



www.seiu36.com



Es ist Zeit für die offene Einschreibung

2025

Leitfaden zu den Vorteilen

**Sie haben nur bis zum 2. Dezember
Zeit, sich für die Teilzeitleistungen von
BOLR BMCA für 2025 anzumelden!**

Was ist drin

Übersicht zur offenen Einschreibung	2
Grundlegende Fakten	3
Zahnärztliche Leistungen	4
Vorteile für die Sehkraft	5
Lebensversicherung und Unfalltod- und Invaliditätsversicherung (AD&D)	6
Leistungen bei Invalidität.....	7
Wichtige Hinweise	8

Benötigen Sie ein Formular?

Schauen Sie sich die

Vorderseite dieses Handbuchs und

unsere Website an!

Die Formulare, die Sie für die Einschreibung ausfüllen müssen, finden Sie auf den ersten Seiten dieses Leitfadens und auf der Seite „Kontakte und Ressourcen“

Seite (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) auf unserer Website. Die Formulare auf der Website können

online ausgefüllt werden. Sie müssen sie nur ausdrucken, unterschreiben und dann an das Fondsbüro schicken.



Auf jedem Formular ist angegeben, unter welchen Bedingungen Sie es ausfüllen müssen. Füllen Sie nur die Formulare aus, die für Sie gelten. Reißen Sie jedes ausgefüllte Formular an der perforierten Kante ab und schicken Sie es mit dem diesem Leitfaden beigefügten Rückumschlag an das Fondsbüro.

DENKEN SIE DARAN: Wählen Sie

sorgfältig! Sobald die offene Einschreibung beendet ist, können Sie Ihre Auswahl bis zur nächsten offenen

Einschreibungsperiode im Herbst 2025 nicht mehr

ändern, sodass die

Versicherung ab dem 1.

Januar 2026 gültig ist, es sei denn, Sie verfügen über eine qualifizierte Statusänderung.

Übersicht zur offenen Einschreibung

Oktober 2024

In diesem Leitfaden und den dazugehörigen Materialien finden Sie die Informationen, Formulare und Anweisungen, die Sie für die Anmeldung zur Teilzeit-Leistungsdeckung des BOLR BMCA im Jahr 2025 benötigen.

Die offene Einschreibung ist Ihre jährliche Gelegenheit, Ihren Versicherungsschutz zu überprüfen und Änderungen an den von Ihnen gewählten Leistungen oder den von Ihnen versicherten Angehörigen vorzunehmen. Außerhalb der offenen Einschreibung dürfen Sie Änderungen nur vornehmen, wenn diese das Ergebnis einer qualifizierten Lebensänderung (eines „qualifizierenden Ereignisses“) sind, wie unten beschrieben. Bitte überprüfen Sie die beigefügten Materialien und berücksichtigen Sie Ihre Bedürfnisse und die Ihrer Familie, bevor Sie Entscheidungen zur Einschreibung treffen. Wenn Sie Änderungen an Ihrem Angehörigenstatus vornehmen möchten, senden Sie Ihr ausgefülltes BMCA-Teilzeit-Einschreibungsformular bis spätestens 2. Dezember 2024 an das Fondsbüro zurück.

Wenn Sie dieselben Leistungsoptionen und den gleichen Versicherungsschutz wie jetzt behalten möchten, müssen Sie nichts tun.

Fragen?

Bei Fragen steht Ihnen die Unterstützungskasse gerne zur Verfügung.

Sie erreichen uns unter (215) 568-3262, Durchwahl 1400 oder (800) 338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsgesprächsbereichs). Sie können auch zum SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund Office in 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 kommen, um mit einem unserer Vertreter zu sprechen. Rufen Sie uns unbedingt zuerst an, bevor Sie vorbeikommen.

