



1199SEIU

NATIONAL BENEFIT FUND FOR
HOME CARE EMPLOYEES

OVERVIEW OF YOUR BENEFITS

EN ESPAÑOL P10

HA PYCCKOM CTP. 20

中文第30頁

Effective January 1, 2016, your dependent children are eligible for the same benefits that you receive, other than life insurance and accidental death & dismemberment.

As an eligible 1199SEIU Home Care member, you can choose to receive benefits through **ONE** of two plans:

Member Choice Home Care Select Plan (Plan A): A coordinated care plan in which you choose one Health Center for all of your primary care and medical needs. If you enroll your children, they will use the same Health Center that you use. You will have no co-payments for primary care, specialty care, hospital visits or prescription drugs. **However, if you receive primary care services from a provider other than one from your selected Health Center, you will be responsible for an office visit co-payment.**

OR

Panel Provider Plan (Plan B): A plan that provides access to more than 40,000 Participating Providers and 70 hospitals in the New York metropolitan area. Participating Providers agree to accept the Benefit Fund’s schedule of payment for services and cannot bill you for additional charges. You are only responsible to make a co-payment. **If you receive services from a provider who is not in the Fund’s network, you will be responsible for any additional costs the provider may charge you in addition to your co-payment.**

BENEFIT COVERAGE

PLAN A

PLAN B

HOSPITAL CARE

\$0

**\$25 co-pay/
admission (inpatient
services only)**

- This benefit is for the hospital’s charge for the use of its facility only. Coverage for services rendered by doctors, labs, radiologists or other services that are billed separately by these providers may be covered, as described in Section II.H of the SPD.
- Up to 365 days per year
- Semi-private room and board
- Acute care for Medically Necessary services
- Inpatient admissions
- Outpatient or ambulatory facilities
- Observation care and services (see Section II.C of the SPD)
- Up to 30 days per year for inpatient physical rehabilitation in an acute care facility

Benefits are not provided for care in a nursing home or skilled nursing facility.

Call 1199SEIU CareReview at (800) 227-9360 before going to the hospital or within 48 hours of an Emergency admission.

Please refer to “What Is Not Covered” in Section II.C of the SPD.

HOSPICE CARE

\$0

\$0

- Up to 210 days of Medicare-certified hospice care per lifetime in a hospice center, hospital, skilled nursing facility or at home

Call 1199SEIU CareReview at (800) 227-9360 for prior approval of inpatient hospice care.

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.C of the SPD.

EMERGENCY DEPARTMENT VISITS

\$0

**\$3 co-pay
if not admitted
to the hospital**

- This benefit is for the hospital's charge for the use of its facility only. Coverage for services rendered by doctors, labs, radiologists or other services that are billed separately by these providers may be covered, as described in Section II.H of the SPD.
- Use of the Emergency Department must be for an Emergency within 72 hours of an accident/injury or sudden and serious illness
- Observation care and services (see Section II.C of the SPD)
- Benefit Fund pays negotiated or reasonable rate

PROGRAM FOR BEHAVIORAL HEALTH

Mental Health:

\$0

**\$25 co-pay/
admission (inpatient
services only)**

- Outpatient treatment
- Intensive Outpatient Programs (IOP)
- Inpatient care
- Partial Hospitalization Programs (PHP)
- Teladoc (telehealth & videoconferencing service)

\$0

\$0

Alcohol/Substance Abuse:

\$0

**\$25 co-pay/
admission (inpatient
services only)**

- Inpatient detoxification and rehabilitation
- Intensive Outpatient Programs (IOP)
- Outpatient treatment

Call 1199SEIU CareReview at (800) 227-9360 to pre-certify inpatient treatment.

To pre-certify PHP and IOP services, call the Benefit Fund at (646) 473-6868.

Teladoc's mental health services can be used only by members age 18 and older, who receive health coverage through the Fund. Call Teladoc at (800) 835-2362 or visit www.Teladoc.com.

BENEFIT COVERAGE**PLAN A****PLAN B****SURGERY****\$0****\$25 co-pay/
admission (inpatient
services only)**

- Inpatient or outpatient (ambulatory) surgery
- Benefits based on the Fund's allowance for the surgical procedure
- Participating Surgeons bill the Benefit Fund directly and accept the Fund's payment as payment in full

Call 1199SEIU CareReview at (800) 227-9360 before having non-Emergency surgery.

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.F of the SPD.

ANESTHESIA**\$0****\$0**

- Benefits based on the Fund's Schedule of Allowances

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.F of the SPD.

MEDICAL SERVICES

- Treatment in a doctor's office
- Certain screenings and immunizations
- X-rays and laboratory tests
- Dermatology: up to 20 treatments per year
- Chiropractic: up to 12 treatments per year
- Podiatry: up to 15 treatments per year for routine care
- Allergy: up to 20 treatments per year, including diagnostic testing
- Physical/Occupational/Speech therapy: up to 25 visits per discipline per year
- Durable medical equipment and appliances
- Ambulance services
- Hospice care
- Teladoc (telehealth & videoconferencing service)
- Maternity care (prenatal & postnatal visits, delivery charges)

\$0**\$5 co-pay/office visit****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$0****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$5 co-pay/office visit****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$25 co-pay/
admission (inpatient
services only)**

EFFECTIVE JANUARY 1, 2016, YOUR DEPENDENT CHILDREN ARE ELIGIBLE FOR THE SAME BENEFITS THAT YOU RECEIVE, OTHER THAN LIFE INSURANCE AND ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT.

MEDICAL SERVICES (CONTINUED)

- Participating Providers bill the Benefit Fund directly and accept the Fund’s payment as payment in full

Teladoc can be used only by members who receive health coverage through the Fund. Call Teladoc at (800) 835-2362 or visit www.Teladoc.com. Members who do not receive health coverage through the Fund can call the 24-Hour Health Helpline at (855) 834-6139.

Call the Wellness Department at (646) 473-8962 to register for the Prenatal Program.

Members enrolled in Plan A will have no co-payments as long as they use their Health Center for all of their primary care needs.

Please refer to “What Is Not Covered” in Section II.H of the SPD.

MEDICAL SERVICES REQUIRING PRIOR AUTHORIZATION

• Home health care	\$0	\$0
• Non-Emergency ambulance services	Not covered	Not covered
• Durable medical equipment and appliances	\$0	\$0
• Medical supplies	\$0	\$0
• Specific medications, including specialty drugs	\$0	Generic and preferred brand co-pays apply
• Certain home infusion drugs administered on an outpatient basis	\$0	Generic and preferred brand co-pays apply
• Ambulatory surgery or inpatient admissions	\$0	\$25 co-pay/ admission (inpatient services only)
• MRI, MRA, PET and CAT scans and certain nuclear cardiology tests	\$0	\$0
• Molecular and genomic testing	\$0	\$0
• Partial Hospitalization Programs (PHP) for mental health	\$0	\$25 co-pay/ admission (inpatient services only)

MEDICAL SERVICES REQUIRING PRIOR AUTHORIZATION (CONTINUED)

- Intensive Outpatient Programs (IOP) for mental health and alcohol/substance abuse

\$0

**\$25 co-pay/
admission (inpatient services only)**

Call the Prior Authorization Department at (646) 473-9200 for prior approval of services except Emergency ambulance and the services listed below.

