



www.seiu36.com



Czas zapisać się!

2026

Przewodnik po świadczeniach dla nowych pracowników

Masz 20 dni na zapisanie się do programu 36Phlex Benefits na rok 2026!

Co jest w środku

Witamy w Funduszu Socjalnym BOLR Oddziału 32Bj SEIU	2
Przegląd programu świadczeń planu 36Phlex	3
Podstawowe fakty	4
Opcje Twojego planu medycznego	6 Zdrowie i dobre samopoczucie
(Zdrowy styl życia SM) — Pracujemy nad wsparciem Twojego zdrowia każdego dnia!	8
Korzyści dla zdrowia behawioralnego	9
Przegląd korzyści wynikających z Planu Opcji Wysokiej	10
Przegląd korzyści wynikających z Planu Podstawowego.....	11
Ważne terminy.....	12
Korzyści płynące z leków na receptę	13
Świadczenia stomatologiczne	14
Korzyści dla wzroku	16
Ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku (AD&D)	18
Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności	19
Konta zwrotów.....	20
Ważne informacje	24

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 Cię dotyczą. Oderwij każdy wypełniony formularz wzdłuż perforacji i wyślij go do Biura Funduszu, korzystając z koperty zwrotnej dołączonej do tego przewodnika.

Witamy w oddziale SEIU Local 32BJ Fundusz socjalny BOLR okręgu 36

2026

W tym przewodniku i towarzyszących mu materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje potrzebne do zapisania się do programu świadczeń Phlex w 2026 roku.

Prosimy o dokładne zapoznanie się z załączonymi materiałami i rozważenie potrzeb rodziny przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Plan 36Phlex daje Ci elastyczność i pozwala Ci wybrać tylko te opcje, których potrzebujesz. Na przykład, jeśli Twoja rodzina ma już ubezpieczenie medyczne w ramach planu współmałżonka, możesz wykorzystać świadczenia 36Phlex na pokrycie kosztów leczenia stomatologicznego i okulistycznego. Wybór należy do Ciebie.

Wypełniony formularz/arkusz rejestracyjny planu 36Phlex (znajdujący się na początku tej książki) należy odesłać do biura funduszu nie później niż 20 dni po otrzymaniu pakietu rejestracyjnego.

Co musisz teraz zrobić

Po przeczytaniu tego przewodnika:

1. Wypełnij obie strony formularza spisu demograficznego/beneficjenta. W przypadku dodawania osób na utrzymaniu do planów, wypełnij formularz rejestracji osób na utrzymaniu. Aby zarejestrować osoby na utrzymaniu, należy dostarczyć odpowiednią dokumentację.
2. Przeglądaj swój arkusz/formularz rejestracyjny planu 36Phlex, aby zobaczyć dostępne opcje i kosztów PhlexPoint.
3. Przeczytaj uważnie ten przewodnik. Zastanów się, które opcje świadczeń są dla Ciebie najlepsze i Twoja rodzina.
4. Wypełnij, podpisz i opatrz datą Arkusz/Formularz Rejestracyjny Planu 36Phlex. Pamiętaj o wybraniu odpowiedniego poziomu ubezpieczenia medycznego, stomatologicznego, okulistycznego i na życie.
5. Musisz mieć lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP). Możesz go wybrać, kontaktując się z Independence Blue Cross pod numerem 800-ASK-BLUE (800-275-2583) lub odwiedzając stronę internetową www.ibx.com. Musisz wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), aby zminimalizować koszty własne.
6. Jeśli rezygnujesz z ubezpieczenia medycznego:
 - Wypełnij i podpisz Formularz potwierdzenia innego ubezpieczenia i potwierdź inne ubezpieczenie za pomocą kopii swojej karty identyfikacyjnej lekarza; i
 - Proszę odesłać wszystkie niezbędne formularze w załączonej kopercie zwrotnej.
7. Wypełnij załączony formularz dopasowania danych ubezpieczenia społecznego i dostarcz kopię swojego Karta Ubezpieczenia Społecznego. W przypadku dodania osób na utrzymaniu do planu, należy również dostarczyć kopie ich kart Ubezpieczenia Społecznego.

Uwaga: Jeśli Twoje formularze będą niekompletne, zostaną Ci zwrócone. Jeśli którykolwiek z Twoich formularzy zostanie zwrócony, musisz uzupełnić brakujące informacje i zwrócić formularze do Biura Funduszu w ciągu 72 godzin.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu. Twoje decyzje dotyczące

świadczeń w ramach Planu 36Phlex pozostaną w mocy do końca roku. Możesz zmienić swoje wybory dotyczące ubezpieczenia medycznego, stomatologicznego, okulistycznego lub konta zwrotu kosztów w ciągu roku tylko w przypadku zmiany statusu. Dopuszczalne zmiany statusu to:

- Zmiana stanu cywilnego (np. zawarcie związku małżeńskiego, rozwód lub unieważnienie małżeństwa);
- Zmiana liczby osób pozostających na Twoim utrzymaniu (np. urodzenie dziecka, legalna adopcja, oddanie dziecka do adopcji lub śmierć osoby pozostającej na Twoim utrzymaniu);
- Niektóre zmiany w statusie zatrudnienia, które mają wpływ na prawo do świadczeń dla Ciebie, Twojego małżonka lub dzieci, takie jak: zakończenie stosunku pracy, strajk lub lokaut, rozpoczęcie lub powrót z niepłatnego urlopu, zmiana miejsca pracy lub zmiana harmonogramu pracy (na przykład z pracy w pełnym wymiarze godzin na pracę w niepełnym wymiarze godzin lub zmniejszenie lub zwiększenie liczby godzin pracy);

- Twoje dziecko nie kwalifikuje się już do ubezpieczenia;
- Prawo do Medicare lub Medicaid (dotyczy wyłącznie osoby uprawnionej do Medicare lub Medicaid) Medicaid);
- Zmiana w celu dostosowania się do zarządzenia stanowego dotyczącego stosunków rodzinnych w zakresie ochrony Twojego dziecka na utrzymaniu;
- Twoja kwalifikowalność, kwalifikowalność Twojego małżonka lub dziecka do ubezpieczenia COBRA;
- Znaczący wzrost kosztów ubezpieczenia lub znaczące zmniejszenie zakresu świadczeń w ramach Twojego planu opieki zdrowotnej lub planu opieki zdrowotnej Twojego małżonka;
- Dodanie, wyeliminowanie lub znaczące ograniczenie opcji ubezpieczenia;
- Zmiana zakresu ubezpieczenia małżonka lub dziecka w okresie corocznego zapisu u innego pracodawcy, gdy inny plan ma inny okres ubezpieczenia; lub
- Zmiana świadczeniodawców opieki zależnej lub kosztów, jeśli świadczeniodawcy nie są krewnymi pracownika (dotyczy wyłącznie konta zwrotu kosztów opieki zależnej).

Musisz powiadomić Biuro Funduszu na piśmie o swoim wniosku o zmianę zakresu ubezpieczenia w ciągu 31 dni od zmiany statusu (termin wynosi 90 dni w przypadku dodania noworodka; lub 60 dni w przypadku utraty ubezpieczenia Medicaid lub Children's Health Insurance Program (CHIP) z powodu utraty uprawnień lub uzyskania uprawnień do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP) i musisz przedstawić dowód tego zdarzenia.

Przegląd 36Phlex Program świadczeń planu

Plan 36Phlex to program świadczeń oferujący podstawowe świadczenia, takie jak ubezpieczenie medyczne, stomatologiczne, okulistyczne i na życie, a także możliwość wyboru. Możesz wybierać spośród bogatego menu opcji i poziomów ubezpieczenia, aby stworzyć pakiet świadczeń dostosowany do Twoich indywidualnych potrzeb.

Jak działa plan

Plan wykorzystuje system punktowy o nazwie PhlexPoints. Każda korzyść kosztuje określoną liczbę punktów PhlexPoints.

Jeżeli wybrane przez Ciebie korzyści kosztują mniej niż 100 punktów PhlexPoints, możesz wykorzystać pozostałe PhlexPoints na:

- Zarejestruj się na koncie zwrotu kosztów opieki zdrowotnej; i/lub
- Zarejestruj się na koncie zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną.

Jeśli wartość Twoich świadczeń wynosi 100 punktów PhlexPoints lub więcej, NIE będziesz uprawniony do udziału w programie zwrotu kosztów.

Jeśli Twoje świadczenia kosztują więcej niż 100 punktów PhlexPoints, będziesz musiał dołożyć się do kosztów ubezpieczenia. Sprawdź formularz zgłoszeniowy, aby dowiedzieć się, jaką kwotę musisz dołożyć.

Niniejszy dokument oraz materiały zawarte w pakiecie rejestracyjnym zawierają podsumowanie świadczeń z Funduszu Socjalnego SEIU Local 32BJ, Okręgu 36 BOLD oraz zmian, które zaczną obowiązywać 1 stycznia 2026 r. Materiały te uzupełniają inne opisy świadczeń w ramach Planu. Zmiany opisane w tych dokumentach i załączonych materiałach obowiązują od 1 stycznia 2026 r. Fundusz ma nadzieję na kontynuację Planu i świadczeń wymienionych w tych dokumentach oraz opisanych w broszurze świadczeń na czas nieokreślony, ale zastrzega sobie prawo do zmiany, zawieszenia lub zakończenia Planu, w całości lub w części, w dowolnym momencie i z dowolnego powodu. Otrzymanie niniejszego pakietu rejestracyjnego ani zapisanie się na żadne ze świadczeń oferowanych w ramach Planu nie stanowi umowy o pracę. Prosimy o uważne przeczytanie tych dokumentów i zachowanie tych ważnych informacji wraz z innymi materiałami dotyczącymi świadczeń do wykorzystania w przyszłości.

36Phlex Phact!

PAMIĘTAJ: Wybieraj rozważnie! Po zakończeniu 20-dniowego okresu rejestracji nie będziesz mógł zmienić swoich wyborów aż do kolejnego okresu otwartej rejestracji w 2026 roku, aby uzyskać ubezpieczenie od 1 stycznia 2027 roku, chyba że zmienisz status kwalifikujący.

36Phlex Phact!

Masz pytania? Zadzwoń do biura Funduszu pod numer 215-568-3262 wew. 1400 lub pod numerem 800-338-9025 wew. 1400.

Podstawowe fakty

Kto jest uprawniony?

Masz prawo do udziału w Planie 36Phlex, jeśli jesteś zatrudniony na podstawie umowy o pracę objętej 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 zgłosić osoby pozostające na Twoim utrzymaniu do świadczeń medycznych, stomatologicznych i okulistycznych. Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu 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 domu) do 26 roku życia
- Dzieci oddane do adopcji
- Dzieci powyżej 26 roku życia, które nie są w stanie podjąć pracy z powodu upośledzenia umysłowego lub niepełnosprawności fizycznej

Żadne dziecko, na które nieodpłatnie przyjmujesz alimenty, nie będzie uważane za osobę pozostającą na utrzymaniu.

Rejestracja osób na utrzymaniu

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

- Formularz zgłoszeniowy osoby zależnej (pamiętaj o wypełnieniu obu stron)
- 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 w wieku poniżej 26 lat
 - Jeśli w wyniku kwalifikowanego nakazu alimentacyjnego dla dzieci wymagane jest dodanie dzieci poniżej 26 roku życia, prosimy o dostarczenie kopii nakazu
 - Dowód numeru ubezpieczenia społecznego
 - Jeśli masz dziecko, które musi pozostać objęte Twoim ubezpieczeniem po ukończeniu 26 lat z powodu niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej, w wyniku której nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, Biuro Funduszu wymaga okresowego dokumentowania niepełnosprawności. Informacje te muszą zostać dostarczone w ciągu 31 dni od ukończenia przez dziecko 26. roku życia.

PAMIĘTAJ: Masz 20 dni na zarejestrowanie siebie i osób na Twoim utrzymaniu. Jeśli nie otrzymamy formularzy rejestracyjnych w wyznaczonym terminie, będziesz musiał poczekać do następnego otwartego naboru, chyba że nastąpi zmiana statusu kwalifikującego.

Kwalifikowany nakaz alimentacyjny na dziecko (QMCSO)

Jeśli jesteś zobowiązany do zapewnienia dziecku alimentów i opieki zdrowotnej na mocy kwalifikowanego nakazu medycznego dotyczącego alimentów (QMCSO), skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby uzyskać wyjaśnienie wymaganych informacji. QMCSO to orzeczenie, dekret lub nakaz wydany przez sąd, który nakłada na Ciebie obowiązek zapewnienia dziecku opieki zdrowotnej. Aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące procedur administrowania nakazem QMCSO, skontaktuj się z Biurem Funduszu.

