



www.seiu36.com



Czas na otwarty nabór!

2026

Przewodnik po świadczeniach

Masz czas tylko do 19 grudnia, aby zapisać się do programu świadczeń pełnoetatowych BOLR BMCA na rok 2026!

(Dla uczestników opłacanych przez pracodawcę składki na ubezpieczenie osób na utrzymaniu)

OTWARTE FORMULARZE REJESTRACYJNE

Formularze, które należy wypełnić w celu rejestracji, znajdują się na kolejnych stronach tego przewodnika oraz na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) na naszej stronie internetowej. Formularze na stronie można...

Wypełnij online. Wystarczy je wydrukować, podpisać i wysłać do biura Funduszu.



Możesz użyć powyższego kodu QR, aby przejść bezpośrednio do naszej strony. Wystarczy otworzyć aplikację aparatu na smartfonie lub tablecie i wybrać tylną kamerę. Skieruj aparat na kod. Powinno pojawić się powiadomienie. Kliknij je, aby przejść do naszej strony. Pamiętaj, aby upewnić się, że masz połączenie z internetem.

Aby dowiedzieć się, które formularze należy wypełnić i odesłać do Biura Funduszu, zapoznaj się z instrukcjami na górze każdego formularza.

WAŻNE PRZYPOMNIENIE: Prosimy wypełniać tylko te formularze, które dotyczą Państwa.

I koniecznie zapoznaj się z resztą Przewodnika pomożemy Ci w zapisaniu się na ubezpieczenie w 2026 roku. W tym roku zaktualizowaliśmy Przewodnik, aby był łatwiejszy w użyciu.

Masz pytania? Skontaktuj się z Biurem Funduszu.

Co jest w środku

Przegląd otwartej rejestracji	2
Podstawowe fakty	3
Świadczenia medyczne	4
Ważne terminy.....	5
Zdrowie i dobre samopoczucie (Zdrowy styl życiaSM) — Pracujemy nad wsparciem Twojego zdrowia każdego dnia!	6
Korzyści dla zdrowia behawioralnego	7
Podsumowanie korzyści.....	8
Korzyści płynące z leków na receptę	10
Świadczenia stomatologiczne	11
Korzyści dla wzroku	13
Ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku (AD&D)	14
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności	15
Ważne informacje	16

Niniejszy Przewodnik Rejestracyjny jest dostępny w języku albańskim, chińskim, niemieckim, włoskim, polskim i hiszpańskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

Ten przewodnik rejestracyjny jest dostępny w języku albańskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Uwaga: formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

Ten przewodnik rejestracyjny jest dostępny w języku chińskim na naszej stronie internetowej. Przejdź na stronę „Kontakty i zasoby”, a następnie do sekcji „Dokumenty i formularze”. Częściowo (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Uwaga: formularz jest dostępny tylko w języku angielskim.

Niniejszy przewodnik po zapisach jest dostępny w języku niemieckim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

Ten przewodnik rejestracyjny jest dostępny w języku włoskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Niniejszy przewodnik rejestracyjny jest dostępny w języku hiszpańskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

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
załączce 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
pocztą 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.

PAMIĘTAJ: Wybierz

Ostrożnie! Po zakończeniu
okresu Otwartych Zapisów
nie będziesz mógł zmienić swoich
wyborów aż do kolejnego
okresu Otwartych Zapisów
jesienią 2026 roku, aby uzyskać
ubezpieczenie od 1 stycznia
2027 roku, chyba że zmienisz
status kwalifikujący.

Przegląd otwartej rejestracji

Październik 2025

W tym przewodniku i towarzyszących mu materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje potrzebne do zapisania się na pełnoetatowe ubezpieczenie zdrowotne BOLR BMCA w 2026 roku.