Call CareContinuum at (877) 273-2122 for prior approval of certain home infusion drugs administered on an outpatient basis.

Call 1199SEIU CareReview at (800) 227-9360 for prior approval of ambulatory surgery or inpatient admissions.

Call eviCore healthcare at (888) 910-1199 for prior approval of radiological tests and molecular and genomic testing.

To pre-certify PHP and IOP services, call the Benefit Fund at (646) 473-6868.

BASIC DENTAL CARE

- Basic and preventive services through Participating Provider network
- Initial/Periodic oral exams once every six months
- Bitewing X-rays once every six months
- Prophylaxis (cleaning), scaling and fluoride once every six months
- Dental Emergencies
- Minor restorative services
- Denture adjustments, repairs and relines

\$0

\$0

If you do not use a Participating DentCare Provider, you will be responsible for all charges. Call DentCare at (800) 468-0600 to find a provider near you.

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.K of the SPD.

MAJOR DENTAL CARE

- Major restorative work through Participating Providers
- Oral surgery
- Crowns, bridges, dentures and periodontal care once every 60-month period

Co-pays may apply

Co-pays may apply

Call DentCare at (800) 468-0600 for additional information.

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.K of the SPD.

BENEFIT COVERAGE**PLAN A****PLAN B****PRESCRIPTION DRUGS**

- FDA-approved prescription medications
- Use Participating Pharmacies
- Mandatory Maintenance Drug Access Program for chronic conditions – *The 1199SEIU 90-Day Rx Solution*
- Prior authorization needed for certain medications

\$0

No co-pays when you use generic and preferred brand drugs where available

Generic:

\$3 co-pay/retail
\$6 co-pay/mail order

Preferred brand:

\$6 co-pay/retail
\$12 co-pay/mail order

Call Express Scripts at (800) 818-6720 for additional information.

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.L of the SPD.

VISION CARE

- One eye exam every two years
- One pair of glasses or one order of contact lenses every two years

\$0**\$0**

Please refer to "What Is Not Covered" in Section II.J of the SPD.

HEARING AIDS

- Once every three years

Co-pays may apply**Co-pays may apply**

Call the Benefit Fund at (646) 473-9200 for referrals to a Participating Provider. Outside NYC, call (800) 575-7771.

LIFE INSURANCE

- A benefit of \$10,000

Member Only**Member Only****ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT**

- For accidental death or injury
- Equal to, or one half of, your life insurance (based upon your loss)

Member Only**Member Only**

Please refer to "What Is Not Covered" in Section IV of the SPD.

SOCIAL SERVICES

- Wellness Member Assistance Program
- Citizenship Program
- Earned Income Tax Credit Assistance Program
- Home Mortgage and Financial Wellness Program
- Weekly Legal Clinic

These programs are available to all members regardless of whether the 100-hour rule is met and regardless of whether the required weekly premium is paid.

EFFECTIVE JANUARY 1, 2016, YOUR DEPENDENT CHILDREN ARE ELIGIBLE FOR THE SAME BENEFITS THAT YOU RECEIVE, OTHER THAN LIFE INSURANCE AND ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT.

IMPORTANT PHONE NUMBERS

General Member Services

(646) 473-9200

Outside New York City: (800) 575-7771

1199SEIU CareReview

(800) 227-9360

Prescriptions (Express Scripts)

(800) 818-6720

Dental Program (DentCare)

(800) 468-0600

Radiology (eviCore healthcare)

(888) 910-1199

Member Assistance Program

(646) 473-6900

Teladoc (telehealth & videoconferencing service)

(800) 835-2362

TO BE ELIGIBLE FOR COVERAGE, YOU MUST:

- Work in a covered job title with a Contributing Employer;
- Have worked 100 hours or more per month for two consecutive calendar months; and
- Have completed and submitted a Home Care Enrollment and Plan Election Form, authorizing your Employer to deduct the cost of the weekly premium from your paycheck. This amount will differ if coverage is for you alone, or for you and your dependent children, effective January 1, 2016.

LEGEND

Member	You, the member
Children	Your children, if eligible
Schedule of Allowances	Fee schedules used to determine the amount allowed or paid by the Plan for a service. Schedules are subject to change.
SPD	Summary Plan Description

DISCLAIMER

*This document is **NOT** the official Summary Plan Description (SPD) of the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. Please consult the SPD for a full description of your Fund benefits, including limitations and exclusions. In case of any conflict between this document and the SPD, the terms of the SPD shall govern. Members can request an SPD by calling the Member Services Department at (646) 473-9200. Outside New York City, call (800) 575-7771.*

The 1199SEIU Benefit Funds comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

The 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees considers itself a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act. Please consult the SPD for more details.

A partir del 1 de enero de 2016, sus hijos dependientes son elegibles para los mismos beneficios que usted recibe, además del seguro de vida, muerte y mutilación accidentales.

Como miembro elegible de Cuidados en el Hogar de 1199SEIU, puede elegir recibir beneficios a través de **UNO** de estos dos planes:

Member Choice Home Care Select Plan (Plan A): Es un plan de cuidados coordinados en el que usted elige un Centro de Salud para todas sus necesidades médicas y de atención primaria. Si inscribe a sus hijos, ellos usarán el mismo Centro de Salud que usted. No tendrá ningún copago por atención primaria, atención especializada, visitas al hospital o medicamentos recetados. **Sin embargo, si recibe servicios de atención primaria de un proveedor que no sea el de su Centro de Salud seleccionado, deberá pagar un copago por consulta.**

O

Panel Provider Plan (Plan B): Es un plan que proporciona acceso a más de 40,000 Proveedores Participantes y 70 hospitales en el área metropolitana de Nueva York. Los Proveedores Participantes han acordado aceptar el programa de pago por servicios del Fondo de Beneficios y no pueden cobrarle cargos adicionales. Solo tiene la responsabilidad de efectuar un copago. **Si usted recibe servicios de un proveedor que no está en la red del Fondo, será responsable por los costos adicionales que le pueda cobrar el proveedor además de su copago.**

COBERTURA DE LOS BENEFICIOS

PLAN A

PLAN B

ATENCIÓN HOSPITALARIA

\$0

Copago de \$25 por admisión (servicios únicamente para pacientes hospitalizados)

- Este beneficio es para el costo hospitalario por el uso del centro únicamente. Los servicios brindados por médicos, laboratorios, radiólogos u otros servicios que estos proveedores facturan por separado pueden estar cubiertos, según se describe en la Sección II.H de la SPD.
- Hasta 365 días por año
- Habitación semiprivada y comidas
- Cuidados agudos para servicios Medicamente Necesarios
- Admisiones para hospitalización
- Centros ambulatorios o para pacientes externos
- Atención y servicios de observación (consulte la Sección II.C de la SPD)
- Hasta 30 días por año para rehabilitación física para pacientes hospitalizados en un centro de cuidados agudos

No se proporcionan beneficios para la atención en un asilo de ancianos ni en un centro de atención de enfermería especializada.

