住院患者6,7                                      | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 非门诊就诊6                                       | 100%                  | 扣除免赔额后,允许金额的70%。                     |
| 门诊6                                          | 支付20美元共付额后,100%报销     | 扣除免赔额后,允许金额的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。

<sup>2</sup> 在蓝十字卓越中心+机构接受的膝关节和髌关节置换手术可享受100%的报销;在蓝十字卓越中心或其他任何参与Keystone计划的机构或AmeriHealth指定机构接受的手术可享受70%的报销。在网络外进行的膝关节/髌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。

<sup>4</sup> 必须前往初级保健医生指定的地点接受治疗,才能被视为网络内医疗服务。

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MHC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相关服务预先认证的信息。  
健康/药物滥用治疗。

90 天零售配药服务仅在 CVS 药房提供。

使用 CVS Caremark 邮购药房购买日常用药可以省钱。

## 处方药福利

当您加入该计划的医疗保险时,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 处方药卡,即可获得最多 30 天的药品供应。您还可以直接前往任何一家 CVS 药房或使用 CVS Caremark 邮购药房,获得最多 90 天的维持性药物供应。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<br>(30天用量) | 零售<br>(90天用量)* | 家<br>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: · 单人: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。药品目录在一年内可能会发生变化,因为会有新药加入,品牌药会有仿制药替代,或者其在药品目录中的地位会发生变化。

## 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 and 诊断护理 · 口腔检查、清洁、咬合翼片<br>(每年两次) ;每 36 个月进行一次全口 X 光检查<br><br>· 19岁以下人群可使用氟化物治疗 (有年龄限制)<br>· 牙齿封闭剂或间隙保持器 (有年龄限制) | 100%                            |
| 基础修复<br><br>· 填充物                                                                                                   | 100%                            |
| 大型修复 · 现有牙冠的修<br>复 · 嵌体、高嵌体、牙冠、铸造修复体 ·<br>牙桥和义齿                                                                     | 50%                             |
| 牙髓病学<br><br>· 根管治疗                                                                                                  | 80%                             |
| 牙周病学<br><br>· 牙龈治疗                                                                                                  | 80%                             |
| 正畸                                                                                                                  | 50%<br>最高可达 1,000 美元 (终身最高限额) 。 |

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<br>参与牙医 | 如果您选择的是<br>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<br>件的费用） | 700美元         | 700美元                                          |
| 计划支付（合<br>同价格的 50%）             | 350美元         | 350美元                                          |
| 你付钱                             | 350美元         | 550<br>美元（Delta 航空公司合同价格与牙<br>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。

## 视力福利

### 计划如何运作

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。
- 如果您选择非合作医疗机构,本计划将报销您的检查费、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,才能获得本计划应承担的费用报销。

### 该计划的支付方式

当您从 NVA 参与提供商处获得服务时,该计划每 24 个月支付一次眼科检查的费用。

该计划还支付一副新镜片和镜框或隐形眼镜的费用,每 24 个月最高可达 120 美元（19 岁以下儿童每 12 个月最高可达 120 美元）。

当您从非合作视力保健提供商处获得服务时,该计划将每 24 个月支付一次眼科检查费用,最高可达 30 美元（19 岁以下儿童每 12 个月支付一次）。

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；
- 眼科的内科或外科治疗；
- 因工伤赔偿法而提供或获得的服务或材料  
由任何政府机构或项目；或，
- 普通太阳镜或近视太阳镜。

根据视力保健计划,您可以使用您的会员卡享受眼科护理服务或配镜。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。

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意外死亡及伤残保险金，均等于您的人寿保险金额，并且是在您的人寿保险金之外额外支付的。

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。意外死亡及伤残保险 (AD&D)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。

受抚养人无权享受人寿保险和意外死亡及伤残保险。

| 员工专属福利 |                    |
|--------|--------------------|
| 自然死亡   | 25,000 美元          |
| 死亡,事故  | 25,000 美元 (除上述费用外) |
| 肢体残缺福利 | 损失的具体金额由损失确定。      |

### 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伤害而丧失劳动能力,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,电话号码为 215-568-3262 或 800-338-9025 (本地通话区域外)。