Otwarty Zapis to coroczna okazja do przeglądu swojego ubezpieczenia i wprowadzenia zmian w wybranych świadczeniach lub osobach na Twoim utrzymaniu. Poza Otwartym Zapisem, zmiany są dozwolone tylko wtedy, gdy wynikają one z kwalifikującej się zmiany życiowej („zdarzenia kwalifikującego”), zgodnie z opisem poniżej. Przed podjęciem decyzji o zapisie prosimy o zapoznanie się z załączonymi materiałami i rozważenie potrzeb swoich i swojej rodziny. Jeśli chcesz zmienić status osoby na utrzymaniu, zwróć wypełniony formularz BMCA Full-Time Enrollment do Biura Funduszu najpóźniej do 19 grudnia 2025 r.

Jeśli chcesz zachować te same opcje świadczeń i zakres ochrony, z których korzystasz teraz, nie musisz nic robić.

Masz pytania?

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt z Biurem Funduszy Świadczeń. Możesz się z nami skontaktować pod numerem (215) 568-3262, wew. 1400 lub (800) 338-9025, wew. 1400 (poza lokalnym obszarem). Możesz również przyjść do biura funduszu okręgu 36 SEIU Local 32 BJ, pod adresem 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, aby porozmawiać z jednym z naszych przedstawicieli. Przed wizytą prosimy o kontakt telefoniczny.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu

Możesz dodać lub usunąć osoby na utrzymaniu albo wprowadzić inne zmiany w zakresie świadczeń poza okresem Otwartego Zapisu TYLKO w przypadku wystąpienia zdarzenia kwalifikującego. Zdarzenie kwalifikujące oznacza, że Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu doświadczycie zmiany w życiu, która wpłynie na administrowanie świadczeniami. Przykładami takich zdarzeń są: zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie dziecka lub rozwód. W takich przypadkach może być konieczne dodanie lub usunięcie osób na utrzymaniu z zakresu świadczeń Funduszu.

W przypadku wszystkich zdarzeń kwalifikujących należy przedstawić dokumentację zmiany statusu (np. akt urodzenia lub małżeństwa). Biuro Funduszu MUSI otrzymać dokumentację w ciągu 31 dni od zdarzenia kwalifikującego (90 dni w przypadku urodzenia dziecka lub 60 dni w przypadku utraty ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP) z powodu utraty uprawnień lub uzyskania uprawnień do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP). Prosimy o zapoznanie się z opisem planu zbiorczego lub kontakt z Biurem Funduszu w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat zdarzeń kwalifikujących.

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

Niniejszy dokument oraz materiały zawarte w pakiecie rejestracyjnym zawierają podsumowanie świadczeń z Funduszu Socjalnego SEIU Local 32BJ, Okręgu 36 BOLR 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.

Podstawowe fakty

Kto jest uprawniony?

Masz prawo do pełnego etatu w ramach planu BOLR BMCA, jeśli pracujesz 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 BOLR BMCA Full-Time Plan, możesz również zapisać osoby na Twoim utrzymaniu, które spełniają kryteria, do świadczeń medycznych, stomatologicznych i okulistycznych. Osoby na Twoim utrzymaniu, które spełniają kryteria, to:

- 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:
 - 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 badania lekarskiego konieczne będzie dodanie dzieci poniżej 26 roku życia
Nakaz alimentacyjny, proszę o dostarczenie kopii nakazu
 - Dowód posiadania 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 są w stanie samodzielnie się utrzymać,
Biuro Funduszu wymaga okresowego dokumentowania niepełnosprawności. Informacja ta musi zostać dostarczona w ciągu 31 dni od ukończenia przez dziecko 26 lat.

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

Wszelkie zmiany w statusie osoby na utrzymaniu muszą zostać wypełnione i odesłane do Biura Funduszu w załączonej kopercie zwrotnej ze znaczkiem i adresem do 19 grudnia 2025 r. Jeśli nie dodasz ani nie usuniesz osoby na utrzymaniu w trakcie otwartej rejestracji, musisz poczekać, aż u Ciebie lub osoby na Twoim utrzymaniu wystąpi zdarzenie kwalifikujące.

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.

Świadczenia medyczne

Ważne przypomnienia:

Korzyści opisane w niniejszym Przewodniku obowiązują od 1 stycznia 2026 r.