Llame a 1199SEIU CareReview al (800) 227-9360 antes de ir al hospital o dentro de las 48 horas de una admisión de Emergencia.

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección II.C de la SPD.

CON ENTRADA EN VIGENCIA EL 1 DE ENERO DE 2016, SUS HIJOS DEPENDIENTES SON ELEGIBLES PARA LOS MISMOS BENEFICIOS QUE RECIBE USTED, A EXCEPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA Y EL DE MUERTE Y MUTILACIÓN ACCIDENTALES.

ATENCIÓN EN HOSPICIOS

\$0

\$0

- Hasta 210 días de atención en hospicios con certificación de Medicare de por vida en un hospicio, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar

Llame a 1199SEIU CareReview al (800) 227-9360 para obtener la aprobación previa para la atención en un hospicio como paciente hospitalizado.

Consulte el punto “Lo Que No Está Cubierto” en la Sección II.C de la SPD.

CONSULTAS A LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIAS

\$0

**Copago de \$3
si no es ingresado
en el hospital**

- Este beneficio es para el costo hospitalario por el uso del centro únicamente. Los servicios brindados por médicos, laboratorios, radiólogos u otros servicios que estos proveedores facturan por separado pueden estar cubiertos, según se describe en la Sección II.H de la SPD.
- El uso del Departamento de Urgencias debe ser para una Emergencia dentro de un periodo de 72 horas posterior a un accidente/una lesión o una enfermedad grave y repentina
- Atención y servicios de observación (consulte la Sección II.C de la SPD)
- El Fondo de Beneficios paga la tarifa negociada o razonable

PROGRAMA PARA SALUD CONDUCTUAL**Salud Mental:**

\$0

**Copago de \$25
por admisión
(servicios únicamente
para pacientes
hospitalizados)**

- Tratamiento ambulatorio
- Programas Intensivos para Pacientes Externos (IOP, por sus siglas en inglés)
- Atención para pacientes hospitalizados
- Programas de Hospitalización Parcial (PHP, por sus siglas en inglés)
- Teladoc (servicio de telesalud y videoconferencia)

\$0

\$0

**PROGRAMA PARA SALUD CONDUCTUAL
(CONTINUACIÓN)****Abuso de Alcohol/Sustancias:**

- Desintoxicación y rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Programas Intensivos para Pacientes Externos (IOP, por sus siglas en inglés)
- Tratamiento ambulatorio

\$0**Copago de \$25
por admisión
(servicios únicamente
para pacientes
hospitalizados)**

Llame a 1199SEIU CareReview al (800) 227-9360 para precertificar el tratamiento como paciente hospitalizado.

Para la certificación previa de los servicios de PHP e IOP, llame al Fondo de Beneficios al (646) 473-6868.

Los servicios de salud mental de Teladoc están disponibles únicamente para miembros de 18 años de edad y mayores que cuentan con cobertura de salud a través del Fondo. Llame a Teladoc al (800) 835-2362 o visite www.Teladoc.com.

CIRUGÍA

- Cirugía con hospitalización o ambulatoria
- Beneficios basados en las asignaciones del Fondo para procedimientos quirúrgicos
- Los Cirujanos Participantes facturarán directamente al Fondo de Beneficios y aceptarán el pago por parte de este como el pago completo

\$0**Copago de \$25
por admisión
(servicios únicamente
para pacientes
hospitalizados)**

Llame a 1199SEIU CareReview al (800) 227-9360 antes de someterse a una cirugía que no sea de Emergencia.

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección II.F de la SPD.

ANESTESIA

- Beneficios basados en el Programa de Asignaciones del Fondo

\$0**\$0**

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección II.F de la SPD.

SERVICIOS MÉDICOS

- Tratamiento en el consultorio de un médico
- Ciertos exámenes y vacunas
- Radiografías y exámenes de laboratorio
- Dermatología: hasta 20 tratamientos por año

\$0**\$0****\$0****\$0**

**Copago de \$5
por consulta
Copago de \$5
por consulta
\$0
Copago de \$5
por consulta**

SERVICIOS MÉDICOS (CONTINUACIÓN)

• Quiropráctica: hasta 12 tratamientos por año	\$0	Copago de \$5 por consulta
• Podiatría: hasta 15 tratamientos por año para atención de rutina	\$0	Copago de \$5 por consulta
• Alergia: hasta 20 tratamientos por año, incluidos los exámenes de diagnóstico	\$0	Copago de \$5 por consulta
• Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia del Habla: hasta 25 consultas por disciplina por año	\$0	Copago de \$5 por consulta
• Equipo médico duradero y aparatos	\$0	\$0
• Servicios de ambulancia	\$0	\$0
• Atención en hospicios	\$0	\$0
• Teladoc (servicio de telesalud y videoconferencia)	\$0	\$0
• Atención por maternidad (consultas prenatales y posnatales, y costos del parto)	\$0	Copago de \$25 por admisión (servicios únicamente para pacientes hospitalizados)
• Los Proveedores Participantes facturarán directamente al Fondo de Beneficios y aceptarán el pago por parte de este como el pago completo		

Teladoc está disponible únicamente para miembros que cuentan con cobertura de salud a través del Fondo. Llame a Teladoc al (800) 835-2362 o visite www.Teladoc.com. Los miembros que no cuentan con cobertura de salud a través del Fondo pueden llamar a La Línea de Ayuda de la Salud Disponible las 24 Horas al (855) 834-6139.

Para inscribirse en el Programa Prenatal, llame al Departamento de Bienestar al (646) 473-8962.

Los miembros inscritos en el Plan A no tendrán que pagar copagos siempre y cuando utilicen su Centro de Salud para todas sus necesidades de atención primaria.

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección II.H de la SPD.

SERVICIOS MÉDICOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

• Atención médica en el hogar	\$0	\$0
• Servicios de ambulancia que no son de Emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura
• Equipo médico duradero y aparatos	\$0	\$0
• Suministros médicos	\$0	\$0

**SERVICIOS MÉDICOS QUE
REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA
(CONTINUACIÓN)**

• Medicamentos específicos, incluidos los medicamentos especializados	\$0	Se aplican copagos para medicamentos genéricos y de marca preferidos
• Ciertos medicamentos de infusión en el hogar administrados como paciente externo	\$0	Se aplican copagos para medicamentos genéricos y de marca preferidos
• Admisiones para hospitalización o cirugía ambulatoria	\$0	Copago de \$25 por admisión (servicios únicamente para pacientes hospitalizados)
• Exámenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) y ciertas pruebas de cardiología nuclear	\$0	\$0
• Pruebas genéticas y moleculares	\$0	\$0
• Programas de Hospitalización Parcial (PHP, por sus siglas en inglés) para salud mental	\$0	Copago de \$25 por admisión (servicios únicamente para pacientes hospitalizados)
• Programas Intensivos para Pacientes Externos (IOP, por sus siglas en inglés) para salud mental y abuso de alcohol y de sustancias	\$0	Copago de \$25 por admisión (servicios únicamente para pacientes hospitalizados)

SERVICIOS MÉDICOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA (CONTINUACIÓN)

Llame al Departamento de Autorización Previa al (646) 473-9200 para obtener la aprobación previa de servicios, a excepción de los servicios de ambulancia de Emergencia y de los indicados a continuación.