WICHTIG: Erinnerung an Statusänderung

Sie können NUR Angehörige hinzufügen oder entfernen oder andere Änderungen an Ihrem Leistungsumfang außerhalb der offenen Einschreibung vornehmen, wenn ein qualifizierendes Ereignis eintritt. Ein qualifizierendes Ereignis bedeutet, dass Sie oder Ihre Angehörigen eine Lebensveränderung erfahren, die sich auf die Verwaltung Ihrer Leistungen auswirkt. Beispiele hierfür sind Heirat, Geburt eines Kindes oder Scheidung. In diesen Fällen müssen Sie möglicherweise Angehörige zu Ihrem Fondsumfang hinzufügen oder daraus entfernen.

Für alle qualifizierenden Ereignisse müssen Sie eine Dokumentation der Statusänderung vorlegen (z. B. eine Geburts- oder Heiratsurkunde). **Das Fondsbüro MUSS die Dokumentation innerhalb von 31 Tagen nach dem qualifizierenden Ereignis erhalten (90 Tage nach der Geburt Ihres Kindes).** Bitte überprüfen Sie Ihre zusammenfassende Planbeschreibung oder wenden Sie sich an das Fondsbüro, um weitere Informationen zur Qualifizierung zu erhalten.

Veranstaltungen.

Hinweis: Wenn bei Ihnen ein qualifizierendes Ereignis vorliegt und Sie ein neues Volkszählungs-/Begünstigtenformular ausfüllen müssen, um die Statusänderung widerzuspiegeln, wenden Sie sich bitte an das Fondsbüro.

Dieses Dokument und die Materialien in Ihrem Anmeldepaket enthalten eine zusammenfassende Beschreibung Ihrer Leistungen aus dem SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund und der Änderungen, die am 1. Januar 2025 in Kraft treten. Diese Materialien ergänzen andere Beschreibungen Ihrer Planleistungen. Die in diesen Dokumenten und den beigefügten Materialien beschriebenen Änderungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft. Der Fonds hofft, den Plan und die in diesen Dokumenten genannten und in Ihrer Leistungsbroschüre beschriebenen Leistungen auf unbestimmte Zeit fortzusetzen, behält sich jedoch das Recht vor, den Plan jederzeit und aus beliebigem Grund ganz oder teilweise zu ändern, aussetzen oder zu beenden. Weder der Inhalt dieses Anmeldepakets noch die Anmeldung zu einer der im Rahmen des Plans angebotenen Leistungen stellen einen Arbeitsvertrag dar. Bitte lesen Sie diese Dokumente sorgfältig durch und bewahren Sie diese wichtigen Informationen zusammen mit Ihren anderen Leistungsmaterialien zur späteren Bezugnahme auf.

Grundlegende Fakten

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Sie haben Anspruch auf den BOLR BMCA-Teilzeitplan, wenn Sie in einem tariflichen Beschäftigungsverhältnis arbeiten und Ihr Arbeitgeber durch einen Tarifvertrag verpflichtet ist, in Ihrem Namen Beiträge an den Fonds zu leisten.

Wenn Sie zur Teilnahme am BOLR BMCA-Teilzeitplan berechtigt sind, können Sie auch Ihre berechtigten Angehörigen für zahnärztliche und augenärztliche Leistungen anmelden. Zu Ihren berechtigten Angehörigen zählen:

- Ihr gesetzlicher Ehepartner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Ehepartner)
- Kinder von der Geburt bis zum Alter von 26 Jahren
- Stiefkinder bis zum 26. Lebensjahr
- Adoptierte Kinder (ab dem Zeitpunkt der Unterbringung in Ihrem Haushalt) bis zum Alter von 26 Jahren
- Zur Adoption freigegebene Kinder
- Kinder über 26 Jahre, die aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht in der Lage sind, einer Beschäftigung nachzugehen

Ein Kind, für das Sie unentgeltlich Unterhalt übernehmen, wird nicht als abhängiges Kind betrachtet.