Kto płaci za świadczenia

Twój plan świadczeń i wymagane składki są określone w układzie zbiorowym pracy. Twój pracodawca co miesiąc wpłaca w Twoim imieniu składki do Funduszu, który pokrywa całość lub część Twoich świadczeń zdrowotnych i socjalnych. Część kosztów usług opieki zdrowotnej pokrywasz poprzez udziały własne, dopłaty i/lub współubezpieczenie.

Możesz podzielić koszty ubezpieczenia, opłacając część miesięcznej składki w formie potrąceń z wynagrodzenia, zależnie od wybranego rodzaju świadczenia i poziomu ubezpieczenia.

Możesz zapłacić za ubezpieczenie przed opodatkowaniem

Jeśli jesteś zobowiązany do wniesienia wkładu własnego na pokrycie kosztów ubezpieczenia, Twoje składki zostaną potrącone z Twojej pensji przed opodatkowaniem. Oznacza to, że Twoje składki są potrącane z wynagrodzenia przed opodatkowaniem podatków federalnych i składek na ubezpieczenie społeczne. Składki przed opodatkowaniem obniżają Twój dochód podlegający opodatkowaniu, a tym samym pozwalają zaoszczędzić pieniądze.

Na przykład, jeśli zarabiasz 24 000 dolarów, ale wpłacasz 1200 dolarów rocznie na ubezpieczenie, płacisz federalny podatek dochodowy, podatek od ubezpieczeń społecznych i podatek FICA od 22 800 dolarów. Zasady rozliczania stanowych (i lokalnych) podatków dochodowych różnią się w zależności od stanu. Zasadniczo Twoje składki podlegają podatkowi dochodowemu stanu New Jersey. Nie podlegają one jednak podatkowi dochodowemu stanu Delaware, Maryland ani Pensylwania.

Zmiana świadczeń

Wybory dotyczące świadczeń obowiązują od daty rejestracji do 31 grudnia 2026 r. Nie będziesz mógł zmienić wyborów dotyczących kont medycznych, stomatologicznych, okulistycznych ani zwrotów kosztów na rok 2026 w trakcie roku, chyba że wystąpi jedna z kwalifikowanych zmian statusu opisanych na stronach 2 i 3.

Możesz również zapisać się do jednego z planów medycznych w dowolnym momencie w ciągu roku, jeśli:

- Zrzekłeś się ubezpieczenia dla siebie lub uprawnionych osób na Twoim utrzymaniu, ponieważ Ty lub Twoje osoby na utrzymaniu posiadaliście ubezpieczenie zdrowotne i utraciliście je z powodu rozwodu, separacji prawnej, śmierci, rozwiązania stosunku pracy, zmniejszenia liczby godzin pracy lub wyczerpania okresu ubezpieczenia COBRA w ramach innego planu. W takim przypadku możesz zapisać siebie i uprawnionych członków swojego utrzymania, którzy utracili ubezpieczenie, w ciągu 31 dni od jego utraty.
- W wyniku małżeństwa, adopcji lub umieszczenia w pieczy zastępczej zyskujesz nową osobę na utrzymaniu.
 - Adopcja. W takim przypadku możesz zarejestrować siebie, swojego małżonka/małżonkę i nowo nabyte osoby na utrzymaniu, pod warunkiem, że dokonasz rejestracji w ciągu 31 dni od zdarzenia. Jeśli Twoim nowym dzieckiem na utrzymaniu jest noworodek, masz 90 dni od urodzenia na złożenie wniosku o rejestrację (lub 60 dni, jeśli utracisz ubezpieczenie Medicaid lub Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP), ponieważ nie będziesz już uprawniony/a, lub uzyskasz prawo do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP).
 - Jeśli Ty lub osoba pozostająca na Twoim utrzymaniu utracicie ubezpieczenie Medicaid lub Children's Health Insurance Plan (CHIP), ponieważ Ty lub osoba pozostająca na Twoim utrzymaniu nie będziecie już uprawnieni do tego ubezpieczenia — lub jeśli Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu staniecie się uprawnieni do otrzymania dofinansowania składek w ramach Medicaid lub CHIP — możesz zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego Planu, pod warunkiem, że wystąpisz o zapisanie i dostarczysz odpowiednią dokumentację w ciągu 60 dni od zdarzenia.

36Phlex Phact!

Oba plany medyczne wymagają wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i uzyskania skierowania na określone usługi. Aby były one objęte ubezpieczeniem, konieczne może być również korzystanie z niektórych usług w placówkach wyznaczonych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP).

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 wybrać jeden z dwóch planów medycznych i opcję rezygnacji. Chociaż oba plany medyczne zapewniają pokrycie kosztów opieki medycznej niezbędnej ze względów medycznych, działają one w zupełnie inny sposób. Ważne jest, aby zrozumieć każdy plan, zanim zdecydujesz, który z nich jest najlepszy dla Ciebie i osób na Twoim utrzymaniu.

Aby być objętym ubezpieczeniem w ramach któregośkolwiek z planów, otrzymywane usługi medyczne lub zaopatrzenie muszą być niezbędne z medycznego punktu widzenia, odpowiednie i kwalifikowalne. Niektóre usługi i zaopatrzenie nie są jednak w ogóle objęte ubezpieczeniem, a świadczenia z tytułu innych usług są ograniczone. Zapoznaj się z opisem planu, aby uzyskać więcej informacji na temat tego, co jest, a co nie jest objęte ubezpieczeniem.

Twoje wybory planu medycznego

- **Plan High Option** – to plan z bezpośrednim punktem obsługi klienta (DPOS). Wybierając Plan High Option, będziesz mieć mniej punktów PhlexPoints do wydania na inne świadczenia.
- **Plan Podstawowy** – jest to plan Organizacji Opieki Zdrowotnej (HMO). Jeśli wybierzesz tańszy Plan Podstawowy, Fundusz przekaże Ci oszczędności w postaci dodatkowych punktów PhlexPoints, które możesz wydać na inne świadczenia.
- **Rezygnacja** — jeśli posiadasz inne ubezpieczenie medyczne od innego pracodawcy lub małżonka, możesz zrezygnować z planu medycznego Funduszu i przeznaczyć swoje punkty PhlexPoints na inne świadczenia. W przypadku rezygnacji będziesz musiał wypełnić formularz „Dowód innego ubezpieczenia”. Informacje te będziesz musiał przekazywać Funduszowi corocznie, tak długo, jak długo chcesz zrezygnować z ubezpieczenia. Ta opcja zapewnia najwięcej punktów PhlexPoints.

Nie zapomnij o profilaktyce

Ważne jest, aby priorytetowo traktować rutynowe badania, testy i badania przesiewowe. Profilaktyka pozwala wykryć choroby przewlekłe 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 badania i przesiewowe Ci się należą. Na przykład Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne zaleca, aby osoby rozpoczynały badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w wieku 45 lat. Regularne badanie poziomu cholesterolu pozwala wykryć objawy choroby wieńcowej. Coroczne wizyty kontrolne kobiet mogą pomóc we wczesnym wykryciu raka piersi.

Opieka profilaktyczna jest łatwa i niedroga. Większość usług profilaktycznych jest objęta 100% ubezpieczeniem, pod warunkiem korzystania z usług lekarza w ramach sieci.

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

Kluczowe różnice między planem High Option a planem podstawowym

Poniższa tabela podsumowuje kluczowe różnice między tymi dwoma planami medycznymi. Przeczytaj dalszą część tego przewodnika, aby zapoznać się ze szczegółowym opisem każdego planu.

Plan Opcji Wysokiej	Plan podstawowy
Musisz wybrać lekarza POZ podczas rejestracji	
Możesz korzystać z usług wybranych przez siebie lekarzy i szpitali. Pozostanie w sieci zmniejsza Twoje wydatki własne.	Twój lekarz POZ musi zapewnić Ci opiekę lub skierować Cię do specjalistów HMO
Odliczenie dotyczy usług poza siecią/tylko usługi opiekuńcze zgłoszone przez samego pacjenta; roczna franszyza wynosi 250 USD na osobę i 500 USD na rodzinę	Brak franszyzy
Większość usług w sieci pokryta 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 sieci pokrywane w 70%; nieobjęte ubezpieczeniem poza siecią	Operacja wymiany stawu kolanowego i biodrowego w ośrodku Blue Distinction Center + pokryta w 100%; usługi w innych placówkach sieci pokrywane w 70%; nieobjęte ubezpieczeniem poza siecią
Za wizyty u lekarzy PCMH płacisz 10 USD dopłaty, a za wizyty w gabinetach innych lekarzy niż PCMH – 20 USD.	Wizyty u lekarzy PCMH kosztują 15 USD, a wizyty u lekarzy spoza PCMH (w tym lekarzy POZ) 30 USD, a u specjalistów 40 USD.
W przypadku usług objętych ubezpieczeniem, gdy świadczy je dostawca spoza sieci, Plan pokrywa 70% kosztów po odliczeniu udziału własnego w przypadku większości kwalifikowanych wydatków	Brak korzyści poza siecią
Maksymalna kwota rocznych wydatków własnych wynosi 6750 dolarów na osobę i 13 500 dolarów na rodzinę.	Maksymalna kwota rocznych wydatków własnych wynosi 6750 dolarów na osobę i 13 500 dolarów na rodzinę.

Wymagania dotyczące wstępnej certyfikacji

Niektóre usługi muszą zostać uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia przed otrzymaniem leczenia.

Nazywa się to precertyfikacją. Niektóre usługi wymagające precertyfikacji to:

- WSZYSTKIE przyjęcia do szpitala w przypadkach nienagłych
- Planowe zabiegi chirurgiczne w warunkach szpitalnych
- Wybierz trwały sprzęt medyczny
- opieka domowa
- Stacjonarna opieka hospicyjna
- MRI/MRA
- Tomografia komputerowa/CTA
- Skanowanie PET

Uwaga: To nie jest pełna lista usług. Blue Cross może okresowo zmieniać wymagania dotyczące wstępnej certyfikacji. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta Blue Cross.

36Phlex Phact!

Aby się zakwalifikować, 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, odwiedź stronę www.ibx.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 w Independence.

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, podczas corocznych badań kontrolnych. Tak naprawdę, powinieneś myśleć o swoim zdrowiu i świadczeniach opieki zdrowotnej każdego dnia.

Oto dlaczego. Codzienne wybory – wybór jedzenia, 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 oferują wsparcie i wskazówki w podejmowaniu pozytywnych kroków w celu poprawy zdrowia i zwiększenia szans na jego utrzymanie.

Od rekompensaty za mądre wybory życiowe, które podejmujesz, po oferowanie spersonalizowanych rozwiązań, dopasowanych do Ciebie i Twoich potrzeb – program Healthy Lifestyles Solutions został zaprojektowany, aby dbać o Twoje zdrowie. Co najważniejsze, programy są bezpłatne dla Ciebie i uprawnionych osób na Twoim 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 Rozwiązań Zdrowego Stylu Życia, zadzwoń pod numer 800-ASK-BLUE od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 ET i postępuj zgodnie z instrukcjami programu Healthy Lifestyles Solutions. Informacje o programie można również znaleźć online na stronie www.ibx.com lub pobierając aplikację mobilną IBX.

Bądź zdrowy i nagradzany!

Zdobądź nagrodę za codzienne podejmowanie małych kroków, które mogą przynieść duże zmiany w Twoim zdrowiu. Zwrot kosztów w ramach programu Healthy Lifestyles Solutions oferuje:

• 150 dolarów zwrotu za opłaty za siłownię.

• 150 dolarów zwrotu za zatwierdzony program kontroli wagi

• 150 dolarów zwrotu za programy pomagające rzucić palenie

Ułatwiamy Ci odzyskanie pieniędzy za zdrowy styl życia dzięki naszym programom refundacji. Rejestracja nie jest wymagana. Spełniasz kryteria kwalifikacyjne, gdy odwiedzisz 120 zatwierdzonych placówek. Wystarczy przesłać dokumentację, aby szybko i bezpiecznie ubiegać się o zwrot kosztów.

Uwaga: Programy te są administrowane przez Independence Blue Cross. W momencie składania wniosku o zwrot kosztów musisz posiadać ubezpieczenie w Independence.

Korzyści dla zdrowia behawioralnego

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

MHC jest tutaj, aby wspierać Ciebie i Twoją rodzinę, którzy mogą zmagać się z nadużywaniem substancji psychoaktywnych lub mieć problemy emocjonalne lub psychiczne. Doświadczeni specjaliści MHC zapewnią Ci najlepszą możliwą opiekę i uwagę. Aby dowiedzieć się więcej o korzyściach i usługach z zakresu zdrowia psychicznego, zadzwoń pod numer 800-255-3081 lub odwiedź stronę internetową www.mhconsultants.com.

Pokaż swoją kartę MHC, jeśli potrzebujesz leczenia u specjalisty zdrowia behawioralnego. Skontaktuj się bezpośrednio z MHC pod numerem 800-255-3081, aby porozmawiać z koordynatorem ds. przypadków MHC.