Llame a CareContinuum al (877) 273-2122 para obtener la aprobación previa de ciertos medicamentos de infusión en el hogar administrados como paciente externo.

Llame a 1199SEIU CareReview al (800) 227-9360 para obtener la aprobación previa de las admisiones para hospitalización o cirugía ambulatoria.

Llame a eviCore healthcare al (888) 910-1199 para obtener la aprobación previa de exámenes radiológicos y las pruebas genéticas y moleculares.

Para la certificación previa de los servicios de PHP e IOP, llame al Fondo de Beneficios al (646) 473-6868.

ATENCIÓN DENTAL BÁSICA

- Servicios básicos y preventivos a través de la red de Proveedores Participantes
- Exámenes dentales iniciales y periódicos una vez cada seis meses
- Radiografías de mordida una vez cada seis meses
- Profilaxis (limpieza), remoción del sarro y aplicación de flúor una vez cada seis meses
- Emergencias dentales
- Servicios de restauración menor
- Ajustes de dentaduras, reparaciones y realineaciones

\$0

\$0

Si no usa un Proveedor Participante de DentCare, usted será responsable por todos los costos. Llame a DentCare al (800) 468-0600 para encontrar a un proveedor cercano a usted.

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección II.K de la SPD.

ATENCIÓN DENTAL DE MAYOR MAGNITUD

- Trabajo de restauración de mayor magnitud a través de Proveedores Participantes
- Cirugía oral
- Coronas, puentes, prótesis dentales y atención periodontal una vez cada 60 meses

Se pueden aplicar copagos

Llame a DentCare al (800) 468-0600 para obtener información adicional.

Consulte el punto “Lo Que No Está Cubierto” en la Sección II.K de la SPD.

Se pueden aplicar copagos

MEDICAMENTOS RECETADOS

- Medicamentos de venta con receta médica aprobados por la FDA (Food and Drug Administration)
- Use Farmacias Participantes
- Programa de Acceso a Medicamentos de Mantenimiento Obligatorios para afecciones crónicas: *La Solución de Medicamentos con Receta para 90 Días de 1199SEIU*
- Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos

\$0

Sin copago cuando use medicamentos genéricos y de marca preferidos, si estuvieran disponibles

Genéricos:

Copago de \$3 para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista

Copago de \$6 para medicamentos obtenidos en una farmacia de pedido por correo

De marca preferidos:

Copago de \$6 para medicamentos obtenidos en una farmacia minorista

Copago de \$12 para medicamentos obtenidos en una farmacia de pedido por correo

Llame a Express Scripts al (800) 818-6720 para obtener información adicional.

Consulte el punto “Lo Que No Está Cubierto” en la Sección II.L de la SPD.

ATENCIÓN DE LA VISTA

- Un examen de la vista cada dos años
- Un par de anteojos o un pedido de lentes de contacto cada dos años

\$0

Consulte el punto “Lo Que No Está Cubierto” en la Sección II.J de la SPD.

\$0

AUDÍFONOS

- Una vez cada tres años

**Se pueden
aplicar copagos**

**Se pueden
aplicar copagos**

Llame al Fondo de Beneficios al (646) 473-9200 para recibir una remisión y así consultar a un Proveedor Participante. Para fuera de NYC, llame al (800) 575-7771.

SEGURO DE VIDA

- Un beneficio de \$10,000

Solo el miembro

Solo el miembro

MUERTE Y MUTILACIÓN ACCIDENTALES

- Por lesión o muerte accidentales
- Igual o la mitad de su seguro de vida (según su pérdida)

Solo el miembro

Solo el miembro

Consulte el punto "Lo Que No Está Cubierto" en la Sección IV de la SPD.

SERVICIOS SOCIALES

- Programa de Asistencia de Bienestar a los Miembros
- Programa de Ciudadanía
- Programa de Asistencia del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo
- Programa de Asistencia Hipotecaria para Viviendas y Bienestar Financiero
- Clínica de Asistencia Jurídica Semanal

Estos programas están disponibles para todos los miembros independientemente de que hayan cumplido con la regla de las 100 horas o de que hayan pagado la prima semanal requerida.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Servicios Generales para Miembros

(646) 473-9200

Para fuera de la ciudad de Nueva York: (800) 575-7771

1199SEIU CareReview

(800) 227-9360

Medicamentos Recetados

(Express Scripts)

(800) 818-6720

Programa Dental (DentCare)

(800) 468-0600

Radiología (eviCore healthcare)

(888) 910-1199

Programa de Asistencia a los Miembros

(646) 473-6900

Teladoc (servicio de telesalud y videoconferencia)

(800) 835-2362

PARA SER ELEGIBLE PARA LA COBERTURA, USTED DEBE CUMPLIR CON LO SIGUIENTE:

- Trabajar en un puesto cubierto con un Empleador Contribuyente;
- Ha trabajado 100 horas o más al mes durante dos meses calendario consecutivos; y
- Haber completado y presentado un Formulario de Inscripción a Cuidados en el Hogar y Elección de Plan, que autoriza a su Empleador a deducir la prima semanal de costo de su cheque de pago. Este monto será diferente si la cobertura es solo para usted, o para usted y sus hijos dependientes, a partir del 1 de enero de 2016.

LEYENDA

Miembro	Usted, el miembro
Hijos	Sus hijos, si son elegibles
Programa de Asignaciones	Esquemas de tarifas utilizados para determinar la cantidad permitida o pagada por el Plan por un servicio. Los esquemas están sujetos a cambio.
Summary Plan Description (SPD)	Descripción Abreviada del Plan

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

*Este documento **NO** constituye la versión oficial de la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description o SPD, por sus siglas en inglés) del Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de Cuidados en el Hogar. Para obtener una descripción completa de los beneficios del Fondo, consulte la SPD, incluidas las exclusiones y limitaciones. En caso de cualquier discrepancia que exista entre este documento y la SPD, regirán los términos de la SPD. Los miembros pueden solicitar una SPD llamando al Departamento de Servicios para los Miembros al (646) 473-9200. Para fuera de la ciudad de Nueva York, llame al (800) 575-7771.*

Los Fondos de Beneficios de 1199SEIU cumplen con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discriminan a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de Cuidados en el Hogar se considera a sí mismo como un “plan de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo. Consulte la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description o SPD, por sus siglas en inglés) para obtener más detalles.