Einschreiben von Angehörigen

Um Ihre Angehörigen in den Plan aufzunehmen, müssen Sie die folgenden Informationen ausfüllen und übermitteln:

- **Anmeldeformular für Angehörige** (denken Sie daran, beide Seiten auszufüllen)
- **Dokumentabhängiger Status** – Beispiele für Dokumentation sind:
 - Gültige staatliche Geburtsurkunde mit Namen beider Elternteile für leibliche oder Stiefkinder unter 26 Jahren
 - Adoptionsnachweis für ein legal adoptiertes Kind unter 26 Jahren
 - Wenn Sie aufgrund einer qualifizierten medizinischen Unterhaltsverfügung Ihre Kinder unter 26 Jahren hinzufügen müssen, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung vor.
 - Nachweis der Sozialversicherungsnummer
 - Wenn Sie ein Kind haben, das aufgrund einer körperlichen oder geistigen Behinderung, die es nicht mehr für sich selbst sorgen kann, auch nach dem 26. Lebensjahr versichert bleiben muss, verlangt das Kassenbüro regelmäßig eine Dokumentation der Behinderung. Diese Informationen müssen dem Kassenbüro spätestens 31 Tage nach dem 26. Geburtstag des Kindes vorgelegt werden.

Wenn Sie eine unterhaltsberechtigte Person aus dem Plan entfernen möchten, müssen Sie das Opt-Out-Formular ausfüllen und dem Fondsbüro einen Nachweis über eine anderweitige Absicherung dieser unterhaltsberechtigten Person vorlegen.

Jede Änderung Ihres Angehörigenstatus muss vollständig ausgefüllt und bis zum 2. Dezember 2024 im beiliegenden frankierten Rückumschlag an das Fondsbüro zurückgeschickt werden. Wenn Sie während der offenen Einschreibung keinen Angehörigen hinzufügen oder löschen, müssen Sie damit warten, bis bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen ein qualifizierendes Ereignis eintritt.

Qualifizierte medizinische Anordnung zum Kindesunterhalt (QMCSO)

Wenn Sie im Rahmen einer Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) verpflichtet sind, Kindesunterhalt und Krankenversicherung zu zahlen, wenden Sie sich an das Fund Office, um eine Erläuterung der erforderlichen Informationen zu erhalten. Eine QMCSO ist ein Urteil, Beschluss oder eine gerichtliche Anordnung, die Sie dazu verpflichtet, für ein Kind Krankenversicherung zu zahlen. Weitere Informationen zu den Verfahren zur Verwaltung von QMCSOs erhalten Sie beim Fund Office.

Zahnärztliche Leistungen

Regelmäßige, professionelle Zahnpflege ist nicht nur für eine gute Gesundheit unerlässlich, sondern kann auch ernsthafte oder kostspielige Probleme verhindern. Deshalb deckt unser Dental Plan von Delta Dental eine breite Palette an zahnärztlichen Leistungen ab, einschließlich diagnostischer und vorbeugender Pflege.

Übersicht über die zahnärztlichen Leistungen

Selbstbeteiligung	Im Netzwerk	Außerhalb des Netzwerks
Jährlicher Maximalanspruch¹	3.000 USD pro Person und Jahr	3.000 USD pro Person und Jahr
Präventive und Diagnostische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Mündliche Prüfung, Reinigung, Bissflügelröntgen (zweimal jährlich); Röntgenaufnahmen des gesamten Mundes alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum Alter von 19 Jahren (es gelten Einschränkungen) • Versiegelungen oder Platzhalter (es gelten Altersgrenzen) 	100 %	100 % (erlaubter Betrag)
Grundlegende Restauration <ul style="list-style-type: none"> • Füllungen 	100 %	100 % (erlaubter Betrag)
Größere restaurative <ul style="list-style-type: none"> • Reparaturen bestehender Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, Gussrestorationen • Brücken und Prothesen 	100 %	100 % (erlaubter Betrag)
Kieferorthopädie (Nur für Kinder, vorbehaltlich eines lebenslangen Höchstbetrags von 4.500 US-Dollar, außer bei medizinisch angemessener kieferorthopädischer Behandlung)	100 % 1.000 \$ lebenslanges Maximum	100 % (erlaubter Betrag)

¹ Der jährliche Höchstbetrag für Zahnbehandlungen ist ein kombinierter Höchstbetrag für die Versorgung innerhalb und außerhalb des Netzwerks. Gemäß den Richtlinien des Affordable Care Act (ACA) unterliegt die zahnärztliche Versorgung von Kindern nicht den jährlichen Höchstbeträgen.