MHC może pomóc w takich problemach jak: •

Lęk/Stres • Używanie
substancji psychoaktywnych

- Depresja
- Stres pourazowy
- Smutek
- Problemy rodzinne
- I wiele więcej.

Przegląd korzyści z planu High Option

Ta tabela przedstawia krótki przegląd Planu Medycznego High Option. Aby uzyskać pełne informacje o korzyściach Planu High Option, zapoznaj się z jego Opiskiem Skróconym.

KORZYŚĆ	W SIECI/ODSŁUCHANY	POZA SIECIĄ/SAMOSKIE ZGŁOSZENIE
Roczna franszyza	Nie dotyczy	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 dopłacie 10 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Wizyty w gabinecie lekarskim (poza PCMH) Usługi podstawowe i specjalistyczne	100% po dopłacie 20 USD (w placówce innej niż PCMH)	70% po odliczeniu franszyzy
Rutynowe badanie ginekologiczne/badanie cytologiczne 1 na rok kalendarzowy	100%	70%, bez udziału własnego
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 dopłacie 20 USD	Nieobjęte
Rehabilitacja kardiologiczna i płucna do 36 wizyt w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 20 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Chiropraktyka (manipulacje kręgosłupa) ⁵ do 10 wizyt w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 20 USD	70% po odliczeniu franszyzy
Pacjent szpitalny 1	100%	70% po odliczeniu do 70 dni w roku kalendarzowym
Wymiana stawu kolanowego i biodrowego ^{1, 2} , Centrum wyróżnień Blue Distinction + Wszystkie inne udogodnienia	100% 70%	Nieobjęte Nieobjęte
Opieka doraźna	40 dolarów dopłaty	70% po odliczeniu franszyzy
Izba przyjęć Wizyta na SOR 1 i 2	Dopłata 100 USD (zwalniana w przypadku przyjęcia)	Dopłata 100 USD, brak udziału własnego (zwolnienie w przypadku przyjęcia)
Wizyta na oddziale ratunkowym 3 plus	Dopłata 200 USD (zwolniona w przypadku przyjęcia)	Dopłata 200 USD, brak udziału własnego (zwolnienie w przypadku przyjęcia)
Laboratorium/Patologia ambulatoryjna ^{4,5}	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 ratunkowy Transport niebędący nagłym wypadkiem ¹	100% 100%	100%, bez udziału własnego 70% po odliczeniu franszyzy
Pielęgniarstwo ambulatoryjne prywatne ¹ do 360 godzin w roku kalendarzowym	90%	70% po odliczeniu franszyzy
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	100%	70% po odliczeniu franszyzy
stacjonarni ^{6, 7} Wizyty ambulatoryjne poza	100%	70% po odliczeniu franszyzy
gabinetem ⁶ Wizyty ambulatoryjne ⁶	100% po dopłacie 20 USD	70% po odliczeniu franszyzy

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

Leczenie w ośrodku Blue Distinction Center + w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego jest objęte 100% ubezpieczeniem; leczenie w ośrodku Blue Distinction Center lub innej uczestniczącej placówce Keystone lub wyznaczonej przez AmeriHealth jest objęte 70% ubezpieczeniem. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego/ biodrowego wykonana poza siecią nie jest objęta ubezpieczeniem.

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

4. Należy udać się do placówki wyznaczonej przez lekarza POZ w celu rozważenia możliwości uzyskania opieki w sieci.

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

6. Usługi w ramach sieci administrowane przez MHC, Inc., a nie Keystone ani AmeriHealth. Aby uzyskać listę dostawców sieci, skontaktuj się z MHC. Zadzwoń do MHC pod numer 800-255-3081 lub odwiedź stronę internetową HMC pod adresem www.mhconsultants.com.

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

Roczny maksymalny wydatek własny obejmuje wydatki na pokrycie rocznego udziału własnego, a także wydatki poniesione na dopłaty i współubezpieczenia w ciągu roku. Istnieje osobny maksymalny wydatek własny dla leków na receptę (patrz strona 11).

Przegląd korzyści z planu podstawowego

Ta tabela przedstawia krótki przegląd Podstawowego Planu Medycznego. Plan Podstawowy obejmuje wyłącznie usługi w ramach sieci. Wymagane są skierowania. NIE MA ubezpieczenia dla dostawców usług medycznych ani placówek spoza sieci. Szczegółowe informacje na temat korzyści Planu Podstawowego można znaleźć w Opisie Planu.

KORZYŚĆ	W SIECI
Maksymalna kwota rocznych wydatków własnych***	6750 USD/osoba; 13500 USD/rodzina
Wizyty w gabinecie lekarskim ³	Dostawca PCMH: 100%, po dopłacie 15 USD Lekarz rodzinny niebędący pacjentem PCMH: 100%, po dopłacie 30 USD; Specjalista: 100% po dopłacie 40 USD
Rutynowe badanie ginekologiczne/badanie cytologiczne 1 raz w roku kalendarzowym; skierowanie nie jest wymagane	100%
Badanie mammograficzne — nie jest wymagane skierowanie	100%
Szczepienia pediatryczne	100%
Fizjoterapia i terapia 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 (manipulacje kręgosłupa) ⁵ do 20 wizyt w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 40 USD
Pacjent szpitalny 1	100% po dopłacie 100 USD dziennie; (Maksymalna dopłata: 500 USD za jedno wejście)
Wymiana stawu kolanowego i biodrowego ^{1, 2} Centrum wyróżnień Blue Distinction + Wszystkie inne udogodnienia	100% 70%
Opieka doraźna	dopłata 50 dolarów
Izba przyjęć Wizyta na SOR 1 i 2 Wizyta na oddziale ratunkowym 3 plus	Dopłata 100 USD (nie podlega zwolnieniu w przypadku przyjęcia) Dopłata 200 USD (nie podlega zwolnieniu 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 protetyka ^{1, 5}	70%
Karetka pogotowia (usługi pogotowia ratunkowego w sytuacjach 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%
Pacjent ambulatoryjny	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, prosimy o kontakt z działem obsługi członków Keystone HPE (Independence Blue Cross).

Leczenie w ośrodku Blue Distinction Center + w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego jest objęte 100% ubezpieczeniem; leczenie w ośrodku Blue Distinction Center lub innej uczestniczącej placówce Keystone lub wyznaczonej przez AmeriHealth jest objęte 70% ubezpieczeniem. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego/biodrowego wykonana poza siecią nie jest objęta ubezpieczeniem.

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

4. Należy udać się do placówki wyznaczonej przez lekarza POZ w celu rozważenia możliwości uzyskania opieki w sieci.

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

6 Usługi w ramach sieci administrowane przez MHC, Inc., a nie Keystone ani AmeriHealth. Aby uzyskać listę dostawców sieci, skontaktuj się z MHC. Zadzwoń do MHC pod numer 800-255-3081 lub odwiedź stronę internetową HMC pod adresem www.mhconsultants.com.

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

Roczny maksymalny wydatek własny obejmuje wydatki na pokrycie rocznego udziału własnego, a także wydatki poniesione na dopłaty i współubezpieczenia w ciągu roku. Istnieje osobny maksymalny wydatek własny dla leków na receptę (patrz strona 11).

Ważne terminy

Maksymalna roczna dopłata —

To maksymalna kwota dopłat, jaką zapłacisz z własnej kieszeni za usługi w sieci w ciągu roku. Po osiągnięciu rocznego limitu, plan pokrywa 100% kosztów usług w sieci do końca roku.

Centrum wyróżnień Blue + —

Ośrodki chirurgii ambulatoryjnej posiadające certyfikat Blue Cross, specjalizujące się w endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego. Ośrodki Blue Distinction Centers spełniają wysokie standardy jakości, kosztów, wiedzy fachowej, skuteczności i efektywności.

Współubezpieczenie—

jest to procent kwalifikowanych kosztów, które płacisz za usługi po uiszczeniu udziału własnego.

Dopłata—

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 negocjowane opłaty za swoje usługi. Korzystając z usług tych dostawców, otrzymujesz „opiekę w ramach sieci”.

Wydatki niezbędne ze względów medycznych —

Są objęte planami, jeśli są to usługi lub materiały uznane za niezbędne i odpowiednie oraz objęte planem. Niektóre usługi i materiały nie są w ogóle objęte planem, a świadczenia z tytułu innych usług (takich jak opieka chiropraktyczna) są ograniczone. Ponadto wydatek musi zostać poniesiony w okresie, 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 Opieki Zdrowotnej Skoncentrowany na Pacjencie (PCMH) —

Blue Cross wskazało lekarzy, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), którzy uczestniczą w programie opieki medycznej zorientowanej na pacjenta (PCMH). PCMH to gabinet lub grupa lekarzy, którzy współpracują ze sobą, aby lepiej koordynować i personalizować opiekę nad pacjentem. Korzystanie z opieki w PCMH i wybór lekarza PCMH jako lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) pozwoli Ci zaoszczędzić pieniądze.

Limit planu (tylko plan z wysoką opcją) —

To kwota, jaką plan płaci za konkretną usługę medyczną na wyznaczonym obszarze geograficznym. Ponosisz odpowiedzialność za opłaty przekraczające limit w planie, jeśli nie korzystasz z usług dostawcy sieciowego.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) —

Jest czasami nazywany „lekarzem rodzinnym”. To lekarz, który jako pierwszy kontaktuje się z pacjentem w przypadku problemów zdrowotnych. Lekarz POZ zapewnia również ciągłą opiekę i w razie potrzeby kieruje do specjalistów. Blue Cross określiło niektórych lekarzy mianem „lekarzy POZ”; należy zapoznać się z Katalogiem Lekarzy Blue Cross , aby wybrać odpowiedniego lekarza POZ.

Opieka zgłoszona 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. To najdroższy sposób otrzymania opieki. W przypadku opieki, którą sam zgłosiłeś, plan zazwyczaj pokrywa 70% kwoty przyznanej w ramach planu po spełnieniu rocznego warunku odliczenia.

Korzyści z leków na receptę

Ubezpieczenie leków na receptę, oferowane przez CVS Caremark, rozpoczyna się automatycznie po zapisaniu się do ubezpieczenia medycznego w ramach jednej z opcji Planu 36Phlex. Możesz otrzymać zapas leków na maksymalnie 30 dni, udając się do dowolnej apteki sieciowej i okazując kartę identyfikacyjną leku na receptę CVS Caremark. Możesz otrzymać zapas leków podtrzymujących na maksymalnie 90 dni, udając się bezpośrednio do dowolnej apteki CVS lub korzystając z apteki wysyłkowej CVS Caremark. Jeśli zrezygnujesz z planu medycznego, nie będziesz uprawniony do świadczeń z tytułu leków na receptę.

Twoje dopłaty

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

- Leki generyczne – leki na receptę, będące tańszymi odpowiednikami leków markowych. Są one zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) i zawierają te same substancje czynne, co ich odpowiedniki markowe.
- Formularz — lista leków markowych wybrana przez panel lekarzy i farmaceutów. Leki wchodzące w skład formularza są starannie dobierane pod kątem skuteczności, bezpieczeństwa i ceny.
- Leki pozareceptowe – leki markowe, których nie ma w receptariuszu. Płacisz 100% kosztów leków pozareceptowych. leki recepturowe.

Jeśli Twoja recepta dotyczy:	Sprzedawca detaliczna (zapas na 30 dni)	Sprzedawca detaliczna (zapas na 90 dni)*	Dom 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

Obowiązuje roczny maksymalny limit wydatków własnych na leki na receptę. Po osiągnięciu tego limitu Plan pokrywa 100% kosztów leków na receptę.

Twoje dopłaty odnoszą się do rocznego maksymalnego wydatku własnego. Wydatki na leki nieobjęte Planem Leków na Receptę nie mają zastosowania. Obowiązuje osobna roczna maksymalna kwota wydatku własnego dla świadczeń medycznych.

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

samotna: 1950 USD • Rodzina: 3900 USD

Czym jest formularz?

Formularz to lista leków generycznych i markowych. Formularz został opracowany przez komitet lekarzy i farmaceutów w CVS Caremark. Komitet regularnie weryfikuje i aktualizuje formularz w oparciu o najnowsze dostępne informacje na temat 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 receptowe

można wykupić wyłącznie w aptekach CVS.

36Phlex Phact!

Korzystanie z CVS Caremark

Apteka wysyłkowa oferująca leki na receptę pozwoli zaoszczędzić

twoje pieniądze.