Odliczenia, dopłaty, współubezpieczenia i kwoty maksymalne są łączone zarówno w przypadku świadczeń w ramach sieci, jak i poza nią, tam gdzie ma to zastosowanie.

Jeśli korzystasz z usług dostawcy spoza sieci, odpowiadasz za różnicę między kwotą wystawioną przez dostawcę a kwotą wypłaconą przez Twoje ubezpieczenie.

Wymagania dotyczące wstępnej certyfikacji

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

Nazywa się to wstępną certyfikacją. Niektóre usługi wymagające wstępnej certyfikacji obejmują: • WSZYSTKIE

przyjęcia do szpitala w trybie niepilnym • Planowe zabiegi

chirurgiczne w warunkach szpitalnych •

Wybrany trwały sprzęt medyczny

• Opieka domowa

• Opieka hospicyjna stacjonarna

• 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.

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 rozpocząły 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 POZ, możesz znaleźć go online na stronie www.ibx.com lub skontaktować się z Działem Obsługi Klienta Independence pod numerem (800) 275-2583.

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 kwoty odliczenia.

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.

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.

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.

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 objęty planem medycznym.

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:

Zwrot do 150 USD 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.

Program zarządzania zdrowiem w cukrzycy z pielęgniarkami Guardian

Jeśli chorujesz na cukrzycę, możesz kwalifikować się do udziału w Programie Zarządzania Zdrowiem w Cukrzycy. Program koncentruje się na pomocy w zarządzaniu i leczeniu cukrzycy. Program jest poufny i dobrowolny. Po zapisaniu się musisz wyrazić zgodę na ukończenie programu, aby otrzymać pełne świadczenie.

W ramach programu możesz otrzymać:

- Spersonalizowane konsultacje telefoniczne i badania kontrolne prowadzone przez naszą dedykowaną pielęgniarkę
- Obniżone dopłaty do leków generycznych i markowych stosowanych w leczeniu cukrzycy
- Informacje od dietetyków, jak radzić sobie z cukrzycą

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z pielęgniarkami Guardian Nurses pod numerem telefonu 888-836-0260.

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.

Podsumowanie korzyści

KORZYŚĆ	W SIECI/ODSŁUCHANY	POZA SIECIĄ/ SAMOZWOŁANY
Odliczenie (roczne)		
Indywidualny	0 zł	250 dolarów
Rodzina	0 zł	500 dolarów
Roczny maksymalny wydatek własny		
Indywidualny	6750 dolarów	6750 dolarów
Rodzina	13 500 dolarów	13 500 dolarów
Maksymalny czas życia	Nic	Nic
Pacjent szpitalny 1	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy Do 70 dni w roku kalendarzowym
Usługi lekarskie dla pacjentów hospitalizowanych	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Wymiana stawu kolanowego i biodrowego ^{1,2} Centrum wyróżnień Blue Distinction + Wszystkie inne udogodnienia	100% 70%	Nieobjęte Nieobjęte
Izba przyjęć	Wizyty 1 i 2: 100% po dopłacie 100 USD W przypadku wizyt 3 lub więcej: 100% po dopłacie 200 USD Zwolnione w przypadku przyjęcia	Wizyty 1 i 2: 100% po dopłacie 100 USD W przypadku wizyt 3 lub więcej: 100% po dopłacie 200 USD Zwolnione w przypadku przyjęcia
Opieka doraźna	100% po dopłacie 40 USD	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Zakład Opiekuńczo-Lecniczy 1 Do 60 dni w roku	100%	Nieobjęte
Gabinet lekarski PCMH PCP	100% po dopłacie 10 USD	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Gabinet lekarski PCP i specjaliści spoza PCMH	100% po dopłacie 20 USD	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Opieka profilaktyczna dla dorosłych i Dzieci ³	100%	70% kwoty dozwolonej, bez odliczeń
Rutynowe badanie ginekologiczne/badanie cytologiczne (jeden na rok)	100%	70% kwoty dozwolonej, bez odliczeń
Mammografia	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Szczepienia pediatryczne	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Operacja 1 (w przypadku niektórych operacji ambulatoryjnych może być wymagana wcześniejsza certyfikacja)	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Laboratorium/Patologia Poradnia Ambulatoryjna ⁴	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy

KORZYŚĆ	W SIECI/ODSŁUCHANY	POZA SIECIĄ/ SAMOZWOŁANY
Diagnostyka ambulatoryjna RTG/ Radiologia ^{1,4,5}	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Opieka domowa ¹ Do 200 wizyt w roku kalendarzowym	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Fizjoterapia/Terapia zajęciowa ^{4,5} Terapia logopedyczna Do 30 wizyt w danym trybie w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 20 USD	Nieobjęte
Rehabilitacja kardiologiczna i płucna Do 36 wizyt w danym trybie w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 20 USD	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Trwały sprzęt medyczny ¹ Wybrane pozycje wymagają wstępnej certyfikacji	100%	Nieobjęte
Ambulans Transport ratunkowy Transport niebędący nagłym wypadkiem ¹	100% 100%	100% kwoty dozwolonej, bez udziału własnego 70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Macierzyństwo Pierwsza wizyta u położnika Szpital	100% 100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy 70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Chiropraktyka (manipulacje kręgosłupa) ⁵ Do 10 wizyt w roku kalendarzowym	100% po dopłacie 20 USD	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Dializa/Radiacja ¹ /Chemioterapia	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Poradnictwo żywieniowe 6 wizyt rocznie	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Formuły odżywcze i Medyczne stałe produkty spożywcze ¹ Może być wymagana wstępna certyfikacja	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Pielęgniarstwo ambulatoryjne w ramach prywatnej opieki ¹ Do 360 godzin w roku kalendarzowym	90%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Opieka hospicyjna ¹ Do 210 dni w ciągu całego życia	100%	Nieobjęte
Usługi programu zdrowia behawioralnego i leczenia uzależnień świadczone przez MHC, Inc. Zadzwoń pod numer (800) 255-3081.		
Pacjent stacjonarny ^{6,7}	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Wizyty ambulatoryjne poza gabinetem ⁶	100%	70% kwoty dopuszczalnej po odliczeniu franszyzy
Poradnia ambulatoryjna ⁶	100% po dopłacie 20 USD	70% kwoty dopuszczalnej 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).

2. 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. Aby otrzymać opiekę w ramach sieci, należy udać się do placówki wyznaczonej przez lekarza POZ.

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. Skontaktuj się z MHC, aby uzyskać więcej informacji na temat wstępnej certyfikacji usług związanych z terapią behawioralną. Leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Korzyści z leków na receptę

Ubezpieczenie leków na receptę, oferowane przez CVS Caremark, rozpoczyna się automatycznie po zapisaniu się do ubezpieczenia medycznego w ramach Planu. 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.

90-dniowe receptowe można wykupić wyłącznie w aptekach CVS.

Zamawiając leki podtrzymujące w aptece wysyłkowej CVS Caremark, zaoszczędzisz pieniądze.

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

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

Maksymalna kwota wydatków własnych w ciągu roku

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: • Pojedynczy:

1950 USD

• Rodzina: 3900 dolarów

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.

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, w jaki sposób 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
Oplata za 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 opiszę 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.

Korzyści dla wzroku

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.
- Jeśli korzystasz z usług nieobjętego Planem, Plan zwróci Ci koszty badań, oprawek okularów oraz soczewek kontaktowych lub soczewek kontaktowych. Ponosisz pełną kwotę w momencie korzystania z usług. Następnie musisz złożyć wniosek o zwrot części kosztów przypadającej na Plan.

Co obejmuje plan?

Jeśli korzystasz z usług dostawcy współpracującego z NVA, Plan pokrywa koszt badania wzroku raz na 24 miesiące.