Bestimmen Sie die Leistungen für eine Behandlung über 300 USD im Voraus

Wenn Ihre Behandlung voraussichtlich 300 USD oder mehr kostet, bitten Sie Ihren Zahnarzt, vor Behandlungsbeginn mit Delta Dental eine „Vorabvereinbarung“ zu treffen (das heißt, er beurteilt, ob die vorgeschlagene Behandlung angemessen ist, und legt fest, wie viel der Plan für die Behandlung zahlt). Durch die Vorabvereinbarung wissen Sie genau, wie viel der Plan zahlt – und wie viel Sie bezahlen werden. Auf diese Weise können Sie finanzielle Vereinbarungen treffen, bevor die Behandlung beginnt.

Um die Leistungen im Voraus festzulegen, muss Ihr Zahnarzt ein Antragsformular an Delta Dental senden, in dem die vorgeschlagene Behandlung und die voraussichtlichen Kosten beschrieben werden. Delta Dental sendet Ihnen eine Abrechnung, in der die abgedeckten Leistungen und die Höhe der Kosten aufgeführt sind. Sie können den Behandlungsplan mit Ihrem Zahnarzt durchgehen und die durchzuführenden Leistungen vereinbaren. Nach Abschluss der Behandlung senden Sie die Originalabrechnung mit den Leistungsdaten und den erforderlichen Unterschriften zur Zahlung an Delta Dental zurück.

Eine vollständige Liste der zahnmedizinischen Einschränkungen und Ausschlüsse finden Sie in der Zusammenfassung Ihrer Planbeschreibung.

Vorteile für die Sehkraft

So funktioniert der Plan

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Augenbehandlung bei einem teilnehmenden Anbieter des National Vision Administrator (NVA) oder einem anderen Augenspezialisten in Anspruch zu nehmen. Die maximalen Leistungen erhalten Sie jedoch, wenn Sie einen teilnehmenden Augenarzt oder Optiker aufsuchen.

- **Wenn Sie einen teilnehmenden Anbieter nutzen**, erhalten Sie maximale Leistungen, da der Plan die vollen Kosten oder einen großen Teil der Kosten für die meisten Routineleistungen übernimmt.
- **Wenn Sie einen nicht teilnehmenden Anbieter nutzen**, erstattet Ihnen der Plan die Kosten für Untersuchungen, Brillengestelle und Linsen oder Kontaktlinsen. Sie zahlen die vollen Kosten, wenn Sie die Leistungen in Anspruch nehmen. Anschließend müssen Sie einen Antrag einreichen, um den Kostenanteil des Plans erstattet zu bekommen.

Was der Plan zahlt

Wenn Sie Leistungen von einem am NVA teilnehmenden Anbieter erhalten, übernimmt der Plan alle 24 Monate die Kosten für eine Augenuntersuchung.

Der Plan übernimmt außerdem die Kosten für ein neues Paar Brillengläser und Brillengestelle oder Kontaktlinsen in Höhe von bis zu 120 US-Dollar alle 24 Monate (bzw. alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren).

Wenn Sie Leistungen von einem nicht teilnehmenden Optiker erhalten, zahlt der Plan bis zu 30 \$ für eine Augenuntersuchung alle 24 Monate (oder alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren).

Der Plan zahlt außerdem alle 24 Monate für Kinder und Erwachsene bis zu 60 \$ für Brillengläser und bis zu 60 \$ für Brillengestelle bzw. bis zu 120 \$ für Kontaktlinsen.

Nicht gedeckte Kosten (Bitte beachten Sie, dass dies nur eine unvollständige Auflistung ist.)