---

\* 如果您的雇主需要为短期残疾福利支付额外费用。

请注意:根据合同规定,部分雇主可能仍适用固定金额福利津贴。如果您符合每周固定金额福利的领取条件(适用于每周工作 40 小时或以上的全职员工),则每周福利金额为 210 美元。如果您符合每周固定金额福利的领取条件(适用于每周工作 30 至 39 小时的全职员工),则每周福利金额为 175 美元。

出具残疾证明的医生必须是合作医疗机构的合作医生。

“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)、牙医学博士 (DMD)或足病医学博士 (DPM)。

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。

## 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,以便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)加入此医疗保险计划,将来您或许可以为自己或受抚养人加入此计划,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此医疗保险计划,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此医疗保险计划,前提是您需在生育后的90天内提出申请 (如果您因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障,或者您符合州政府提供的医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 保费援助计划的资格,则为60天)。

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 天内或收到通知之日起 60 天内 (以较晚者为准)选择继续享有保险。继续享有的保险将于保险终止日期后的次月 1 日生效。

如果发生导致保险终止的事件,只要您按时缴纳必要的保费,您的保险即可继续有效。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保险选择。

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。

## 《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<br>1020号套房<br>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2026年1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

您的信息。您的权利。我们的责任。

本通知说明了您的医疗信息可能如何被使用和披露,以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

| 您的权利                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您有权：                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>· 获取您的健康和理赔记录副本</li><li>· 更正您的健康和理赔记录</li><li>· 请求保密沟通</li><li>· 要求我们限制分享的信息</li><li>· 获取我们曾分享过的人员名单<br/>您的信息</li><li>· 获取本隐私声明的副本</li><li>· 选择一位代理人来代表你</li><li>· 如果您认为自己的隐私权受到侵犯,请提出投诉。</li></ul>                                 |
| 你的选择                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 您在信息使用和共享方式方面<br>有一些选择。<br><br>正如我们： | <ul style="list-style-type: none"><li>· 回答家人和朋友提出的保险相关问题</li><li>· 提供灾害救援</li><li>· 推广我们的服务并出售您的信息</li></ul>                                                                                                                                                              |
| 我们的用途和披露                             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 我们可能会出于以下目的<br>的使用和共享您的信息：           | <ul style="list-style-type: none"><li>· 协助管理您接受的医疗保健治疗</li><li>· 运营我们的组织</li><li>· 支付您的医疗服务费用</li><li>· 管理您的健康计划</li><li>· 协助处理公共卫生和安全问题</li><li>· 做研究</li><li>· 遵守法律</li><li>· 响应器官和组织捐献<br/>请求并与法医或殡仪馆负责人合作</li><li>· 处理工伤赔偿、执法和其他政府部门的要求</li><li>· 应对诉讼和法律行动</li></ul> |

您的权利

关于您的健康信息,您享有一定的权利。本节将解释您的权利以及我们为帮助您而应承担的部分责任。

获取健康和理赔记录副本

- 您可以要求查看或获取您的健康记录、理赔记录以及我们掌握的关于您的其他健康信息的副本。请咨询我们如何操作。
- 我们通常会在您提出请求后的30天内提供您的健康和理赔记录副本或摘要。我们可能会收取合理的、基于成本的费用。

#### 请要求我们更正健康和理赔记录

- 如果您认为您的健康和理赔记录有误或不完整,您可以要求我们进行更正。请咨询我们如何操作。
- 我们可能会拒绝您的请求,但我们将在 60 天内以书面形式告知您原因。

#### 请求保密通信

- 您可以要求我们以特定方式与您联系(例如,家庭电话或办公电话)或将邮件发送到不同的地址。
- 我们会考虑所有合理的请求,如果您告诉我们您会这样做,我们必须答应。  
如果我们不这样做,我们将面临危险。

#### 请要求我们限制使用或分享的内容。

- 您可以要求我们不将某些健康信息用于治疗、支付或我们的运营,也不与他人分享。
- 我们没有义务同意您的请求,如果该请求会影响到您,我们可能会拒绝。  
您的照顾。

#### 获取我们与之共享信息的对象列表

- 您可以要求我们提供一份清单(记录),说明在您提出要求之日前六年内,我们与谁分享了您的健康信息,以及分享的原因。
- 我们将披露除治疗、支付和医疗保健运营相关信息以及某些其他信息(例如您要求我们提供的任何信息)之外的所有信息。我们将每年免费提供一份财务报告,但如果您在 12 个月内要求提供另一份,我们将收取合理的、基于成本的费用。