С 1 января 2016 г. ваши дети, находящиеся на иждивении, имеют право на получение тех же льгот, что и вы (за исключением страхования жизни и страхования на случай смерти или потери конечности в результате несчастного случая).

Так как вы являетесь членом профсоюза 1199SEIU Home Care, имеющим право на медицинскую страховку, вы можете получать льготы медицинского страхования по **ОДНОМУ** из следующих двух планов:

План Member Choice Home Care Select Plan (план А): план координированного обслуживания, по условиям которого вы должны выбрать один медицинский центр для получения всех видов первичной медицинской помощи и других видов медицинских услуг. Если вы зарегистрируете в плане своих детей, они тоже будут посещать выбранный вами медицинский центр. По этому плану не требуются доплаты (co-payments) за услуги первичной и специализированной медицинской помощи, лечение в стационаре и лекарства, отпускаемые по рецепту. **Однако если вы получите медицинскую помощь не в своем медицинском центре, а в другом медицинском учреждении, вам нужно будет внести доплату.**

ИЛИ

План Panel Provider Plan (план В): этот план предоставляет доступ к более чем 40 000 медицинским специалистам и 70 больницам в районе Большого Нью-Йорка, которые входят в его сеть. Медицинские специалисты и учреждения, входящие в сеть плана, согласились принимать плату за свои услуги по ставкам, установленным фондом Benefit Fund, и не имеют права взимать с пациентов какие-либо дополнительные суммы. От участников данного плана требуется только доплата. **Если вы получите медицинскую помощь у специалиста или в учреждении, которые не входят в сеть плана, вы будете нести ответственность за любые дополнительные суммы, которые они могут потребовать от вас помимо доплаты.**

УСЛУГИ БОЛЬНИЦ

\$0

\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

- Включает только стоимость пребывания в больнице. Могут покрываться услуги врачей, лабораторий и рентгенологов, а также другие услуги, счета за которые выставляются отдельно. См. раздел II.H «Краткого описания условий плана» (Summary Plan Description, SPD).
- До 365 дней в год
- Двухместная палата и питание
- Услуги, необходимые по медицинским показаниям при острых состояниях
- Лечение в стационаре
- Услуги амбулаторных отделений стационаров
- Наблюдение и лечение (см. раздел II.C «Краткого описания условий плана»)
- До 30 дней физической реабилитации в стационаре, оказывающем помощь при острых состояниях

Услуги учреждений долгосрочного ухода и учреждений квалифицированного сестринского ухода не покрываются.

До поступления в больницу или в течение 48 часов после экстренной госпитализации необходимо позвонить в программу 1199SEIU CareReview по телефону (800) 227-9360.

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.C «Краткого описания условий плана» (SPD).

УСЛУГИ ХОСПИСА

\$0

\$0

- До 210 дней хосписного ухода (пожизненно) в сертифицированном программой Medicare хосписном центре, больнице, учреждении квалифицированного сестринского ухода или на дому

Для получения предварительного разрешения на услуги хосписа в стационаре позвоните в программу 1199SEIU CareReview по телефону (800) 227-9360.

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.C «Краткого описания условий плана» (SPD).

УСЛУГИ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

\$0

\$3 (доплата, если пациент не был госпитализирован)

- Включает только стоимость пребывания в отделении неотложной помощи. Могут покрываться услуги врачей, лабораторий и рентгенологов, а также другие услуги, счета за которые выставляются отдельно. См. раздел II.H «Краткого описания условий плана» (Summary Plan Description, SPD).
- Неотложной помощью считается помощь, оказанная в течение 72 часов после несчастного случая, травмы или внезапного серьезного заболевания

УСЛУГИ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

\$0

\$3 (доплата, если пациент не был госпитализирован)

- Наблюдение и лечение (см. раздел II.C «Краткого описания условий плана»)
- Фонд Benefit Fund оплачивает полученные услуги по заранее согласованным или разумным ставкам

ПРОГРАММА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Услуги психологов и психиатров:

\$0

\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

- Амбулаторное лечение
- Программы интенсивного амбулаторного лечения (Intensive Outpatient Programs, IOP)
- Стационарное лечение
- Программы частичной госпитализации (Partial Hospitalization Programs, PHP)

- Teladoc (услуги телемедицины и видеоконференцсвязи)

\$0

\$0

Лечение алкоголизма и наркомании:

\$0

\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

- Детоксикация и реабилитация в стационаре
- Программы интенсивного амбулаторного лечения (Intensive Outpatient Programs, IOP)
- Амбулаторное лечение

Для получения предварительного разрешения на лечение в стационаре позвоните в программу 1199SEIU CareReview по телефону (800) 227-9360.

Для получения предварительного разрешения на услуги по программам PHP и IOP позвоните в фонд Benefit Fund по телефону (646) 473-6868.

Услуги по охране психического здоровья через Teladoc могут получать только члены профсоюза в возрасте от 18 лет, у которых есть медицинская страховка от Фонда. Позвоните в Teladoc по номеру (800) 835-2362 или посетите сайт www.Teladoc.com.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

\$0

\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

- Хирургические процедуры в стационаре или амбулаторном хирургическом центре
- Услуги оплачиваются по ставкам, установленным фондом Benefit Fund для хирургических процедур
- Хирурги, входящие в сеть плана, выставляют счета непосредственно фонду и принимают ставки фонда как полную плату за свои услуги

Перед прохождением плановой хирургической процедуры позвоните в программу 1199SEIU CareReview по телефону (800) 227-9360.

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.F «Краткого описания условий плана» (SPD).

АНЕСТЕЗИЯ

\$0

\$0

- Услуги анестезиологов оплачиваются по ставкам, установленным фондом

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.F «Краткого описания условий плана» (SPD).

МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

- Услуги, полученные в офисе врача **\$0**
- Некоторые обследования и прививки **\$0**
- Рентген и лабораторные анализы **\$0**
- Дерматология: до 20 обращений в год **\$0**
- Мануальная терапия: до 12 сеансов в год **\$0**
- Плановое лечение заболеваний стоп: до 15 обращений в год **\$0**
- Лечение аллергии: до 20 обращений в год, включая диагностические тесты **\$0**
- Физио-, эрго- и речевая терапии: до 25 сеансов в год для каждого вида терапии **\$0**
- Медицинское оборудование и устройства длительного пользования **\$0**
- Услуги медицинского транспорта **\$0**
- Услуги хосписа **\$0**
- Teladoc (услуги телемедицины и видеоконференцсвязи) **\$0**

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$0

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$5 (доплата за визит)

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

**МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

- Уход во время беременности, родов и в послеродовой период (визиты к врачам до и после родов, покрытие расходов на роды)
- Поставщики медицинских услуг, входящие в сеть плана, выставляют счета непосредственно фонду и принимают ставки фонда как полную плату за свои услуги

\$0

\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

Услугами Teladoc могут пользоваться только те члены профсоюза, у которых есть медицинская страховка от Фонда. Позвоните в Teladoc по номеру (800) 835-2362 или посетите сайт www.Teladoc.com. Члены профсоюза, у которых нет медицинской страховки от Фонда, могут обращаться на круглосуточную справочную службу Health Helpline по телефону (855) 834-6139.