Der Vision Plan deckt nicht ab:

- Fundusfotografie;
- Medizinische oder chirurgische Behandlung der Augen;
- Dienstleistungen oder Materialien, die aufgrund des Arbeitnehmerentschädigungsgesetzes erbracht oder erhalten wurden durch eine staatliche Behörde oder ein staatliches Programm; oder
- Einfache oder Korrektur-Sonnenbrillen.

Im Rahmen des Vision Plan können Sie Ihre ID-Karte für augenärztliche Leistungen oder Brillen verwenden. Sie können Ihre Karte jedoch nicht in Kombination mit Sonderangeboten wie Coupons oder Sonderaktionen verwenden.

Lebensversicherung und Unfalltod & Invaliditätsversicherung (AD&D)

Heutzutage ist eine Lebensversicherung mehr als nur eine „Leistung zur Beruhigung des Seelenfriedens“ – sie ist eine der Notwendigkeiten des Lebens.

Eine Lebensversicherung soll Ihre Familie oder jeden, der auf Ihr Einkommen angewiesen ist, im Todesfall absichern. Eine Unfalltod- und Invaliditätsversicherung (AD&D) zahlt Ihnen eine Leistung, wenn Sie durch einen Unfall ein Körperteil oder Ihr Augenlicht verlieren, und zahlt Ihren Begünstigten eine Leistung, wenn Sie infolge eines versicherten Unfalls sterben.

Angehörige haben keinen Anspruch auf eine Lebens- und AD&D-Versicherung.

Diese Lebensversicherungsleistung

wird grundsätzlich nur ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven, versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit versterben.

Jede AD&D-Leistung, die aufgrund Ihres Unfalldodes zu zahlen ist, entspricht der Summe Ihrer Lebensversicherung und wird zusätzlich zu Ihrer Lebensversicherungsleistung ausgezahlt.

Die Höhe der AD&D-Leistung

hängt von der Art des

Unfallschadens ab.

Weitere Einzelheiten finden Sie in

Ihrer zusammenfassenden

Planbeschreibung oder telefonisch im Fondsbüro.

Es können Ausschlüsse und

bestimmte Einschränkungen gelten.

Eine vollständige Liste aller

Ausschlüsse und Einschränkungen

finden Sie in der

Zusammenfassung Ihrer Planbeschreibung.

Nur für Mitarbeiter vorgesehener Vorteil

Tod, Natürlich	25.000 US-Dollar
Tod, Unfall	25.000 USD (zusätzlich zu den oben genannten Preisen)
Leistungen bei Zerstückelung	Spezifischer Betrag, der durch Verlust bestimmt wird

Vergessen Sie nicht: Ihren Begünstigten

Um sicherzustellen, dass alle Leistungen an die gewünschte Person ausgezahlt werden, müssen Sie Ihren Begünstigten benennen – und Ihre Begünstigtenangaben bei Änderungen in Ihrem Leben auf dem neuesten Stand halten. Wenn Sie neu anspruchsberechtigt sind oder sich Ihr Familienstand geändert hat, füllen Sie ein Formular zur Volkszählung/ Begünstigteninformationen aus. Wenden Sie sich an das Fondsbüro, wenn Sie ein neues Formular benötigen. Senden Sie das Formular an das Fondsbüro zurück.

Leistungen bei Invalidität

Wenn Sie Teilzeitbeschäftigter sind und Ihr Arbeitgeber einen zusätzlichen Beitrag zum Fonds für Invaliditätsleistungen leistet, haben Sie Anspruch auf Invaliditätsleistungen. Invaliditätsleistungen bieten Ihnen und Ihrer Familie eine zusätzliche wöchentliche Zahlung, wenn Sie aufgrund einer nicht arbeitsbedingten Krankheit oder Verletzung invalide werden und nicht arbeiten können.

Die genaue Dauer der Invaliditätsrente richtet sich nach der Diagnose und den geltenden Invaliditätsrichtlinien. Allerdings darf die Invaliditätsrente nicht länger als 26 Wochen betragen.