Świadczenia stomatologiczne

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

Tabela świadczeń stomatologicznych

Podlegający potrąceniu	Nic
Maksymalna roczna korzyść	3000 dolarów na osobę rocznie
Opieka profilaktyczna i diagnostyczna • Badanie jamy ustnej, czyszczenie, zdjęcia rentgenowskie zgryzowe (dwa razy w roku); zdjęcia rentgenowskie całej jamy ustnej co 36 miesięcy • Zabiegi fluoryzacji do 19 roku życia (obowiązują ograniczenia wiekowe) • Lakowanie lub utrzymywanie przestrzeni międzyzębowej (obowiązują ograniczenia wiekowe)	100%
Podstawowa odbudowa • Wypełnienia	100%
Większe zabiegi rekonstrukcyjne • Naprawa istniejących koron • Wkłady, nakłady, korony, wypełnienia odlewane • Mosty i protezy	50%
Endodoncja • Leczenie kanałowe	80%
Periodontologia • Leczenie dziąseł	80%
Ortodoncja	50% maksymalnie 1000 USD na całe życie

Jak korzystanie z usług uczestniczącego dentysty może zaoszczędzić Ci pieniądze

Oto przykład, jak korzystanie z usług dentysty 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 за wizytę u dentysty	900 dolarów	900 dolarów
Zakontraktowana stawka Delta Dental (wydatki kwalifikowane)	700 dolarów	700 dolarów
Plan płaci (50% zakontraktowanej stawki)	350 dolarów	350 dolarów
Ty płacisz	350 dolarów	550 USD (różnica między stawką kontraktową Delty a opłatą dentysty wynoszącą 900 USD)

Uwaga: Ta tabela ma charakter wyłącznie poglądowy. Rzeczywiste koszty mogą się różnić.

Z góry określ korzyści z leczenia powyżej 300 dolarów

Jeśli przewidywany koszt leczenia wynosi 300 dolarów lub więcej, poproś dentystę o „wstępne ustalenie świadczeń” z Delta Dental przed rozpoczęciem leczenia (oznacza to ocenę, czy sugerowane leczenie jest odpowiednie i ustalenie, ile Plan pokryje koszty opieki). Dzięki wstępnemu ustaleniu dokładnie wiesz, ile pokryje Plan – i ile zapłacisz Ty. W ten sposób możesz ustalić warunki finansowe przed rozpoczęciem leczenia.

Aby ustalić wysokość świadczeń, dentysta musi przesłać formularz wniosku do Delta Dental, w którym opisz proponowane leczenie i szacunkowe koszty. Delta Dental prześle Państwu zestawienie usług, które będą objęte ubezpieczeniem, oraz kwotę pokrytą w ramach Planu. Plan leczenia można omówić ze stomatologiem i uzgodnić zakres usług. Po zakończeniu leczenia należy odesłać oryginał zestawienia wraz z datami wykonanych usług i wymaganymi podpisami do Delta Dental w celu dokonania płatności.

Aby zapoznać się z pełną listą ograniczeń i wyłączeń dotyczących opieki stomatologicznej, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego.

36Phlex Phact!

W ramach Planu Rabatowego na Usługi Okulistyczne nie ma limitu liczby użyć karty identyfikacyjnej do okulistyki lub okularów. Karty nie można jednak łączyć z ofertami specjalnymi, takimi jak kupony czy promocje.

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

Korzyści dla wzroku

Plan 36Phlex oferuje dwie opcje ubezpieczenia wzroku:

- Program poprawy widzenia – Opieka jest świadczona przez sieć optometrystów i okulistów. Aby uzyskać maksymalne korzyści, musisz korzystać z opieki lekarzy lub optometrystów uczestniczących w programie; oraz
- Program zniżkowy na usługi okulistyczne — dzięki temu programowi otrzymasz zniżki na badanie wzroku, okulary i soczewki kontaktowe.

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

Plan ulepszonego widzenia — jak działa plan

Masz możliwość skorzystania z opieki okulistycznej u lekarza uczestniczącego w programie National Vision Administrator (NVA) lub u dowolnego innego specjalisty okulisty. Jednak największe korzyści uzyskasz, korzystając z usług okulisty lub optometrysty uczestniczącego w programie.

- 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 nieobjętego programem, plan zwróci Ci koszty badań, oprawek okularów oraz soczewek kontaktowych lub soczewek kontaktowych zgodnie z harmonogramem. Ponośisz pełną kwotę w momencie korzystania z usług. Następnie musisz złożyć wniosek o zwrot części kosztów przypadającej na plan.

Co obejmuje plan?

W przypadku korzystania z usług placówki uczestniczącej w programie NVA, plan pokrywa koszt badania wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19. roku życia, program pokrywa koszt badania wzroku raz na 12 miesięcy.

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

W przypadku korzystania z usług okulisty nieuczestniczącego w programie, plan pokryje do 30 dolarów za badanie wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19. roku życia plan pokryje do 30 dolarów co 12 miesięcy.

Plan obejmuje również 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 podstawie ustawy o odszkodowaniach pracowniczych lub uzyskane przez jakąkolwiek agencję rządową lub program; lub
- Okulary przeciwsłoneczne zwykle lub korekcyjne.

Aby zapoznać się z pełną listą ograniczeń i wyłączeń dotyczących widzenia, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego.

Program rabatowy Vision — jak działa plan

Program Discount Vision Care nie jest planem obejmującym pełną ochronę. Po zapisaniu się do tego planu otrzymasz zniżkę od niektórych dostawców na produkty i usługi dostępne dla ogółu społeczeństwa.

Program Zniżek na Usługi Wizualne jest oferowany przez National Vision Administrators (NVA). NVA posiada sieć współpracujących okulistów, optometrystów i optyków, którzy służą pomocą. Aby skorzystać ze zniżek, należy skorzystać z usług uczestniczącego dostawcy NVA i okazać kartę identyfikacyjną NVA. Wystarczy wybrać uczestniczącego dostawcę, dzwoniąc do NVA pod numer 800-672-7723 lub do biura Funduszu.

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

Program Discount 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 świadczone przez rząd federalny, stanowy lub lokalny albo przez pracowników odszkodowanie; i
- Pomoce dla osób słabowidzących.

Aby zapoznać się z pełną listą ograniczeń i wyłączeń dotyczących widzenia, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego.

36Phlex Phact!

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

Każde świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest równe kwocie ubezpieczenia na życie i jest wypłacane dodatkowo do świadczenia z ubezpieczenia na życie.

Wysokość świadczenia AD&D zależy od rodzaju szkody nieszczęśliwego wypadku.

Zapoznaj się z opisem planu zbiorczego lub zadzwoń do biura funduszu, aby uzyskać szczegółowe informacje.

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

Ubezpieczenie na życie i od nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczenie od rozczłonkowania (AD&D)

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

Ubezpieczenie na życie ma na celu zapewnienie ochrony Twojej rodzinie lub osobom zależnym od Twojego dochodu w przypadku Twojej śmierci.

Ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku (AD&D) wypłaca świadczenie w przypadku nieszczęśliwego wypadku, utraty kończyny lub wzroku, a także świadczenie Twojemu beneficjentowi (beneficjentom) w przypadku Twojej śmierci w wyniku nieszczęśliwego 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 należne w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest równe kwocie ubezpieczenia na życie i jest wypłacane dodatkowo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie. Wysokość świadczenia z tytułu AD&D zależy od rodzaju nieszczęśliwego wypadku. Mogą obowiązywać wyłączenia i ograniczenia. Szczegółowe informacje można znaleźć w Opisie Planu lub dzwoniąc do Biura Funduszu.

Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego Twoim bliskim w przypadku Twojej śmierci jest ważne. Fundusz pokrywa pełny koszt ubezpieczenia na życie w wysokości 10 000 USD oraz ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D) w wysokości 10 000 USD. Możesz wykupić ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D) w wyższej kwocie, zgodnie z poniższymi wyjaśnieniami.

Osoby pozostające na ich utrzymaniu nie mają prawa do ubezpieczenia na życie ani ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D).

Wysokość ubezpieczenia na życie

Ponieważ zakres ochrony odpowiedni dla każdej osoby jest inny, 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 wybranej osobie, musisz wskazać beneficjenta i aktualizować jego dane wraz ze zmianami w Twoim życiu. Jeśli uzyskałeś prawo do świadczeń po raz pierwszy lub nastąpiły zmiany w Twoim statusie osoby na utrzymaniu, wypełnij formularz Spisu Demograficznego/Informacji o Beneficjencie. Skontaktuj się z Biurem Funduszu, jeśli potrzebujesz nowego formularza.

Zwróć formularz do Biura Funduszu.

Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności

Jeśli jesteś pracownikiem zatrudnionym na pełen etat i Twój pracodawca wpłaca dodatkową składkę do Funduszu na świadczenia z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy, przysługują Ci świadczenia z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy.

Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy zapewniają Tobie i Twojej rodzinie dodatkowe cotygodniowe świadczenie w przypadku, gdy staniesz się niezdolny do pracy z powodu choroby lub urazu niezwiązanego z pracą.

Konkretny wymiar czasu trwania krótkoterminowej niepełnosprawności jest ustalany na podstawie diagnozy i ustalonych wytycznych dotyczących niepełnosprawności. Jednakże, żaden okres krótkoterminowej niepełnosprawności nie może przekraczać maksymalnego wymiaru świadczenia wynoszącego 26 tygodni. Aby rozpatrzyć wniosek o krótkoterminową niepełnosprawność, należy wypełnić formularz wniosku o krótkoterminową niepełnosprawność oraz przedstawić dokumentację od lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia, potwierdzającą niepełnosprawność i niezdolność do wykonywania normalnych obowiązków służbowych. Uwaga: Dostawcy świadczeń MHC również mogą poświadczać niepełnosprawność.

Jeśli spełniasz kryteria kwalifikacyjne, otrzymasz tygodniowe świadczenie równe określonej procentowi Twojego regularnego wynagrodzenia, do maksymalnej kwoty tygodniowej, w okresie, gdy jesteś osobą niepełnosprawną i pozostajesz pod bezpośrednią, regularną opieką lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje lub Twoją opieką zajmuje się świadczeniodawca usług w zakresie zdrowia psychicznego/używania substancji psychoaktywnych w ramach MHC.

Roszczenie z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy rozpoczyna się czwartego dnia roboczego po wizycie lekarskiej z powodu niepełnosprawności. Świadczenie z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy nie będzie wypłacane za okres, w którym nie byłeś w pracy przed wizytą u lekarza.

Formularze dotyczące krótkoterminowej niezdolności do pracy należy składać terminowo. Jeśli jesteś niezdolny do pracy z powodu długotrwałej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż miesiąc, musisz regularnie składać formularze kontynuacyjne („niebieskie formularze”) – zazwyczaj raz w miesiącu. Więcej informacji na temat terminów i harmonogramu znajdziesz w formularzu. Skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby uzyskać formularz. Zasiłek chorobowy przysługuje Ci tylko w okresie pobierania świadczeń z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego lub zadzwoń do biura Funduszu pod numer (215) 568-3262 lub (800) 338-9025 (poza obszarem lokalnym).

36Phlex Phact!

Jeśli nie pracujesz dłużej niż miesiąc, powinieneś regularnie, zazwyczaj co miesiąc, wypełniać formularze dotyczące niepełnosprawności.

36Phlex Phact!

Lekarz stwierdzający Twoją niepełnosprawność MUSI być lekarzem należącym do sieci.

36Phlex Phact!

„Lekarz posiadający kwalifikacje prawne” obejmuje lekarzy medycyny (MD), lekarzy osteopatii (DO), lekarzy chirurgii stomatologicznej (DDS), lekarzy stomatologii (DMD) lub lekarzy podiatrii (DPM).

36Phlex Phact!

Wszelkie roszczenia z tytułu krótkoterminowej 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 pracownika

36Phlex Phact!

Musisz zarejestrować się lub ponownie zarejestrować na te konta, ponieważ udział w programie nie jest automatycznie kontynuowany z roku na rok.

36Phlex Phact!

Do właściwego formularza wniosku należy dołączyć odpowiednią dokumentację. Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w Biurze Funduszu Świadczeń.

Konta zwrotów

W zależności od dokonanego wyboru świadczeń możesz mieć prawo do uczestnictwa w kontach zwrotów kosztów Funduszu.

Dwa oddzielne konta

Istnieją dwa oddzielne konta – Konto Zwrotu Kosztów Opieki Zdrowotnej i Konto Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami Zależnymi. Możesz korzystać z jednego lub obu kont. Jeśli zdecydujesz się korzystać z obu kont, nie możesz przelewać pieniędzy z jednego konta na drugie ani używać środków z Konta Zwrotu Kosztów Opieki Zdrowotnej do pokrycia kosztów opieki nad osobami zależnymi i odwrotnie.