#### 获取本隐私声明的副本

即使您已同意以电子方式接收本通知,您仍可随时索取纸质副本。我们将尽快向您提供纸质副本。

#### 选择一位代理人来代表你。

- 如果您已授予某人医疗委托书,或者某人是您的法定监护人,则该人可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。
- 在我们采取行动之前,我们会确保此人拥有此项授权并能代表您行事。  
任何行动。

#### 如果您认为自己的权利受到侵犯,请提出投诉。

- 如果您认为我们侵犯了您的权利,您可以联系我们进行投诉,联系方式如下。
- 您可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉,方法是:写信至 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201;致电 877-696-6775;或访问[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/投诉/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/投诉/)。
- 我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。

#### 你的选择

对于某些健康信息,您可以告诉我们您希望我们如何分享。如果您对我们以下情况下如何分享您的信息有明确的偏好,请与我们联系。告诉我们您的意愿,我们将遵照您的指示行事。

#### 在这些情况下,您有权利也有选择告诉我们:

- 与您的家人、密友或其他参与付款的人员分享信息  
您的护理
- 在灾难救援情况下共享信息

- 与您联系以开展筹款活动
- 将您的信息添加到医院名录中。

如果您无法告知我们您的意愿,例如您处于昏迷状态,但我们认为这样做符合您的最佳利益,我们可能会共享您的信息。此外,当需要减轻对健康或安全的严重且迫在眉睫的威胁时,我们也可能共享您的信息。

在这些情况下,除非您给予我们书面许可,否则我们绝不会分享您的信息:

- 营销目的
- 出售您的信息
- 大部分心理治疗笔记共享

#### 我们的用途和披露

我们通常如何使用或分享您的健康信息?

我们通常会以下列方式使用或分享您的健康信息。

帮助您管理所接受的医疗保健治疗。

我们可以使用您的健康信息,并将其分享给正在为您提供治疗的专业人员。

例如:医生向我们发送有关您的诊断和治疗方案的信息,以便我们安排其他服务。

#### 运营我们的组织

- 我们可以使用和披露您的信息来运营我们的组织,并在必要时与您联系。
- 我们不允许使用基因信息来决定是否为您提供服务。  
保障范围及其价格。这不适用于长期护理计划。

例如:我们会利用您的健康信息来开发更好的服务。

#### 支付您的医疗服务费用

我们会在支付您的医疗服务费用时使用和披露您的健康信息。

例如:我们会与您的牙科保险公司共享您的信息,以便协调您的牙科治疗费用支付。

#### 管理您的计划

我们可能会将您的健康信息披露给您的健康计划发起人,以便进行计划管理。

例如:贵公司与我们签订合同,提供健康保险计划,我们向贵公司提供一些统计数据来解释我们收取的保费。

我们还能以其他方式使用或分享您的健康信息?

我们被允许或被要求以其他方式共享您的信息。通常是以有利于公共利益的方式,例如公共卫生和研究。在出于这些目的共享您的信息之前,我们必须满足法律规定的许多条件。更多信息,请访问: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)。

#### 协助处理公共卫生和安全问题

在某些情况下,例如:我们可以分享您的健康信息。

- 预防疾病
- 协助产品召回
- 报告药物不良反应
- 举报疑似虐待、忽视或家庭暴力行为
- 预防或减少对任何人的健康或安全构成严重威胁

#### 做些研究

我们可能会将您的信息用于健康研究或与他人分享。

#### 遵守法律

如果州或联邦法律要求,我们将分享您的信息,包括与卫生与公众服务部分享信息,以便其了解我们是否遵守联邦隐私法。

回应器官和组织捐献请求,并与法医或殡仪馆负责人合作。

- 我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。
- 当某人去世时,我们可以与验尸官、法医或殡仪馆负责人分享健康信息。

#### 处理工伤赔偿、执法和其他政府部门的要求

我们可以使用或分享您的健康信息:

- 针对工伤赔偿申请
- 用于执法目的或与执法官员合作
- 与卫生监管机构合作开展法律授权的活动
- 用于军事、国家安全和总统保护服务等特殊政府职能

#### 应对诉讼和法律行动

我们可以根据法院或行政命令,或者根据传票,分享您的健康信息。

#### 我们的职责

- 我们依法有义务维护您受保护的健康信息的隐私和安全信息。
- 如果发生可能危及您信息隐私或安全的违规行为,我们将立即通知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私惯例,并向您提供它的副本。
- 除此外所述情况外,未经您书面许可,我们不会使用或分享您的信息。如果您允许我们这样做,您可以随时改变主意。如果您改变主意,请以书面形式告知我们。

更多信息,请访问: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)。

#### 本通知条款的变更

我们可以更改本通知的条款,更改后的条款将适用于我们所掌握的关于您的所有信息。新通知可应要求在我们的网站上提供,我们也会邮寄一份副本给您。

2018年10月

泰玛·桑切斯

隐私官

215-568-3262,分机1400

## 根据《综合预算协调法案》(COBRA)享有的延续保险权利

您收到此通知是因为您最近加入了团体健康保险计划（以下简称“计划”）。本通知包含有关您享有COBRA延续保险权利的重要信息，COBRA延续保险是对计划保障的临时延期。本通知解释了COBRA延续保险的含义、您和您的家人何时可以享受该保险，以及您需要采取哪些措施来保障您的权益。当您符合COBRA资格时，您也可能符合其他一些费用低于COBRA延续保险的保障方案的资格。

根据1985年《综合预算协调法案》(COBRA)，联邦法律规定了COBRA延续保险的权利。当团体健康保险即将终止时，您和您的家庭成员即可享受COBRA延续保险。如需了解您在计划和联邦法律下的权利和义务的更多信息，请查阅计划摘要说明或联系计划管理人。

当您失去团体医疗保险时，您可能还有其他选择。

例如，您可能有资格通过医疗保险市场购买个人保险计划。通过医疗保险市场参保，您每月的保费和自付费用可能都会降低。此外，即使您符合条件的其他团体医疗保险计划（例如配偶的计划）通常不接受逾期参保者，您可能也有资格享受30天的特殊参保期。

## 什么是COBRA延续保险？

COBRA延续保险是指在计划保障因重大生活事件（也称为“合格事件”）而终止时，继续提供保障。具体合格事件将在本通知后文列出。合格事件发生后，必须向每位“合格受益人”提供COBRA延续保险。如果您、您的配偶和受抚养子女因合格事件导致计划保障终止，则他们可能成为合格受益人。根据计划规定，选择COBRA延续保险的合格受益人必须支付COBRA延续保险费用。

如果您是雇员，并且由于以下符合条件的事件而失去计划下的保险保障，您将成为合格的受益人：

- 你的工作时间减少了，或者
- 除严重不当行为外，任何其他原因都不得终止您的雇佣关系。

如果您是员工的配偶，并且由于以下符合条件的事件而失去您在该计划下的保险，您将成为合格的受益人：

- 您的配偶去世了；
- 配偶的工作时间减少；
- 配偶因除严重不当行为以外的任何原因终止工作；
- 您的配偶有资格享受联邦医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者都有）；或
- 你与配偶离婚或合法分居。

如果您的受抚养子女因以下符合条件的事件而失去本计划的保障，他们将成为合格的受益人：

- 员工父母去世；
- 父母员工的工作时间减少；
- 除员工总收入以外的任何原因导致其父母雇员的雇佣关系终止。不当行为；
- 父母雇员有权享受医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者兼有）；
- 父母离婚或合法分居；或
- 该儿童不再有资格作为“受抚养儿童”享受该计划的保障。

## COBRA延续保险何时可用？

只有在计划管理人收到符合条件的事件发生通知后,该计划才会向符合条件的受益人提供COBRA延续保险。雇主必须将以下符合条件的事件通知计划管理人：

- 终止雇佣关系或减少工作时间；
- 员工死亡；或
- 该员工有资格享受医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者兼有）。

对于所有其他符合条件的事件（例如员工与配偶离婚或合法分居,或受抚养子女失去受抚养子女的保险资格）,您必须在符合条件的事件发生后 60 天内通知计划管理人。您必须将此通知提交给基金办公室。

## COBRA延续保险是如何提供的？

一旦计划管理人收到符合条件的事件发生的通知,将向每位符合条件的受益人提供COBRA延续保险。每位符合条件的受益人均有权独立选择COBRA延续保险。受保员工可以代表其配偶选择COBRA延续保险,父母可以代表其子女选择COBRA延续保险。