Damit Invaliditätsleistungen in Betracht gezogen werden können, müssen Sie ein Antragsformular für Invaliditätsleistungen ausfüllen und eine Bescheinigung eines zugelassenen Arztes vorlegen, die bestätigt, dass Sie invalide sind und Ihren normalen Arbeitsaufgaben nicht nachkommen können. Bitte beachten Sie: MHC-Anbieter können ebenfalls eine Invalidität bestätigen.

Wenn Sie anspruchsberechtigt sind, erhalten Sie eine wöchentliche Leistung in Höhe eines Prozentsatzes Ihres regulären Gehalts (bis zu einem wöchentlichen Höchstbetrag), solange Sie invalide sind und sich weiterhin in der direkten regelmäßigen Obhut eines zugelassenen Arztes befinden oder Ihre Betreuung durch einen MHC-Anbieter für psychische Gesundheit/Substanzgebrauch übernommen wird.

Ihr Anspruch auf Invaliditätsleistungen beginnt am vierten Arbeitstag nach dem Arztbesuch aufgrund Ihrer Invalidität. Für die Zeit, in der Sie vor dem Arztbesuch nicht arbeiten konnten, wird keine Invaliditätsleistung gezahlt.

Invaliditätsformulare müssen fristgerecht eingereicht werden. Wenn Sie aufgrund einer andauernden Invalidität, die länger als einen Monat dauert, arbeitsunfähig sind, müssen Sie regelmäßig Fortsetzungsformulare („blaue Formulare“) einreichen – normalerweise einmal im Monat. Weitere Informationen zu Zeitplänen und Fristen finden Sie im Formular.

Wenden Sie sich an das Fondsbüro, um ein Formular zu erhalten.

Weitere Informationen zu Leistungen bei Invalidität erhalten Sie in der Zusammenfassung Ihrer Planbeschreibung oder telefonisch beim Fondsbüro unter 215-568-3262 bzw. 800-338-9025 außerhalb des Ortsgesprächs.

* Wenn Ihr Arbeitgeber einen zusätzlichen Beitrag zur Erwerbsunfähigkeitsrente leisten muss.

Bitte beachten Sie: Einige Arbeitgeber haben aufgrund ihrer Vertragsanforderungen möglicherweise Anspruch auf die Pauschale für die Zulage. Wenn Sie Anspruch auf die wöchentliche Pauschale für Teilzeitbeschäftigte haben, die weniger als 30 Stunden pro Woche arbeiten, beträgt der Satz 130 USD pro Woche.

Zu den „rechtlich qualifizierten Ärzten“ zählen Medical Doctors (MD), Doctors of Osteopathy (DO), Doctors of Dental Surgery (DDS), Doctors of Dental Medicine (DMD) oder Doctors of Podiatric Medicine (DPM).

Jeder Antrag auf Invaliditätsrente muss innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum Ihrer Invalidität beim Kassenbüro eingereicht werden. Stellen Sie sicher, dass alle Abschnitte ausgefüllt und von Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrem behandelnden Arzt unterschrieben sind, bevor Sie den Antrag beim Kassenbüro einreichen.

Wichtige Hinweise

SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund („der Fonds“) ist verpflichtet, Ihnen die folgenden wichtigen Hinweise zukommen zu lassen. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch, damit Sie Ihre Rechte und Pflichten verstehen.

HIPAA - Besondere Registrierungsrechte

Wenn Sie die Anmeldung für sich selbst oder Ihre Angehörigen (einschließlich Ihres Ehepartners) in diesem Krankenversicherungsplan ablehnen, weil Sie bereits über eine andere Krankenversicherung verfügen, können Sie sich oder Ihre Angehörigen in Zukunft möglicherweise in diesem Plan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach Ende Ihrer anderen Versicherung beantragen und entsprechende Belege vorlegen. Wenn Sie außerdem durch Heirat, Adoption oder Adoptionsfreigabe einen neuen Angehörigen haben, können Sie sich und Ihre Angehörigen möglicherweise in diesem Krankenversicherungsplan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach der Heirat, Adoption oder Adoptionsfreigabe beantragen. Wenn Sie durch Geburt einen neuen Angehörigen haben, können Sie sich und Ihre Angehörigen möglicherweise in diesem Krankenversicherungsplan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt beantragen.