Позвоните в отдел Wellness Department по телефону (646) 473-8962, чтобы записаться в программу по подготовке к родам Prenatal Program.

Участники плана А не вносят доплату при обращении за первичной медицинской помощью в свой медицинский центр.

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.H «Краткого описания условий плана» (SPD).

**МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ТРЕБУЮЩИЕ
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ**

- Уход на дому
- Услуги медицинского транспорта для получения планового медицинского обслуживания
- Медицинское оборудование и устройства длительного пользования
- Медицинские принадлежности
- Некоторые лекарственные препараты, в том числе для лечения редких заболеваний
- Некоторые препараты для инфузионной терапии на дому

\$0

Не покрываются

\$0

Не покрываются

\$0

\$0

\$0

\$0

Доплата за непатентованные и предпочтительные патентованные препараты

Доплата за непатентованные и предпочтительные патентованные препараты

**МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ТРЕБУЮЩИЕ
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

• Амбулаторные хирургические процедуры и госпитализация в стационар	\$0	\$25 (доплата за курс стационарного лечения)
• МРТ, МРА, ПЭТ и КТ, а также некоторые тесты, используемые в ядерной кардиологии	\$0	\$0
• Молекулярное и генетическое тестирование	\$0	\$0
• Программы частичной госпитализации (Partial Hospitalization Programs, PHP) для лечения проблем с психическим здоровьем	\$0	\$25 (доплата за курс стационарного лечения)
• Программы интенсивного амбулаторного лечения (Intensive Outpatient Programs, IOP) для страдающих психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманией	\$0	\$25 (доплата за курс стационарного лечения)

Чтобы получить предварительное разрешение на получение какой-либо услуги (кроме неотложной помощи и услуг, перечисленных ниже), позвоните в отдел выдачи предварительных разрешений (Prior Authorization Department) по телефону (646) 473-9200.

Для получения предварительного разрешения на приобретение некоторых препаратов для инфузионной терапии на дому позвоните в компанию CareContinuum по телефону (877) 273-2122.

Для получения предварительного разрешения на прохождение амбулаторной хирургической процедуры или госпитализацию в стационар позвоните в программу 1199SEIU CareReview по телефону (800) 227-9360.

Для получения предварительного разрешения на прохождение радиологических исследований или молекулярного и генетического тестирования позвоните в компанию eviCore healthcare по телефону (888) 910-1199.

Для получения предварительного разрешения на услуги по программам PHP и IOP позвоните в фонд Benefit Fund по телефону (646) 473-6868.

ПРОСТЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

- Простые и профилактические стоматологические процедуры (в сети плана)
- Начальный и периодические (каждые шесть месяцев) осмотры ротовой полости
- Прикусная рентгенограмма зубов каждые шесть месяцев
- Чистка, удаление зубных камней и нанесение фтора каждые шесть месяцев
- Неотложная стоматологическая помощь
- Несложные процедуры по восстановлению зубов
- Подгонка, ремонт и перебазировка протезов

\$0

\$0

Если вы обратитесь за услугами к стоматологу, который не входит в сеть плана, вы будете нести ответственность за оплату полной стоимости полученных услуг. Позвоните в компанию DentCare по телефону (800) 468-0600, чтобы найти стоматолога в вашем районе. См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.К «Краткого описания условий плана» (SPD).

КОМПЛЕКСНЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

- Комплексные процедуры по восстановлению зубов (в сети плана)
- Челюстно-лицевая хирургия
- Коронки, мосты, протезы и пародонтологические процедуры один раз каждые 60 месяцев

Может требоваться доплата

Может требоваться доплата

За дополнительной информацией обращайтесь в компанию DentCare по телефону (800) 468-0600. См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.К «Краткого описания условий плана» (SPD).

ПРЕПАРАТЫ, ОТПУСКАЕМЫЕ ПО РЕЦЕПТУ

- Рецептурные препараты, одобренные Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами (Food and Drug Administration, FDA)
- Пользуйтесь аптеками, входящими в сеть вашего плана
- Обязательная программа *The 1199SEIU 90-Day Rx Solution* – для лиц, принимающих лекарства для лечения хронических заболеваний
- Для некоторых лекарств требуется предварительное разрешение

\$0

Непатентованные препараты:

При получении непатентованных (generic) и предпочтительных патентованных (preferred brand) препаратов (если имеются) вам не придется вносить доплату

\$3 (доплата в розничной аптеке)

\$6 (доплата при заказе по почте)

Предпочтительные патентованные препараты:

\$6 (доплата в розничной аптеке)

\$12 (доплата при заказе по почте)

За дополнительной информацией обращайтесь в компанию Express Scripts по телефону (800) 818-6720. См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.L «Краткого описания условий плана» (SPD).

УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ЗРЕНИЕМ

\$0

\$0

- Проверка зрения один раз каждые два года
- Одна пара очков или один заказ контактных линз каждые два года

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе II.J «Краткого описания условий плана» (SPD).

СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ

- Каждые три года

Может требоваться доплата

Может требоваться доплата

Чтобы получить направление к поставщику медицинских услуг, входящему в сеть плана, позвоните в фонд Benefit Фонд по телефону (646) 473-9200. Если вы находитесь за пределами Большого Нью-Йорка, звоните по номеру (800) 575-7771.

СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

- На сумму до \$10 000

Только участник

Только участник

СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ИЛИ ПОТЕРИ КОНЕЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

- Смерть или травма в результате несчастного случая
- На всю или половину суммы, на которую застрахована ваша жизнь (в зависимости от ущерба)

Только участник

Только участник

См. подраздел «Что не покрывается» (What Is Not Covered) в разделе IV «Краткого описания условий плана» (SPD).

СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

- Программа Wellness Member Assistance Program
- Программа по подготовке к экзамену на гражданство Citizenship Program
- Программа по оказанию помощи в получении налогового зачета за заработанный доход Earned Income Tax Credit Assistance Program
- Программа финансового просвещения Home Mortgage and Financial Wellness Program
- Еженедельные юридические консультации

Эти программы оказывают услуги всем членам профсоюза, независимо от того, отработали ли они 100 и уплачивают ли они еженедельный страховой взнос.

ВАЖНЫЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ

Основной телефон Службы поддержки (Member Services)

(646) 473-9200

Если вы находитесь за пределами Большого Нью-Йорка: (800) 575-7771

Программа 1199SEIU CareReview

(800) 227-9360

Лекарства, отпускаемые по рецепту (Express Scripts)

(800) 818-6720

Программа стоматологического обслуживания (DentCare)

(800) 468-0600

Рентгенологические обследования (eviCore healthcare)

(888) 910-1199

Программа Member Assistance Program

(646) 473-6900

Teladoc (услуги телемедицины и видеоконференцсвязи)

(800) 835-2362

ЧТОБЫ ИМЕТЬ ПРАВО НА ЛЬГОТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ВЫ ДОЛЖНЫ:

- Работать на должности, которая дает право на страховку, в агентстве, выплачивающем взносы фонду;
- Отработать 100 или более часов в месяц в течение двух месяцев подряд; а также
- Заполнить и подписать форму регистрации и выбора плана (Home Care Enrollment and Plan Election Form), разрешающую вашему работодателю удерживать еженедельный страховой взнос из вашей заработной платы; с 1 января 2016 г. размер страхового взноса зависит от количества застрахованных (только вы или вы плюс ваши дети).

ПОЯСНЕНИЯ ТЕРМИНОВ

Участник	Вы, член профсоюза
Дети	Ваши дети, если отвечают критериям
Ставки, установленные фондом	Тарифная сетка, определяющая, какие суммы план разрешает взимать или уплачивает за те или иные услуги. В тарифную сетку могут вноситься изменения.
Summary Plan Description (SPD)	Краткое описание условий плана

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

*Настоящий документ **НЕ** является официальным Кратким описанием условий плана (Summary Plan Description, SPD) от фонда 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. Полное описание льгот, предоставляемых фондом, а также налагаемых ограничений и действующих исключений, см. в Кратком описании условий плана. В случае каких-либо расхождений или несоответствий между настоящим документом и Кратким описанием условий плана, преимущественную силу имеют условия, приводимые в Кратком описании условий плана. Участники могут запросить копию Краткого описания условий плана, позвонив в Службу поддержки по телефону (646) 473-9200. Если вы находитесь за пределами Большого Нью-Йорка, звоните по номеру (800) 575-7771.*

Фонды 1199SEIU Benefit Funds соблюдают применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускают дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

Фонд 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees считает себя имеющим статус «grandfathered health plan» по закону Patient Protection and Affordable Care Act. Более подробно об этом см. в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD).

自2016年1月1日起，你的受撫養子女有資格與你所得到的福利相同，除了人壽保險以及意外死亡和斷肢。

身為一位符合資格的1199SEIU家庭護理人員，你可以選擇獲得兩個計劃中之其中一個福利：

會員選擇家庭護理計劃(A計劃)：是一個協調的護理計畫，是你選擇一家健康中心作為你所有基本看護服務和醫療需求的地方。如果你登記註冊你的孩子，他們將使用與你相同的健康中心。你將沒有基本看護，專科護理，醫院就診或處方藥物的自付額。然而，如果你是从你所選擇健康中心以外的提供者那裡得到基本看護服務，你將需要負責門診的自付額。

或

健康保險供應計劃(B計劃)：是一個在紐約大都會區提供超過了40,000參與提供者以及70家醫院的計劃。參與提供者同意接受福利基金會的付款時間表之服務，並且不能向你收取額外費用。你只需負責自付額。如果你從提供者所得到的服務不在基金會的醫療網中，你將需負責除了你的自付額之外，提供者可能向你收取的任何額外費用。

福利保險	A計畫	B計畫
醫院看護	\$0	\$25自付額/住院費 (僅住院服務)
<ul style="list-style-type: none"> 該福利是對於醫院只使用其設施的費用。由醫生，實驗室，放射科醫生或其他服務所提供的保險福利是藉由這些提供者單獨計費，如同SPD的第II.H節所述。 每年最多365天 半私人病房和膳食 緊急護理為醫療必要之服務 住院病人 門診病人或門診設施 觀察護理和服務 (請參見SPD的第II.C部分) 給在緊急護理中心裡住院病人之身體康復期為每年最多30天 	<p>在療養院或專業護理機構裡是不提供看護福利的。</p> <p>在去醫院之前或在緊急住院48小時內，請致電1199SEIU CareReview (800) 227-9360。</p> <p>請參閱SPD的第II.C部分“什麼未包括”之內容。</p>	
安寧看護	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> 在安寧看護中心，醫院，專業護理機構或家中每個人終身最多有210天可享有合法醫療保險之安寧看護 	<p>請致電1199SEIU CareReview (800) 227-9360以事先批准住院病人之安寧看護。</p> <p>請參閱SPD的第II.C部分“什麼未包括”之內容。</p>	

自2016年1月1日起生效，你的受撫養子女有資格與你所得到的福利相同，除了人壽保險以及意外死亡和斷肢。

急診部就醫**\$0****\$3自付額
如果沒有住院**

- 該福利是對於醫院只使用其設施的費用。由醫生、實驗室、放射科醫生或其他服務所提供的保險福利是藉由這些提供者單獨計費，如同SPD的第II.H節所述。
- 急診室的使用必須是在72小時內因事故/受傷或突然和嚴重疾病情況
- 觀察護理和服務 (請參見SPD的第II.C部分)
- 福利基金會支付協商價或合理價

行為健康之計劃**精神健康:****\$0****\$25自付額/住院費
(僅住院服務)**

- 門診治療
- 密集門診方案 (Intensive Outpatient Programs, IOP)
- 住院護理
- 部分住院治療計劃 (Partial Hospitalization Programs, PHP)
- Teladoc (遠程醫療&視頻會議服務)

\$0**\$0****酒精/物質濫用:****\$0****\$25自付額/住院費
(僅住院服務)**

- 住院解毒和康復
- 密集門診方案 (Intensive Outpatient Programs, IOP)
- 門診治療

請致電1199SEIU CareReview (800) 227-9360以預先認證住院治療。

若想預先認證PHP和IOP的服務，請致電福利基金會(646) 473-6868。

Teladoc的心理健康服務只能由18歲以上透過基金會獲得健康保險的會員們使用。請致電Teladoc (800) 835-2362或瀏覽www.Teladoc.com。

手術**\$0****\$25自付額/住院費
(僅住院服務)**

- 住院或門診(流動)手術
- 福利是根據基金會外科手術的津貼
- 參與的外科醫生直接向福利基金會開帳單，並接受基金會的付款作為全額付款

在非緊急手術之前，請致電1199SEIU CareReview (800) 227-9360。

請參閱SPD的第II.F部分“什麼未包括”之內容。

麻醉**\$0****\$0**

- 福利是根據基金會的津貼表

請參閱SPD的第II.F部分“什麼未包括”之內容。

醫療服務

- 在醫生的辦公室治療
- 某些審查和免疫接種
- X光射線和實驗室測試
- 皮膚科：每年最多20次治療
- 按摩治療：每年最多12次治療
- 足部護理：每年最多15次治療用於日常護理
- 過敏：每年最多20次治療，包括診斷測試
- 物理/職業/言語治療：
每年每學科最多25次就診
- 耐用的醫療設備和器具
- 救護車服務
- 安寧看護
- Teladoc（遠程醫療&視頻會議服務）
- 產婦護理（產前&產後檢查，分娩費）
- 參與的提供者直接向福利基金會開帳單，並接受基金會的付款作為全額付款