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

Kto jest uprawniony

Możesz skorzystać z Konta Zwrotu, jeśli łączna liczba Twoich punktów PhlexPoints jest mniejsza niż 100. Jeśli Twoje świadczenia kosztują mniej niż 100 punktów PhlexPoints, możesz wpłacić pozostałe punkty PhlexPoints na jedno lub oba konta zwrotów. Każdy punkt PhlexPoints wpłacony na konto zwrotów ma wartość 5 USD. Na przykład, jeśli koszt wybranych świadczeń wynosi 81 punktów PhlexPoints, będziesz mieć do dyspozycji 19 punktów PhlexPoints do wpłaty na Konto Zwrotu. Oznacza to, że co miesiąc będziesz mieć do wpłaty 95 USD (19 punktów PhlexPoints pomnożone przez 5 USD). Urząd Skarbowy (IRS) ustala limity kwot, jakie możesz wpłacić na Konto Zwrotu. Twoje miesięczne wpłaty nie mogą przekroczyć limitu ustalonego przez IRS.

PRZYPOMNIENIE: Leki dostępne bez recepty nie podlegają refundacji.

Konto zwrotu kosztów opieki zdrowotnej

W każdym planie świadczeń istnieją pewne elementy, które nie są objęte ubezpieczeniem, takie jak udziały własne i dopłaty. Wpłacając całość lub część swoich punktów PhlexPoints na Konto Zwrotu Kosztów Opieki Zdrowotnej (Healthcare Reimbursement Account), możesz odłożyć pieniądze na pokrycie kosztów opieki zdrowotnej – wydatków medycznych, leków na receptę, opieki stomatologicznej i okulistycznej – które nie są refundowane w ramach żadnego planu. Po przesłaniu wymaganej dokumentacji potwierdzającej kwalifikowane wydatki, otrzymasz wypłatę wolną od podatku z Twojego konta.

Jak działa konto zwrotu kosztów opieki zdrowotnej

Sam decydujesz, ile swoich PhlexPoints chcesz przekazać na podstawie szacowanych wydatków na nadchodzący rok. Możesz przekazać maksymalnie łączną kwotę pozostałych PhlexPoints, do limitów ustalonych przez IRS.

Arkusz kalkulacyjny konta zwrotu kosztów opieki zdrowotnej	
Opieka zdrowotna	Szacowane wydatki
Odliczenia	\$
Twój udział w pokrytych wydatkach (dopłaty i/lub współubezpieczenie)	\$
Pozycje nieobjęte lub częściowo objęte świadczeniami Funduszu	\$
Wydatki medyczne i/lub stomatologiczne przekraczające limity planu	\$
Koszty leczenia i/lub leczenia stomatologicznego w porównaniu z opłatami UCR	\$
Inne wydatki nieobjęte świadczeniami Funduszu, ale które mogą zostać odliczone od Twojego zeznania podatkowego	\$
Całkowite roczne wydatki	\$

Kwalifikujące się wydatki na opiekę zdrowotną

Tylko niektóre wydatki na opiekę zdrowotną kwalifikują się do zwrotu kosztów. Do kwalifikujących się wydatków należą:

- Kwoty odliczeń, dopłat i współubezpieczenia;
- Leki na receptę zakupione w Stanach Zjednoczonych; • Wydatki, które nie są objęte ubezpieczeniem medycznym, stomatologicznym lub innym, lub są częściowo objęte ubezpieczeniem plan wizji; i
- Wydatki przekraczające maksymalne limity świadczeń medycznych i/lub stomatologicznych i/lub przekraczające zwykłe kwoty, zwyczajowe i rozsądne (UCR) opłaty lub dodatki w ramach planu.

Wydatki na opiekę zdrowotną nie podlegają zwrotowi

Za pomocą swojego konta opieki zdrowotnej nie możesz dokonać zwrotu:

- Koszty pokrywane przez inne plany medyczne/stomatologiczne/okulistyczne;
- Produkty dostępne bez recepty, służące utrzymaniu ogólnego zdrowia, takie jak witaminy, kosmetyki i szampony;
- Opłaty za klub fitness, spa lub zajęcia fitness;
- Programy odchudzania i rzucania palenia bez recepty;
- Chirurgia kosmetyczna (chyba że jest wykonywana w celu skorygowania wrodzonej deformacji lub deformacji wynikające z urazu lub choroby);
- Składki lub składki na ubezpieczenie zdrowotne dla Ciebie, Twojego małżonka i/lub dzieci; i
- Leki dostępne bez recepty, chyba że lekarz zalecił ich stosowanie.

Termin „użyj albo strać”

Przepisy IRS zezwalają na wykorzystanie Kont Zwrotów (jeśli się do tego kwalifikujesz) do zwrotu kwalifikowanych wydatków poniesionych do 15 marca roku następującego po roku, w którym dokonano wpłaty; wszelkie środki niewydane do tego dnia przepadają, zgodnie z zasadami IRS dotyczącymi przekazywania środków. Oznacza to, że wszelkie środki pozostałe na Kontach Zwrotów na dzień 31 grudnia mogą zostać wykorzystane do zwrotu wydatków poniesionych do 15 marca następnego roku.

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

36Phlex Phact!

Możesz skorzystać z Konta Wydatków na Opiekę nad Osobą Zależną, jeśli jesteś odpowiedzialny za opiekę nad osobą zależną, która spełnia kryteria, i musisz zapłacić komuś innemu za zapewnienie tej opieki, abyś mógł pracować. Jeśli jesteś w związku małżeńskim, możesz korzystać z tego konta tylko wtedy, gdy oboje pracujecie lub jeśli Twój mąż/żona studiuje w trybie stacjonarnym lub jest niepełnosprawny i nie jest w stanie sam się o siebie zatroszczyć. Innymi słowy, jeśli ktoś z was zostaje w domu, aby opiekować się osobami na utrzymaniu, lub uczęszcza do szkoły w niepełnym wymiarze godzin, nie możecie korzystać z konta.

Konto zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną

Jeśli musisz płacić komuś za opiekę nad osobami na utrzymaniu, aby móc pracować (i Twój mąż/żona, jeśli jesteś w związku małżeńskim), rozważ założenie Konta Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami na Utrzymaniu, aby pokryć kwalifikowane wydatki na opiekę nad osobami na utrzymaniu. Wydatki te obejmują koszt opieki dziennej, pobytu w ośrodku opieki nad osobami starszymi lub koszty opieki nad opiekunem. Konto Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami na Utrzymaniu nie można wykorzystać na pokrycie wydatków związanych ze zdrowiem osób na utrzymaniu (Konto Zwrotu Kosztów Opieki Zdrowotnej 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 mają mniej niż 13 lat, jeśli ubiegasz się o zwrot kosztów ich jako osoby zależnej w zeznaniu podatkowym na poziomie federalnym; i
- Inne osoby na utrzymaniu, takie jak mąż/żona, starszy rodzic lub starsze dziecko, jeśli są niepełnosprawni fizycznie lub psychicznie, niezdolni do samodzielnego dbania o siebie, a Ty rozliczasz ich jako osoby na utrzymaniu dla celów podatkowych.

Kwalifikujące się wydatki na opiekę nad osobami zależnymi

Oto niektóre wydatki, na które możesz przeznaczyć środki z Konta Opieki nad Osobami Zależnymi (pod warunkiem, że wydatki te są niezbędne do podjęcia pracy przez Ciebie i Twojego współmałżonka):

- Opieka w domu (opiekun nie może być osobą pozostającą na Twoim utrzymaniu lub dzieckiem poniżej 18. roku życia w wieku 19 lat);
- Licencjonowane przedszkole lub szkoła podstawowa (tylko koszty opieki są kwalifikowanym wydatkiem, jeśli można je oddzielić od kosztów nauki);
- Kwalifikowany ośrodek opieki dziennej lub rodzinnej, który pobiera opłatę za świadczone usługi; musi również spełniać przepisy stanowe i federalne, jeśli opiekuje się jednocześnie więcej niż sześcioma osobami spoza ośrodka;
- Zajęcia przed i po szkole; oraz • Letni obóz dzienny (nie z noclegiem).

Wydatki na opiekę nad osobami zależnymi, które nie są kwalifikowane

Za pomocą Konta Zwrotów Kosztów Opieki nad Osobami Zależnymi nie można dokonywać zwrotu:

- Opieka niezwiązana z zatrudnieniem (np. opiekunka do dziecka w godzinach wolnych od pracy);
- Wydatki, których IRS nie uzna za kwalifikujące się do odliczenia od podatku federalnego;
- Wydatki pokrywane w ramach innej polisy lub planu (w tym ubezpieczenia zdrowotnego, Medicare lub innego programu federalnego lub stanowego);
- Wydatki za okres inny niż rok kalendarzowy, w którym założyłeś konto, lub wydatki poniesione w okresie, gdy nie byłeś uczestnikiem tego planu;
- Domy opieki; • Noclegi w obozach.

Dowód poniesienia wydatków

Składając wniosek o zwrot kosztów, należy wypełnić formularz wniosku i dostarczyć szczegółowy rachunek lub dowód potwierdzający, że wydatek kwalifikuje się do zwrotu z Funduszu. Wniosek o płatność musi zawierać numer identyfikacji podatkowej (TIN) świadczeniodawcy opieki zdrowotnej. W przypadku indywidualnych świadczeniodawców, TIN to zazwyczaj numer ubezpieczenia społecznego tej osoby. Jeśli dana osoba pracuje w domu, jesteś odpowiedzialny za złożenie zeznania podatkowego pracodawcy w IRS oraz zapłacenie podatku od ubezpieczenia społecznego od wynagrodzenia wypłaconego temu pracownikowi.

Federalna ulga podatkowa czy konto zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną?

W przypadku płacenia za opiekę dzienną dostępne są dwie korzystne podatkowo opcje – Konto Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami Zależnymi (Dependent Care Reimbursement Account) lub federalna ulga podatkowa na opiekę nad dzieckiem (Federal Child Care Tax Credit). Nie można odliczyć tych samych wydatków zarówno z Konta Zwrotu Kosztów Opieki nad Osobami Zależnymi, jak i z federalnej ulgi podatkowej, ale można:

- skorzystać z konta zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną; lub
- skorzystać z federalnej ulgi podatkowej. (Zgodnie z obowiązującym prawem i w zależności od skorygowanego dochodu brutto, możesz skorzystać z ulgi podatkowej wynoszącej od 20% do 35% wydatków na opiekę nad osobą zależną. Maksymalna kwota, którą można wykorzystać do ustalenia ulgi podatkowej, wynosi 3000 dolarów na jedno dziecko i 6000 dolarów na dwoje lub więcej dzieci. Zatem, jeśli ulga wynosi 20%, maksymalna ulga na jedno dziecko wynosi 600 dolarów (20% z 3000 dolarów).

Wydatki zwracane za pośrednictwem Konta Zwrotu Kosztów Opieki Zależnej bezpośrednio kompensują wydatki, które możesz zgłosić do federalnej ulgi podatkowej. Na przykład, jeśli masz jedno dziecko i otrzymujesz zwrot w wysokości 3000 dolarów z Konta Zwrotu Kosztów Opieki Zależnej, wyczerpałeś dostępne wydatki (3000 dolarów), które możesz ująć w ramach ulgi podatkowej na jedno dziecko.

To, czy ulga podatkowa, czy konto zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną (Dependent Care Reimbursement Account) będzie w Twoim przypadku lepszą metodą, zależy od Twojego dochodu brutto i statusu podatkowego. Aby uzyskać więcej informacji na temat tego, która opcja najlepiej odpowiada Twoim potrzebom, skonsultuj się ze swoim doradcą podatkowym.

Planowanie wpłaty na konto opieki nad osobą zależną

Arkusz kalkulacyjny na następnej stronie może okazać się pomocny w oszacowaniu wydatków na opiekę nad osobą zależną w przyszłym roku. Obliczając całkowite wydatki na ten rok, weź pod uwagę ewentualne zmiany.

Na przykład: •

Czy Twoja rodzina się powiększy? • Czy osoba na

Twoim utrzymaniu skończy 13 lat w ciągu roku?

• Czy Twój małżonek zamierza przestać pracować w tym roku?

Pamiętaj, że tracisz to, czego nie wykorzystasz – szacuj więc wydatki ostrożnie.

Arkusz kalkulacyjny dotyczący rachunku zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną	
Opieka nad osobami zależnymi	Szacowane wydatki
Opieka dzienna, opieka nad dziećmi	\$
Licencjonowane przedszkole lub szkoła podstawowa	\$
Programy opieki przedszkolnej i poszkolnej	\$
Letni obóz dzienny	\$
Usługi domowe związane z opieką nad osobami zależnymi	\$
Podatek od ubezpieczeń społecznych (FICA) dla opiekuna	
Inne kwalifikujące się usługi domowe	\$
Całkowity roczny koszt	\$

Ważne informacje

SEIU Local 32 BJ, Fundusz Socjalny BOLR Okręgu 36 („Fundusz”) jest zobowiązany do przekazania Państwu następujących ważnych informacji. Prosimy o ich dokładne zapoznanie się z nimi, aby zrozumieć swoje prawa i obowiązki.