Der Fonds bietet Ihnen oder Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen außerdem eine besondere Einschreibungsmöglichkeit, wenn Sie:

- Sie verlieren den Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Children's Health Insurance Program (CHIP), weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder
- Erlangen Sie Anspruch auf ein staatliches Prämienunterstützungsprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP.

Für diese Einschreibungsmöglichkeiten haben Sie 60 Tage ab dem Datum der Medicaid/Änderung der CHIP-Berechtigung zur Beantragung der Einschreibung in die Fondsdeckung. Beachten Sie, dass diese 60-tägige Verlängerung **nur** für Einschreibungsmöglichkeiten aufgrund von Änderungen der Medicaid/CHIP-Berechtigung gilt.

Die Anmeldeunterlagen müssen ausgefüllt und alle Nachweise des abhängigen Status dem Plan innerhalb von 31, 60 oder 90 Tagen nach der Sonderanmeldung vorgelegt werden. Wenn Sie die Anmeldeunterlagen nicht innerhalb der Frist ausfüllen und den Nachweis des abhängigen Status nicht vorlegen können (z. B. wenn zusätzliche Zeit benötigt wird, um eine Geburtsurkunde für ein Neugeborenes zu erhalten), kann die Frist verlängert werden.

KOBRA

Nach dem Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1986 (COBRA) können Sie und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen den Krankenversicherungsschutz für bis zu 18 Monate fortsetzen, wenn der Versicherungsschutz aus folgenden Gründen endet:

- Sie kündigen das Arbeitsverhältnis aus irgendeinem Grund (außer wegen groben Fehlverhaltens) oder
- Sie haben eine Arbeitszeitreduzierung.

COBRA ermöglicht Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen außerdem die Fortsetzung ihres Krankenversicherungsschutzes für bis zu 36 Monate, wenn der Versicherungsschutz andernfalls aus folgenden Gründen enden würde:

- Du stirbst,
- Sie und Ihr Ehepartner sind geschieden oder getrennte Ehepartnerin,
- Sie haben Anspruch auf Medicare oder
- Ihre Angehörigen haben keinen Anspruch mehr auf eine Versicherung im Rahmen des Krankenversicherungsplans.

Sie und Ihre Angehörigen können grundsätzlich jederzeit innerhalb der ersten 60 Tage nach Ende der Versicherung oder 60 Tage nach Erhalt der Mitteilung (je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt) wählen, ob Sie den Versicherungsschutz fortsetzen möchten. Der fortgesetzte Versicherungsschutz wird am ersten Tag des Monats nach dem Datum des Ereignisses wirksam, das zur Beendigung des Versicherungsschutzes geführt hat, solange Sie die erforderliche Prämie zahlen. Sie können nur den Versicherungsschutz fortsetzen, der einen Tag vor dem Ereignis in Kraft war. Sie können jedoch jedes Jahr während der jährlichen offenen Einschreibungsfrist Änderungen an Ihren Wahlen vornehmen.

Wenn sich der Krankenversicherungsplan ändert, gelten diese Änderungen auch für die Deckung unter COBRA.

Um Versicherungsschutz im Rahmen von COBRA zu erhalten, müssen Sie und/oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen rechtzeitig eine Wahl treffen und monatliche Prämienzahlungen leisten.

Gesetz zum Schutz der Gesundheit von Neugeborenen und Müttern

Gruppenkrankenversicherungen und Krankenversicherer dürfen nach Bundesgesetz Leistungen für Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit der Geburt der Mutter oder des Neugeborenen grundsätzlich nicht auf weniger als 48 Stunden nach einer vaginalen Entbindung oder weniger als 96 Stunden nach einem Kaiserschnitt beschränken. Allerdings verbietet das Bundesgesetz dem behandelnden Arzt der Mutter oder des Neugeborenen grundsätzlich nicht, die Mutter oder ihr Neugeborenes nach Rücksprache mit der Mutter früher als 48 Stunden (bzw. 96 Stunden, je nach Fall) zu entlassen.