COBRA延续保险是一种临时性的保险延续,通常因失业或工时减少而持续18个月。某些符合条件的事件,或在初始保险期内发生的第二次符合条件的事件,可能使受益人获得最长36个月的保险。

此外,还有一些方法可以延长这18个月的COBRA延续保险期限：

### 残疾延长18个月的COBRA延续保险期限

如果您或您家庭中任何一位参加本计划的成员被社会保障局认定为残疾,并且您及时通知了计划管理人,您和您的全家可能有资格获得最多11个月的COBRA延续保险,最长可达29个月。残疾必须在COBRA延续保险生效后的第60天之前开始,并且必须至少持续到COBRA延续保险18个月期结束。

### 第二次符合条件的事件将延续保险期限延长 18 个月

如果在COBRA延续保险的18个月期间,您的家庭再次发生符合条件的事件,您的配偶和受抚养子女最多可获得18个月的额外COBRA延续保险,最长可达36个月,前提是计划方已收到关于第二次符合条件的事件的正式通知。如果雇员或前雇员去世;获得Medicare福利（A部分、B部分或两者兼有）;离婚或合法分居;或者受抚养子女不再符合计划规定的受抚养子女资格,则配偶和任何正在享受COBRA延续保险的受抚养子女均可获得此项延期。此项延期仅适用于以下情况:如果第一次符合条件的事件未发生,第二次符合条件的事件将导致配偶或受抚养子女失去计划规定的保险。

## 除了 COBRA 延续保险之外,还有其他保险选择吗?

是的。除了参加 COBRA 延续保险之外,您和您的家人还可以通过健康保险市场、联邦医疗保险、医疗补助、儿童健康保险计划 (CHIP) 或其他团体健康计划 (例如配偶的计划)等途径,在所谓的“特殊注册期”内获得其他保险选择。

有些方案的费用可能低于COBRA延续保险。您可以在[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)网站上了解更多相关信息。

## 我的团体健康保险计划结束后,我可以参加联邦医疗保险 (Medicare)而不是COBRA 延续保险吗?

一般来说,如果您在首次符合资格时因仍在工作而未注册 Medicare A 部分或 B 部分,那么在 Medicare 初始注册期结束后,您将有一个为期 8 个月的特殊注册期来注册 Medicare A 部分或 B 部分,该注册期从以下两者中较早的日期开始:

- 您离职后的一个月;或
- 当前工作单位提供的团体健康保险计划结束后的一个月。

如果您不参加联邦医疗保险 (Medicare),而是选择COBRA延续保险,您可能需要支付B部分延迟参保罚款,并且如果您之后想要参加B部分,您的保险可能会出现中断。如果您选择COBRA延续保险,并在COBRA 延续保险到期前参加联邦医疗保险A部分或B部分,该计划可能会终止您的延续保险。但是,如果联邦医疗保险A部分或B部分在您选择COBRA之日或之前生效,即使您在选择COBRA之日后参加了联邦医疗保险的其他部分,COBRA保险也不会因为您已符合联邦医疗保险资格而被终止。

如果您同时参加了 COBRA 延续保险和联邦医疗保险,联邦医疗保险通常会先支付 (主要支付方), COBRA 延续保险会其次支付。即使您没有参加联邦医疗保险 (Medicare),某些保险计划也可能按联邦医疗保险的补充计划进行支付。

欲了解更多信息,请访问[www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)。

## 如果您有任何疑问

有关您的计划或COBRA延续保险权利的问题,请联系以下列出的联系人。如需了解更多关于《雇员退休收入保障法》(ERISA) (包括COBRA)、《患者保护与平价医疗法案》以及其他影响团体健康计划的法律赋予您的权利的信息,请联系您所在地区最近的美国劳工部雇员福利保障管理局(EBSA)区域或地区办事处,或访问[www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)。

(区域和地区 EBSA 办事处的地址和电话号码可通过 EBSA 网站查询。)有关市场的更多信息,请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)。

## 请及时告知您的计划员地址变更信息。

为保障您家人的权益,请将家庭成员地址的任何变更告知计划管理人。您还应保留一份发送给计划管理人的所有通知副本,以作记录。

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