Prawa do specjalnej rejestracji HIPAA

Jeśli rezygnujesz z zapisu do planu ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie lub osób na Twoim utrzymaniu (w tym małżonka/małżonki) z powodu innego ubezpieczenia zdrowotnego, możesz w przyszłości zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego planu, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 31 dni od zakończenia poprzedniego ubezpieczenia i dostarczenia dokumentacji uzupełniającej. Ponadto, jeśli w wyniku małżeństwa, adopcji lub umieszczenia w pieczy zastępczej pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub umieszczenia w pieczy zastępczej. Jeśli w wyniku urodzenia pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 90 dni od urodzenia (lub 60 dni, jeśli utracisz ubezpieczenie Medicaid lub Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP), ponieważ nie będziesz już uprawniony/a, lub uzyskasz prawo do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP).

Fundusz umożliwi również specjalną możliwość zapisu, jeśli Ty lub Twój uprawnieni członkowie rodziny:

- Utrata ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP), ponieważ nie jesteś już uprawniony, lub
- Uzyskasz prawo do państwowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP.

W przypadku tych możliwości zapisów będziesz mieć 60 dni od daty otrzymania Medicaid/
Zmiana kryteriów kwalifikowalności do CHIP w celu ubiegania się o zapisanie do Funduszu. Należy pamiętać, że to 60-dniowe przedłużenie dotyczy wyłącznie możliwości zapisania się z powodu zmian w kryteriach kwalifikowalności do Medicaid/CHIP.

Materiały rejestracyjne muszą zostać wypełnione, a wszystkie dowody statusu osoby na utrzymaniu dostarczone do Planu w ciągu 31, 60 lub 90 dni od złożenia wniosku o Specjalny Zapis. Jeśli nie uda Ci się wypełnić materiałów rejestracyjnych i dostarczyć dowodu statusu osoby na utrzymaniu w wyznaczonym terminie (na przykład, jeśli uzyskanie aktu urodzenia noworodka zajmie więcej czasu), termin może zostać przedłużony.

KOBRA

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

- Rozwiązujesz stosunek pracy z jakiegokolwiek powodu (innego niż rażące naruszenie obowiązków) 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 wygaśnie z powodu:

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

Ty i osoby na Twoim utrzymaniu możecie zazwyczaj zdecydować się na kontynuację ubezpieczenia w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 60 dni od zakończenia ubezpieczenia lub 60 dni od daty otrzymania powiadomienia, w zależności od tego, która data jest późniejsza. Kontynuacja ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie

Zdarzenie, które spowodowało zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem opłacenia wymaganej składki. Możesz kontynuować ochronę ubezpieczeniową tylko w okresie, który obowiązywał dzień przed zdarzeniem. Możesz jednak co roku dokonywać zmian w swoich wyborach w trakcie corocznego okresu otwartej rejestracji. Jeśli plan medyczny ulegnie zmianie, zmiany te będą miały również zastosowanie do ubezpieczenia w ramach ustawy COBRA.

Aby uzyskać ubezpieczenie w ramach ustawy COBRA, Ty i/lub osoby na Twoim utrzymaniu, które spełniają określone kryteria, musicie dokonać wyboru w odpowiednim czasie i uiszczać miesięczne składki.

Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek

Grupowe plany zdrowotne i ubezpieczyciele zdrowotni zasadniczo nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, ograniczać świadczeń za pobyt matki lub noworodka w szpitalu w związku z porodem do okresu krótszego niż 48 godzin po porodzie siłami natury lub krótszego niż 96 godzin po cięciu cesarskim. Prawo federalne nie zabrania jednak lekarzowi prowadzącemu matkę lub noworodka, po konsultacji z matką, wypisania matki lub noworodka ze szpitala wcześniej niż po upływie 48 godzin (lub 96 godzin, w zależności od przypadku).

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 zależności od przypadku).

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach w zakresie leczenia raka

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach chorych na raka nakłada na grupowe plany zdrowotne, ich ubezpieczycieli oraz organizacje HMO obowiązek zapewnienia określonych świadczeń pacjentkom po mastektomii, które zdecydują się na rekonstrukcję piersi. W przypadku uczestniczki planu, która otrzymuje świadczenia związane z mastektomią, ubezpieczenie będzie udzielane w sposób ustalony w porozumieniu z lekarzem prowadzącym w zakresie:

- 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:
 - 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 wynikające z ustawy o przenoszalności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) nakładają na SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (dalej „Plan”) obowiązek okresowego wysyłania uczestnikom przypomnień o dostępności Informacji o Prywatności Planu oraz sposobie jej uzyskania. Informacja o Prywatności wyjaśnia prawa uczestników i obowiązki prawne Planu w zakresie chronionych informacji medycznych (PHI) oraz sposób, w jaki Plan może wykorzystywać i ujawniać PHI. Kopię Informacji o Prywatności można również uzyskać, kontaktując się z Biurem Funduszu pod numerem 215-568-3262, wew. 1400 lub 800-338-9025, wew. 1400 (poza obszarem lokalnym).

Twoje ubezpieczenie leków na receptę i Medicare

Prosimy o uważne przeczytanie niniejszego zawiadomienia i zachowanie go w miejscu, w którym będzie można je znaleźć. Niniejsze zawiadomienie zawiera informacje o Państwa obecnym ubezpieczeniu leków na receptę w ramach funduszu socjalnego SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund oraz o dostępnych opcjach w ramach ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Informacje te mogą pomóc Państwu w podjęciu decyzji o przystąpieniu do planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Jeśli rozważają Państwo przystąpienie do planu, powinni Państwo porównać swoje obecne ubezpieczenie, w tym informacje o tym, które leki są objęte ubezpieczeniem i w jakiej cenie, z zakresem i kosztami planów oferujących ubezpieczenie leków na receptę Medicare w Państwa okolicy. Informacje o tym, gdzie można uzyskać pomoc w podejmowaniu decyzji dotyczących ubezpieczenia leków na receptę, znajdują się na końcu niniejszego zawiadomienia.

Istnieją dwie ważne rzeczy, które musisz wiedzieć o swoim obecnym ubezpieczeniu i Ubezpieczeniu 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 przystąpisz do planu Medicare Prescription Drug Plan lub planu Medicare Advantage (takiego jak HMO lub PPO), który oferuje ubezpieczenie leków na receptę. Wszystkie plany Medicare obejmujące leki na receptę zapewniają co najmniej standardowy poziom ochrony określony przez Medicare. Niektóre plany mogą również oferować szerszy zakres ochrony za wyższą miesięczną składkę.
2. Fundusz socjalny okręgu 36 BOLR, oddziału SEIU Local 32 BJ, ustalił, że Ubezpieczenie leków na receptę oferowane przez SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan, średnio dla wszystkich uczestników planu, wypłaci tyle samo, co standardowe ubezpieczenie leków na receptę w ramach Medicare, i dlatego jest uznawane za ubezpieczenie kwalifikowane. Ponieważ Twoje obecne ubezpieczenie jest co najmniej tak dobre, jak standardowe ubezpieczenie leków na receptę w ramach Medicare, możesz je zachować i nie płacić wyższej składki (kary), jeśli później zdecydujesz się dołączyć do planu leków w ramach Medicare.

Kiedy można przystąpić do planu refundacji leków Medicare?

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 leków na receptę z przyczyn niezależnych od Ciebie, będziesz mógł skorzystać również z dwumiesięcznego (2) specjalnego okresu rejestracji (SEP) w celu przystąpienia do planu leków Medicare.

Co stanie się 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, Twoje obecne ubezpieczenie leków na receptę będzie obowiązywać tak długo, jak długo będziesz spełniać wymagania kwalifikacyjne Planu Socjalnego BOLR dla oddziału SEIU Local 32BJ, Okręgu 36. Twoje obecne ubezpieczenie pokrywa również inne wydatki zdrowotne oprócz leków na receptę i, pod warunkiem, że nadal spełniasz kryteria 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 miało charakter podstawowy, a Medicare będzie pokrywać koszty w ramach dodatkowego planu po wypłaceniu świadczeń przez ten plan.

Jeśli zdecydujesz się przystąpić do planu leków Medicare i zrezygnujesz z obecnego ubezpieczenia Funduszu Socjalnego SEIU 32BJ, Okręgu 36 BOLR, będziesz mógł je odzyskać wyłącznie po spełnieniu kryteriów kwalifikowalności i zasad zapisów do Funduszu, łącznie ze specjalnymi zasadami zapisów.

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

Powinieneś również 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 obecnego ubezpieczenia, możesz zapłacić wyższą składkę (karę) za późniejsze przystąpienie do planu leków Medicare.

Jeśli przez 63 dni lub dłużej nie będziesz mieć ubezpieczenia na leki na receptę, 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 przez dziewięć miesięcy nie będziesz mieć ubezpieczenia, Twoja składka może być stale wyższa o co najmniej 19% od podstawowej składki beneficjenta Medicare. Możesz być zobowiązany do uiszczenia tej wyższej składki (kary), dopóki masz ubezpieczenie na leki na receptę w Medicare. Dodatkowo, możesz być zmuszony poczekać do października następnego roku, aby dołączyć do programu.

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: To powiadomienie otrzymasz co roku. Otrzymasz je również przed kolejnym okresem, w którym możesz przystąpić do planu leków Medicare, a także w przypadku zmiany tego ubezpieczenia w ramach funduszu socjalnego SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR. Możesz również w dowolnym momencie poprosić o kopię tego powiadomienia.

Więcej informacji o opcjach w ramach ubezpieczenia leków na receptę w ramach programu Medicare

Bardziej szczegółowe informacje na temat planów Medicare oferujących ubezpieczenie leków na receptę znajdują się w podręczniku „Medicare & You”. Co roku otrzymasz egzemplarz podręcznika pocztą od Medicare. Plany Medicare mogą również skontaktować się z Tobą bezpośrednio.

Aby uzyskać więcej informacji na temat ubezpieczenia leków na receptę w ramach programu Medicare:

- Odwiedź www.medicare.gov
- Zadzwoń do swojego stanowego programu pomocy w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego (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 dzwonić pod numer 877-486-2048.

Jeśli masz ograniczone dochody i zasoby, dostępna jest dodatkowa pomoc w opłacaniu ubezpieczenia leków na receptę w ramach programu Medicare. Aby uzyskać informacje na temat tej dodatkowej pomocy, odwiedź stronę internetową Social Security pod adresem www.socialsecurity.gov lub zadzwoń pod numer 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Pamiętaj: Zachowaj to powiadomienie o wiarygodnym ubezpieczeniu. Jeśli zdecydujesz się przystąpić do jednego z planów leków Medicare, możesz zostać poproszony o dostarczenie kopii tego powiadomienia przy przystąpieniu, aby wykazać, czy nadal posiadasz wiarygodny status ubezpieczenia, a tym samym 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	Zapewniane przy wynajmie i corocznie później
Nazwa nadawcy jednostki	SEIU 32 BJ, Fundusz Socjalny Okręgu 36 BOLR
Kontakt – Stanowisko/Biuro	John J. Rongione, Administrator
Adres	1515 Market Street Apartament 1020 Filadelfia, PA 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 Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

Jeśli Ty lub Twoje dzieci kwalifikujecie się do programu Medicaid lub CHIP i macie prawo do ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianego przez pracodawcę, Twój stan może oferować program wsparcia 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 programu Medicaid lub CHIP, nie będziecie uprawnieni do tych programów wsparcia w opłacaniu składek, ale możecie wykupić indywidualne ubezpieczenie za pośrednictwem Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace). Więcej informacji można znaleźć na stronie www.healthcare.gov.

Jeśli Ty lub osoby na Twoim utrzymaniu jesteście już zapisani do programu Medicaid lub CHIP i mieszkacie 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 osoby na Twoim utrzymaniu NIE jesteście obecnie objęci programem Medicaid lub CHIP i uważasz, że Ty lub ktokolwiek z Twoich bliskich 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 albo [odwiedź stronę www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov), aby dowiedzieć się, jak złożyć wniosek. Jeśli się kwalifikujesz, zapytaj swój stan, czy oferuje program, który może pomóc Ci w opłacaniu składek na plan sponsorowany przez pracodawcę.

Jeśli Ty lub osoby na Twoim utrzymaniu kwalifikujecie się do pomocy w opłacaniu składek w ramach programu Medicaid lub CHIP, a także do programu pracodawcy, Twój pracodawca musi zezwolić Ci na zapisanie się do programu pracodawcy, jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś. Jest to tzw. „specjalna możliwość zapisu” i musisz złożyć wniosek o ubezpieczenie w ciągu 60 dni od daty uznania Cię za uprawnionego do pomocy w opłacaniu składek. W przypadku pytań dotyczących zapisania się do programu pracodawcy, skontaktuj się z Departamentem Pracy pod adresem www.askebsa.dol.gov lub zadzwoń pod numer 866-444-EBSA (3272).