Plan obejmuje również zakup nowej pary soczewek i oprawek lub soczewek kontaktowych, do kwoty 120 dolarów co 24 miesiące (lub co 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Jeśli korzystasz z usług okulisty nieuczestniczącego w programie, Plan pokryje do 30 USD za badanie wzroku raz na 24 miesiące (lub raz na 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Plan obejmuje również pokrycie kosztów soczewek do 60 dolarów i oprawek do 60 dolarów, lub soczewek kontaktowych do 120 dolarów 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 zwykłe lub korekcyjne.

W ramach Planu Wzroku możesz użyć swojej karty identyfikacyjnej, aby skorzystać z usług okulistycznych lub okularów. Karty nie można jednak łączyć z ofertami specjalnymi, takimi jak kupony czy promocje.

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 razie Twojej śmierci.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci i rozczłonkowania w wyniku nieszczęśliwego wypadku (AD&D) wypłaca świadczenie w przypadku nieszczęśliwego wypadku, w tym utraty kończyny lub wzroku, a także świadczenie Twojemu beneficjentowi/beneficjentom w przypadku Twojej śmierci w wyniku wypadku objętego ubezpieczeniem.

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

Świadczenie wyłącznie dla pracowników	
Śmierć naturalna	25 000 dolarów
Śmierć, wypadek	25 000 dolarów (oprócz powyższych)
Świadczenia z tytułu rozczłonkowania	Konkretna kwota ustalona na podstawie straty

Nie zapomnij – o swoim beneficjencie

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).

* Jeśli Twój pracodawca jest zobowiązany do wniesienia dodatkowej składki na świadczenia z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy.

Uwaga: Niektórzy pracodawcy mogą nadal korzystać z ryczałtowego dodatku na świadczenia, w zależności od wymogów umownych. Jeśli przysługuje Ci ryczałtowy tygodniowy dodatek dla pracowników pełnoetatowych, którzy pracują 40 lub więcej godzin tygodniowo, stawka wyniesie 210 dolarów tygodniowo. Dla pracowników pełnoetatowych, którzy pracują od 30 do 39 godzin tygodniowo, stawka wyniesie 175 dolarów tygodniowo.

Lekarz stwierdzający Twoją niepełnosprawność MUSI być lekarzem należącym do sieci.

„Lekarz posiadający kwalifikacje prawne” to m.in. lekarz medycyny (MD), doktor osteopatii (DO), doktor chirurgii stomatologicznej (DDS), doktor medycyny stomatologicznej (DMD) lub doktor medycyny podiatrycznej (DPM).

Wszelkie wnioski o świadczenia z tytułu krótkoterminowej niepełnosprawności należy składać w Biurze Funduszu w ciągu 60 dni od daty wystąpienia niepełnosprawności. Przed złożeniem wniosku w Biurze Funduszu należy upewnić się, że wszystkie sekcje zostały wypełnione i podpisane przez Ciebie, Twojego pracodawcę i lekarza prowadzącego.

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 przystąpienia do 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 przystąpienie w ciągu 31 dni od zakończenia poprzedniego ubezpieczenia i dostarczenia dokumentacji potwierdzającej. Ponadto, jeśli w wyniku małżeństwa, adopcji lub adopcji pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o przystąpienie w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub adopcji. Jeśli w wyniku narodzin dziecka pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o przystąpienie w ciągu 90 dni od narodzin dziecka.

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

- Utrata ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP), ponieważ nie jesteś już uprawniony, lub
- Uzyskaj 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 Twoi 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 wygasłoby z powodu:

- Umierasz,
- Ty i Twój małżonek rozwodzą 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 daty jego zakończenia 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 zdarzenia, które spowodowało jego zakończenie, pod warunkiem opłacenia wymaganej składki. Możesz kontynuować ubezpieczenie tylko w okresie, który obowiązywał jeden dzień przed zdarzeniem. Możesz jednak co roku, w okresie otwartej rejestracji, dokonywać zmian w swoich wyborach.

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

Ubezpieczenie 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 lipca 2025 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

www.seiu36.com



Październik 2025

Union Bug