\$0**\$5自付額/就診****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$0****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$5自付額/就診****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****\$25自付額/住院費
(僅住院服務)**

Teladoc只能由透過基金會獲得健康保險的會員使用。請致電 Teladoc (800) 835-2362 或瀏覽 www.Teladoc.com。未透過基金會獲得健康保險的會員可撥打24小時健康熱線電話 (855) 834-6139。

請致電(646) 473-8962健康部門以註冊產前計劃。

參與加入A計畫的會員將沒有自付額只要他們使用他們的健康中心作為他們所有基本醫療看護的需求。

請參閱SPD的第II.H部分“什麼未包括”之內容。

醫療服務需要事先授權

- 家庭保健
- 非緊急救護車服務
- 耐用的醫療設備和器具
- 醫療用品
- 特定藥物，包括特種藥

\$0**\$0****不包括****不包括****\$0****\$0****\$0****\$0****\$0****一般和首選品牌藥
需自付額**

自2016年1月1日起生效，你的受撫養子女有資格與你所得到的福利相同，除了人壽保險以及意外死亡和斷肢。

醫療服務需要事先授權(續)

• 某些家用輸液藥物施用在門診患者上	\$0	一般和首選品牌藥 需自付額
• 門診手術或住院病人	\$0	\$25自付額/住院費 (僅住院服務)
• MRI, MRA, PET和CAT掃描以及某些核心臟病 學測試	\$0	\$0
• 分子和基因測試	\$0	\$0
• 心理健康之部分住院計劃 (Partial Hospitalization Programs, PHP)	\$0	\$25自付額/住院費 (僅住院服務)
• 精神健康和酒精/藥物濫用之強化門診計劃 (Intensive Outpatient Programs, IOP)	\$0	\$25自付額/住院費 (僅住院服務)

請致電前授權部門(646) 473-9200以預先批准除緊急救護車和以下所列服務以外之服務。

請致電 CareContinuum (877) 273-2122以預先批准在門診患者上施用的某些家用輸液藥物。

請致電1199SEIU CareReview (800) 227-9360以預先批准門診手術或住院病人。

請致電 eviCore 健保計畫 (888) 910-1199以預先批准放射性測試和分子和基因測試。

若要預先認證PHP和IOP服務,請致電福利基金會 (646) 473-6868。

基本牙齒護理

- 透過參與的提供者醫療網之基本和預防性服務
- 每六個月一次初次/定期口腔檢查
- 每六個月一次X光咬翼片
- 每六個月一次預防(清潔),結垢和氟化物
- 口腔急診
- 小修復服務
- 假牙調整,修理和更換

\$0

\$0

如果你不使用有參與DentCare的提供者,你將需要負責所有費用。請致電DentCare (800) 468-0600以查詢你附近的提供者。

請參閱SPD的第II.K部分“什麼未包括”之內容。

主要牙科護理

- 透過有參與提供者之主要修復工作
- 口腔手術
- 每60個月一次牙冠,牙橋,假牙和牙周護理

可能需要自付額

可能需要自付額

預知額外詳情,請致電 DentCare (800) 468-0600。

請參閱SPD的第II.K部分“什麼未包括”之內容。

自2016年1月1日起生效,你的受撫養子女有資格與你所得到的福利相同,除了人壽保險以及意外死亡和斷肢。

處方藥

- Food and Drug Administration (FDA)批准的處方藥
- 使用有參與之藥房
- 適於慢性疾病之強制性維持藥物獲得計劃 – The 1199SEIU 90天 Rx Solution
- 某些藥物需要事先授權

\$0

當你使用一般和首選品牌藥物時不需要自付額

一般藥物:\$3 自付額/零售
\$6 自付額/郵購**首選品牌藥物:**\$6 自付額/零售
\$12 自付額/郵購預知額外詳情,請致電 Express Scripts
(800) 818-6720。

請參閱SPD的第II.L部分“什麼未包括”之內容。

視力保健

- 每兩年進行一次眼睛檢查
- 每兩年一副眼鏡或一副隱形眼鏡

\$0

請參閱SPD的第II.J部分“什麼未包括”之內容。

\$0**助聽器**

- 每三年一次

可能需要自付額請致電福利基金會 (646) 473-9200以介紹有參與之提供者。紐約市以外區域代碼,請致電
(800) 575-7771。**可能需要自付額****人壽保險**

- \$10,000之福利

僅限會員**僅限會員****意外死亡和斷肢**

- 意外死亡或受傷
- 相等於或你人壽保險的一半 (根據你的損失)

僅限會員**僅限會員**

請參閱SPD的第IV部分“什麼未包括”之內容。

社會服務

- 健康會員援助計劃
- 公民身份計劃
- 入息稅退款援助計劃
- 住房抵押貸款和金融健康計劃
- 每週的法律診所

無論是否達到100個小時的規定以及無論是否支付每週所需的保費,所有會員均可使用這些計劃。

重要電話號碼

一般會員服務

(646) 473-9200

紐約市以外區域代碼: (800) 575-7771

1199SEIU CareReview

(800) 227-9360

處方 (Express Scripts)

(800) 818-6720

牙科計劃 (DentCare)

(800) 468-0600

放射學 (eviCore healthcare)

(888) 910-1199

會員援助計劃

(646) 473-6900

Teladoc (遠程醫療&視頻會議服務)

(800) 835-2362

要符合保險福利,你必須:

- 與有貢獻的雇主一起在有保險的工作職位上工作;
- 連續兩個月每個月工作100個小時或以上; 以及
- 已完成並提交家庭護理登記表和計劃選舉表格,並授權你的雇主從你的薪資中扣除每周的保費。自2016年1月1日起生效,如果保險福利是僅限於你自己,或者是你和你受撫養的子女,該金額將會有所不同。

說明

會員	你, 會員
孩子	你的孩子, 如果符合資格
津貼表	費用表用於確定其允許之金額或是由計劃支付的服務。時間表可能會更改。
Summary Plan Description (SPD)	摘要計劃說明

免責聲明

本文件不是1199SEIU國家福利基金會給家庭護理雇員之正版官方概要計劃說明 (Summary Plan Description, SPD)。請參照SPD因有你的基金會福利之完整說明, 包括限制和排除。如果該文件與SPD之間有任何衝突, 則以SPD的條款為準。會員可致電會員服務部門 (646) 473-9200以索取一份SPD。紐約市以外之區域代碼, 請致電 (800) 575-7771。

1199SEIU福利基金會遵守適用的聯邦民權法, 不因種族, 膚色, 國籍, 年齡, 殘疾或性別而受到歧視。

1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員認為自己是在病患保護和平價醫療法案之下的“不受新法律制約的健康計劃”。預知詳情請諮詢(Summary Plan Description, SPD)。



1199SEIU NATIONAL BENEFIT FUND FOR HOME CARE EMPLOYEES

(646) 473-9200

Outside New York City: (800) 575-7771

www.1199SEIUBenefits.org

SEPTEMBER 2018