Poniższa lista stanów jest aktualna na dzień 31 stycznia 2026 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)
NOWY 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 zapisu, 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/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

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

Twoje dane. Twoje prawa. Nasze obowiązki.

Niniejsza informacja opisuje, w jaki sposób Twoje dane medyczne mogą być wykorzystywane i ujawniane oraz jak możesz uzyskać do nich dostęp. Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią niniejszej informacji.

Twoje prawa	
Masz prawo do:	• Uzyskaj kopię swojej dokumentacji medycznej i roszczeń • Popraw swoją dokumentację medyczną i roszczenia • Poproś o poufną komunikację • Poproś nas o ograniczenie udostępnianych przez nas informacji • Pobierz listę osób, z którymi dzieliliśmy się Twoimi informacjami • Pobierz kopię niniejszej informacji o ochronie prywatności • Wybierz kogoś, kto będzie działał w Twoim imieniu • Złóż skargę, jeśli uważasz, że Twoje prawa do prywatności zostały naruszone
Twoje wybory	
Masz możliwość wyboru sposobu, w jaki wykorzystujemy i udostępniamy informacje tak jak my:	• Odpowiedz na pytania dotyczące zasięgu zadawane przez rodzinę i znajomych • Zapewnienie pomocy w przypadku katastrof • Promować nasze usługi i sprzedawać Twoje dane
Nasze zastosowania i ujawnienia	
Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje dane w następujący sposób:	• Pomoc w zarządzaniu otrzymywaną opieką zdrowotną • Zarządzać naszą organizacją • Zapłać za swoje usługi zdrowotne • Zarządzać swoim planem zdrowotnym • Pomoc w kwestiach zdrowia publicznego i bezpieczeństwa • Przeprowadź badania • Przestrzegać prawa • Reaguj na donację narządów i tkanek prośby i współpraca z lekarzem sądowym lub dyrektorem zakładu pogrzebowego • Zajmowanie się odszkodowaniami pracowniczymi, egzekwowaniem prawa i innymi prośbami rządowymi • Reagowanie na pozwy i działania prawne

Twoje prawa

W odniesieniu do informacji o Twoim zdrowiu przysługują Ci określone prawa. W tej sekcji wyjaśniamy Twoje prawa i niektóre z naszych obowiązków, aby Ci pomóc.

Uzyskaj kopię dokumentacji medycznej i roszczeń

- Możesz poprosić o wgląd lub kopię swojej dokumentacji medycznej i dokumentacji roszczeń oraz innych informacji medycznych, które posiadamy na Twój temat. Zapytaj nas, jak to zrobić.
- Dostarczymy kopię lub podsumowanie Twojej dokumentacji medycznej i roszczeń, zazwyczaj w ciągu 30 dni od złożenia wniosku. Możemy naliczyć rozsądną opłatę, uzależnioną od kosztów.

Poproś nas o korektę dokumentacji medycznej i roszczeń

- Możesz poprosić nas o poprawienie Twojej dokumentacji medycznej i ubezpieczeniowych, jeśli uważasz, że są nieprawidłowe lub niekompletne. Zapytaj nas, jak to zrobić.
- Możemy odmówić spełnienia Twojego wniosku, ale w ciągu 60 dni poinformujemy Cię o tym na piśmie.

Poproś o poufną komunikację

- Możesz poprosić nas o kontakt w określony sposób (np. telefon domowy lub służbowy) lub aby wysłać pocztą na inny adres.
- Rozpatrzymy wszystkie uzasadnione prośby i musimy odpowiedzieć „tak”, jeśli powiesz nam, że chcesz w niebezpieczeństwie, jeśli tego nie zrobimy.

Poproś nas o ograniczenie tego, czego używamy lub udostępniamy

- Możesz poprosić nas o nieużywanie lub nieudostępnianie określonych informacji zdrowotnych na potrzeby leczenia, płatności lub naszej działalności.
- Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na Twoją prośbę i możemy powiedzieć „nie”, jeśli będzie to miało wpływ Twoja opieka.

Pobierz listę osób, z którymi udostępniliśmy informacje

- Możesz poprosić o listę (wyliczenie) przypadków, w których udostępnialiśmy informacje o Twoim zdrowiu w ciągu sześciu lat przed datą, w której zwróciłeś się z prośbą, wraz z informacją o tym, komu je udostępnialiśmy i dlaczego.
- Będziemy uwzględniać wszystkie informacje, z wyjątkiem tych dotyczących leczenia, płatności i operacji opieki zdrowotnej, a także niektórych innych informacji (takich jak te, o które nas poprosiłeś). Będziemy bezpłatnie udostępniać jedno sprawozdanie finansowe rocznie, ale pobierzemy rozsądną, opartą na kosztach opłatę, jeśli poprosisz o kolejne w ciągu 12 miesięcy.

Uzyskaj kopię niniejszej informacji o ochronie prywatności

Możesz poprosić o papierową kopię niniejszego zawiadomienia w dowolnym momencie, nawet jeśli wyraziłeś zgodę na otrzymywanie go drogą elektroniczną. Niezwłocznie prześlemy Ci kopię papierową.

Wybierz kogoś, kto będzie działał w Twoim imieniu

- Jeśli udzieliłeś komuś pełnomocnictwa do dysponowania dokumentami medycznymi lub ktoś jest Twoim prawnym opiekunem, osoba ta może wykonywać Twoje prawa i podejmować decyzje dotyczące Twoich danych medycznych.
- Przed podjęciem decyzji upewnimy się, że dana osoba ma takie uprawnienia i może działać w Twoim imieniu. jakikolwiek działanie.

Złóż skargę, jeśli uważasz, że Twoje prawa zostały naruszone

- Jeśli uważasz, że naruszyliśmy Twoje prawa, możesz złożyć skargę, kontaktując się z nami za pomocą poniższych danych.
- Możesz złożyć skargę do Biura ds. Praw Obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, wysyłając list na adres: 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, dzwoniąc pod numer 877-696-6775 lub odwiedzając stronę www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/skargi/.
- Nie będziemy podejmować wobec Ciebie żadnych działań odwetowych za złożenie skargi.

Twoje wybory

W przypadku niektórych informacji zdrowotnych możesz nam powiedzieć, jakie masz preferencje dotyczące tego, co udostępniamy. Jeśli masz wyraźne preferencje co do sposobu udostępniania Twoich danych w sytuacjach opisanych poniżej, skontaktuj się z nami. Powiedz nam, czego od nas oczekujesz, a my zastosujemy się do Twoich instrukcji.

W takich przypadkach masz prawo i możliwość wyboru, aby nas o tym poinformować:

- Udostępniaj informacje rodzinie, bliskim znajomym lub innym osobom zaangażowanym w proces płatności Twoja opieka
- Udostępnianie informacji w sytuacjach kryzysowych

- Skontaktujemy się z Tobą w sprawie zbiórki funduszy
- Umieść swoje dane w spisie szpitalnym

Jeśli nie możesz nam powiedzieć o swoich preferencjach, na przykład jeśli jesteś nieprzytomny, możemy udostępnić Twoje dane, jeśli uznamy, że leży to w Twoim najlepszym interesie. Możemy również udostępnić Twoje dane, gdy będzie to konieczne, aby zminimalizować poważne i bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa.

W takich przypadkach nigdy nie udostępniamy Twoich danych bez Twojej pisemnej zgody:

- Cele marketingowe
- Sprzedaż Twoich danych
- Większość udostępniania notatek z psychoterapii

Nasze zastosowania i ujawnienia

W jaki sposób zazwyczaj wykorzystujemy lub udostępniamy Twoje informacje medyczne?

Informacje o Twoim zdrowiu wykorzystujemy i udostępniamy zazwyczaj w następujący sposób.

Pomóż zarządzać otrzymywaną opieką zdrowotną

Możemy wykorzystać informacje o Twoim zdrowiu i udostępnić je lekarzom, którzy Cię leczą.

Przykład: Lekarz przesyła nam informacje o Twojej diagnozie i planie leczenia, abyśmy mogli zorganizować dodatkowe usługi.

Zarządzaj naszą organizacją

- Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje dane w celu prowadzenia naszej organizacji i kontaktować się z Tobą, gdy zajdzie taka potrzeba.
- Nie wolno nam wykorzystywać informacji genetycznych do decydowania o tym, czy udzielimy Ci informacji. Zakres ubezpieczenia i jego cena. Nie dotyczy to planów opieki długoterminowej.

Przykład: Wykorzystujemy Twoje informacje zdrowotne w celu tworzenia lepszych usług dla Ciebie.

Zapłać za swoje usługi zdrowotne

Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje dane medyczne w ramach opłacania usług medycznych.

Przykład: Udostępniamy Twoje dane Twojemu planowi stomatologicznemu w celu skoordynowania płatności za leczenie stomatologiczne.

Zarządzaj swoim planem

Możemy ujawnić Twoje dane dotyczące zdrowia sponsorowi Twojego planu zdrowotnego w celu administrowania planem.

Przykład: Twoja firma zawiera z nami umowę na dostarczenie planu zdrowotnego, a my dostarczamy Twojej firmie pewne statystyki wyjaśniające wysokość pobieranych przez nas składek.

W jaki inny sposób możemy wykorzystać lub udostępnić Twoje informacje medyczne?

Mamy prawo lub obowiązek udostępniać Twoje dane w inny sposób – zazwyczaj w sposób służący dobru publicznemu, taki jak zdrowie publiczne i badania naukowe. Zanim będziemy mogli udostępnić Twoje dane w tych celach, musimy spełnić szereg warunków prawnych. Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Pomoc w kwestiach zdrowia publicznego i bezpieczeństwa

Możemy udostępniać Twoje dane dotyczące zdrowia w określonych sytuacjach, takich jak:

- Zapobieganie chorobom
- Pomoc w przypadku wycofywania produktów
- Zgłaszanie działań niepożądanych leków
- Zgłaszanie podejrzenia nadużycia, zaniedbania lub przemocy domowej
- Zapobieganie lub ograniczanie poważnego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa kogokolwiek

Przeprowadź badania

Możemy wykorzystywać Twoje dane i udostępniać je na potrzeby badań medycznych.

Przestrzegać prawa

Udostępnimy Twoje dane, jeśli będą tego wymagać przepisy stanowe lub federalne, w tym Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej, jeśli będzie chciał sprawdzić, czy przestrzegamy federalnych przepisów o ochronie prywatności.

Odpowiadaj na prośby o oddanie narządów i tkanek oraz współpracuj z lekarzem sądowym lub dyrektorem zakładu pogrzebowego

- Możemy udostępniać Twoje dane medyczne organizacjom zajmującym się pobieraniem narządów.
- W przypadku śmierci osoby możemy udostępnić informacje dotyczące stanu zdrowia koronerowi, lekarzowi sądowemu lub dyrektorowi zakładu pogrzebowego.

Zajmowanie się odszkodowaniami pracowniczymi, egzekwowaniem prawa i innymi prośbami rządowymi

Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje dane medyczne:

- W przypadku roszczeń z tytułu odszkodowania za wypadek przy pracy
- Do celów egzekwowania prawa lub w porozumieniu z funkcjonariuszem organów ścigania
- Z agencjami nadzorującymi służbę zdrowia w zakresie działań dozwolonych przez prawo
- Do specjalnych funkcji rządowych, takich jak wojsko, bezpieczeństwo narodowe i służby ochrony prezydenta

Reaguj na pozwy i działania prawne

Możemy udostępniać Twoje dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny albo w odpowiedzi na wezwanie sądowe.

Nasze obowiązki

- Zgodnie z prawem jesteśmy zobowiązani do zachowania prywatności i bezpieczeństwa Twoich chronionych danych zdrowotnych informacji.
- Niezwłocznie Cię powiadomimy, jeśli nastąpi naruszenie, które może narazić na szwank prywatność lub bezpieczeństwo Twoich danych.
- Musimy przestrzegać obowiązków i praktyk dotyczących prywatności opisanych w niniejszej informacji i zapewnić Ci jego kopię.
- Nie będziemy wykorzystywać ani udostępniać Twoich danych w sposób inny niż opisany tutaj, chyba że poinformujesz nas o tym na piśmie. Jeśli to zrobisz, możesz w każdej chwili zmienić zdanie. Poinformuj nas o tym na piśmie, jeśli zmienisz zdanie.

Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/uwagapp.html.

Zmiany w Warunkach niniejszej Informacji

Możemy zmienić warunki niniejszego powiadomienia, a zmiany te będą miały zastosowanie do wszystkich informacji, które posiadamy na Twój temat. Nowe powiadomienie będzie dostępne na żądanie na naszej stronie internetowej, a jego kopię wyślemy Ci pocztą.

Październik 2018

Tyema Sanchez

Inspektor ochrony prywatności

215-568-3262, wew. 1400

Prawa do kontynuacji ubezpieczenia w ramach ustawy COBRA

Otrzymujesz to powiadomienie, ponieważ niedawno uzyskałeś ubezpieczenie w ramach grupowego planu zdrowotnego (dalej „Plan”). Niniejsze powiadomienie zawiera ważne informacje na temat Twojego prawa do kontynuacji ubezpieczenia COBRA, czyli tymczasowego przedłużenia ubezpieczenia w ramach Planu. Niniejsze powiadomienie wyjaśnia, na czym polega kontynuacja ubezpieczenia COBRA, kiedy może ono być dostępne dla Ciebie i Twojej rodziny oraz co musisz zrobić, aby chronić swoje prawo do niego. Gdy uzyskasz prawo do COBRA, możesz również uzyskać prawo do innych opcji ubezpieczenia, które mogą być tańsze niż kontynuacja ubezpieczenia COBRA.

Prawo do kontynuacji ubezpieczenia COBRA zostało ustanowione na mocy ustawy federalnej Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act z 1985 roku (COBRA). Kontynuacja ubezpieczenia COBRA może stać się dostępna dla Ciebie i innych członków Twojej rodziny, gdy grupowe ubezpieczenie zdrowotne w innym przypadku wygasłoby. Aby uzyskać więcej informacji na temat Twoich praw i obowiązków wynikających z Planu i prawa federalnego, zapoznaj się z jego skróconym opisem lub skontaktuj się z Administratorem Planu.

W przypadku utraty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być dostępne inne opcje.

Na przykład, możesz kwalifikować się do zakupu indywidualnego planu za pośrednictwem Giełdy Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace). Rejestrując się w ramach Giełdy, możesz kwalifikować się do niższych kosztów miesięcznych składek i niższych wydatków własnych. Dodatkowo, możesz kwalifikować się do 30-dniowego specjalnego okresu zapisu do innego grupowego planu zdrowotnego, do którego jesteś uprawniony (np. planu dla małżonka), nawet jeśli ten plan zazwyczaj nie akceptuje osób zapisujących się później.

Na czym polega kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Kontynuacja ubezpieczenia COBRA to kontynuacja ubezpieczenia Planu, które w przeciwnym razie zakończyłoby się z powodu zdarzenia życiowego. Nazywa się to również „zdarzeniem kwalifikującym”. Konkretnie zdarzenia kwalifikujące są wymienione w dalszej części niniejszego powiadomienia. Po wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego, kontynuacja ubezpieczenia COBRA musi zostać zaoferowana każdej osobie, która jest „uprawnionym beneficjentem”. Ty, Twój małżonek/małżonka oraz dzieci na Twoim utrzymaniu możecie zostać kwalifikującymi się beneficjentami, jeśli ubezpieczenie w ramach Planu zostanie utracone z powodu zdarzenia kwalifikującego. Zgodnie z Planem, uprawnieni beneficjenci, którzy wybiorą kontynuację ubezpieczenia COBRA, muszą opłacić kontynuację ubezpieczenia COBRA.

Jeśli jesteś pracownikiem, zostaniesz uprawnionym beneficjentem, jeśli utracisz ochronę ubezpieczeniową w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Twoje godziny pracy uległy skróceniu lub
- Twoje zatrudnienie zakończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż rażące wykroczenie.

Jeśli jesteś małżonkiem pracownika, zostaniesz uprawnionym beneficjentem, jeśli utracisz ochronę ubezpieczeniową w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Twój małżonek umiera;
- Godziny pracy Twojego małżonka ulegają skróceniu;
- Stosunek pracy Twojego współmałżonka zakończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż jego/jej rażące wykroczenie;
- Twój małżonek nabywa prawo do świadczeń Medicare (na podstawie Części A, Części B lub obu); lub
- Rozwiedziesz się lub będziesz prawnie oddzielony od swojego współmałżonka.

Twoje dzieci na utrzymaniu staną się uprawnionymi beneficjentami, jeśli utracą ubezpieczenie w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Zmarł rodzic-pracownik;
- Czas pracy rodzica-pracownika ulega skróceniu;
- Zatrudnienie rodzica-pracownika kończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż jego/jej dochód brutto
złe prowadzenie się;
- Rodzic-pracownik nabywa prawo do świadczeń Medicare (część A, część B lub obie);
- Rodzice rozwiedli się lub pozostają w separacji prawnej; lub
- Dziecko przestaje kwalifikować się do objęcia Planem jako „dziecko na utrzymaniu”.

Kiedy dostępna jest kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Plan zaoferuje kontynuację ubezpieczenia COBRA uprawnionym beneficjentom dopiero po powiadomieniu Administratora Planu o wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego. Pracodawca musi powiadomić Administratora Planu o następujących zdarzeniach kwalifikujących:

- Zakończenie stosunku pracy lub skrócenie czasu pracy;
- Śmierć pracownika; lub
- Pracownik nabywa prawo do świadczeń Medicare (na podstawie Części A, Części B lub obu).

W przypadku wszystkich innych zdarzeń kwalifikujących (rozwód lub separacja prawna pracownika i małżonka lub utrata prawa do ubezpieczenia przez dziecko pozostające na utrzymaniu) należy powiadomić Administratora Planu w ciągu 60 dni od wystąpienia zdarzenia kwalifikującego. Powiadomienie należy przekazać do Biura Funduszu.

W jaki sposób zapewniana jest kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Po otrzymaniu przez Administratora Planu powiadomienia o wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego, każdemu z uprawnionych beneficjentów zostanie zaoferowane przedłużenie ubezpieczenia COBRA. Każdy uprawniony beneficjent będzie miał niezależne prawo wyboru przedłużenia ubezpieczenia COBRA. Pracownicy objęci ubezpieczeniem COBRA mogą wybrać przedłużenie ubezpieczenia COBRA w imieniu swoich małżonków, a rodzice mogą wybrać przedłużenie ubezpieczenia COBRA w imieniu swoich dzieci.

Kontynuacja ubezpieczenia COBRA to tymczasowa kontynuacja ubezpieczenia, która zazwyczaj trwa 18 miesięcy z powodu rozwiązania stosunku pracy lub zmniejszenia liczby godzin pracy. Niektóre zdarzenia kwalifikujące lub drugie zdarzenie kwalifikujące w początkowym okresie ubezpieczenia mogą upoważniać beneficjenta do otrzymania ubezpieczenia przez maksymalnie 36 miesięcy.

Istnieją również sposoby na przedłużenie 18-miesięcznego okresu obowiązywania kontynuacji ubezpieczenia COBRA:

Przedłużenie 18-miesięcznego okresu kontynuacji ubezpieczenia COBRA z tytułu niepełnosprawności

Jeśli Ty lub ktokolwiek z Twojej rodziny objęty Planem zostanie uznany przez Ubezpieczenia Społeczne za osobę niepełnosprawną i powiadomisz o tym Administratora Planu w odpowiednim czasie, Ty i cała Twoja rodzina możecie być uprawnieni do uzyskania dodatkowych 11 miesięcy kontynuacji ubezpieczenia COBRA, maksymalnie przez 29 miesięcy. Niepełnosprawność musi rozpocząć się przed 60. dniem kontynuacji ubezpieczenia COBRA i trwać co najmniej do końca 18-miesięcznego okresu kontynuacji ubezpieczenia COBRA.

Drugie kwalifikujące zdarzenie, przedłużenie 18-miesięcznego okresu kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej

Jeśli w Twojej rodzinie wystąpi kolejne zdarzenie kwalifikujące w ciągu 18 miesięcy obowiązywania kontynuacji ubezpieczenia COBRA, małżonek i dzieci na utrzymaniu mogą uzyskać do 18 dodatkowych miesięcy kontynuacji ubezpieczenia COBRA, maksymalnie przez 36 miesięcy, pod warunkiem, że Plan zostanie prawidłowo powiadomiony o drugim zdarzeniu kwalifikującym. To przedłużenie może być dostępne dla małżonka i dzieci na utrzymaniu korzystających z kontynuacji ubezpieczenia COBRA w przypadku śmierci pracownika lub byłego pracownika; uzyskania uprawnień do świadczeń Medicare (z Części A, Części B lub obu); rozvodu lub separacji prawnej; lub jeśli dziecko na utrzymaniu przestanie kwalifikować się do Planu jako dziecko na utrzymaniu. To przedłużenie jest dostępne tylko wtedy, gdy drugie zdarzenie kwalifikujące spowodowałoby utratę ubezpieczenia małżonka lub dziecka na utrzymaniu w ramach Planu, gdyby nie wystąpiło pierwsze zdarzenie kwalifikujące.

Czy istnieją inne opcje ubezpieczenia oprócz kontynuacji ubezpieczenia COBRA?

Tak. Zamiast zapisywać się na kontynuację ubezpieczenia COBRA, możesz skorzystać z innych opcji ubezpieczenia dla siebie i swojej rodziny w ramach Giełdy Ubezpieczeń Zdrowotnych, Medicare, Medicaid, Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci (CHIP) lub innych grupowych planów zdrowotnych (takich jak plan dla małżonka) w ramach tzw. „specjalnego okresu zapisów”.

Niektóre z tych opcji mogą kosztować mniej niż kontynuacja ubezpieczenia COBRA. Więcej informacji o wielu z tych opcji można znaleźć na stronie www.healthcare.gov.

Czy mogę zapisać się do programu Medicare zamiast do kontynuacji ubezpieczenia COBRA po zakończeniu mojego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego?

Zasadniczo, jeśli nie zapiszesz się do części A lub B programu Medicare, gdy po raz pierwszy będziesz uprawniony, ponieważ nadal będziesz zatrudniony, po początkowym okresie zapisów do programu Medicare będziesz mieć 8-miesięczny specjalny okres zapisów na zapisanie się do części A lub B programu Medicare, rozpoczynający się w dniu, w którym nastąpi wcześniejszy z następujących terminów:

- Miesiąc po zakończeniu zatrudnienia; lub
- Miesiąc po zakończeniu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na obecnym zatrudnieniu.

Jeśli nie zapiszesz się do programu Medicare i wybierzesz zamiast tego kontynuację ubezpieczenia COBRA, możesz zostać obciążony karą za późne zapisanie się do części B, a także możesz mieć przerwę w ubezpieczeniu, jeśli zdecydujesz się na część B później. Jeśli wybierzesz kontynuację ubezpieczenia COBRA i później zapiszesz się do części A lub B programu Medicare przed końcem kontynuacji ubezpieczenia COBRA, Plan może wypowiedzieć Twoją kontynuację ubezpieczenia. Jeśli jednak część A lub B programu Medicare wejdzie w życie w dniu lub przed datą wyboru COBRA, ubezpieczenie COBRA nie może zostać przerwane z powodu uprawnień Medicare, nawet jeśli zapiszesz się do innej części programu Medicare po dacie wyboru ubezpieczenia COBRA.

Jeśli jesteś objęty zarówno ubezpieczeniem kontynuacyjnym COBRA, jak i programem Medicare, Medicare zazwyczaj płaci jako pierwszy (główny płatnik), a ubezpieczenie kontynuacyjne COBRA płaci w drugiej kolejności.

Niektóre plany mogą wiązać się z płatnościami drugorzędnymi w stosunku do programu Medicare, nawet jeśli nie jesteś objęty programem Medicare.

Więcej informacji znajdziesz na stronie www.medicare.gov/medicare-and-you.

Jeśli masz pytania

Pytania dotyczące Planu lub praw do kontynuacji ubezpieczenia COBRA należy kierować do osoby lub osób kontaktowych wskazanych poniżej. Aby uzyskać więcej informacji na temat praw wynikających z Ustawy o Zabezpieczeniu Dochodów Emerytalnych Pracowników (ERISA), w tym COBRA, Ustawy o Ochronie Pacjentów i Przystępnej Opiece Zdrowotnej (PAT) oraz innych przepisów dotyczących grupowych planów zdrowotnych, należy skontaktować się z najbliższym Biurem Regionalnym lub Okręgowym Administracji ds. Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych (EBSA) Departamentu Pracy Stanów Zjednoczonych w swojej okolicy lub odwiedzić stronę www.dol.gov/ebsa. (Adresy i numery telefonów biur regionalnych i okręgowych EBSA są dostępne na stronie internetowej EBSA.) Aby uzyskać więcej informacji na temat Marketplace, odwiedź stronę www.HealthCare.gov.

Informuj swój Plan o zmianach adresu

Aby chronić prawa swojej rodziny, poinformuj Administratora Planu o wszelkich zmianach adresów członków rodziny. Zachowaj również kopię wszystkich powiadomień wysłanych do Administratora Planu.

www.seiu36.com