In jedem Fall dürfen Pläne und Versicherer gemäß Bundesgesetz nicht verlangen, dass ein Anbieter eine Genehmigung des Plans oder Versicherers einholt, um eine Krankenhausaufenthaltsdauer von nicht mehr als 48 Stunden (bzw. 96 Stunden, je nachdem, was zutrifft) zu verschreiben.

Gesetz über die Gesundheit von Frauen und die Rechte von Krebspatienten

Das Women's Health and Cancer Rights Act verpflichtet Gruppenkrankenversicherungen und ihre Versicherungsgesellschaften und HMOs, bestimmte Leistungen für Mastektomiepatientinnen bereitzustellen, die sich für eine Brustrekonstruktion entscheiden. Im Falle einer Planteilnehmerin, die Leistungen im Zusammenhang mit einer Mastektomie erhält, wird die Deckung in einer in Absprache mit dem behandelnden Arzt festgelegten Weise für Folgendes bereitgestellt:

- Alle Phasen der Rekonstruktion der Brust, an der die Mastektomie durchgeführt wurde;
- Operation und Rekonstruktion der anderen Brust, um ein symmetrisches Erscheinungsbild zu erzielen;
Und
- Prothesen und Behandlung von körperlichen Komplikationen der Mastektomie, einschließlich Lymphödem

Für Leistungen zur Brustrekonstruktion gelten Selbstbehalte und Zuzahlungsbeschränkungen, die mit den für andere Leistungen im Rahmen des Plans festgelegten Beschränkungen übereinstimmen.

Erinnerung an den HIPAA-Datenschutzhinweis

Die Datenschutzbestimmungen des Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) verlangen vom SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (der „Plan“), den Teilnehmern regelmäßig eine Erinnerung an die Verfügbarkeit der Datenschutzrichtlinie des Plans und wie diese zu erhalten ist, zu senden. Die Datenschutzrichtlinie erläutert die Rechte der Teilnehmer und die gesetzlichen Pflichten des Plans in Bezug auf geschützte Gesundheitsinformationen (PHI) und wie der Plan PHI verwenden und offenlegen darf. Sie können auch eine Kopie der Datenschutzrichtlinie erhalten, indem Sie sich an das Fund Office unter 215-568-3262, Durchwahl 1400 oder 800-338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsgesprächsbereichs) wenden.

Medicaid und das Children's Health Insurance Program (CHIP)

Prämienunterstützung im Rahmen von Medicaid und dem Children's Health Insurance Program (CHIP)

Wenn Sie oder Ihre Kinder Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben und Sie Anspruch auf Krankenversicherungsschutz durch Ihren Arbeitgeber haben, gibt es in Ihrem Bundesstaat möglicherweise ein Prämienunterstützungsprogramm, das Ihnen bei der Finanzierung der Versicherung helfen kann, indem es Mittel aus den Medicaid- oder CHIP-Programmen verwendet. Wenn Sie oder Ihre Kinder keinen Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben, haben Sie keinen Anspruch auf diese Prämienunterstützungsprogramme, können aber möglicherweise eine individuelle Versicherung über den Health Insurance Marketplace abschließen. Weitere Informationen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen bereits bei Medicaid oder CHIP angemeldet sind und in einem der unten aufgeführten Bundesstaaten leben, wenden Sie sich an das Medicaid- oder CHIP-Amt Ihres Bundesstaates, um zu erfahren, ob eine Prämienunterstützung verfügbar ist.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen derzeit NICHT bei Medicaid oder CHIP angemeldet sind und Sie glauben, dass Sie oder einer Ihrer Angehörigen für eines dieser Programme in Frage kommen, wenden Sie sich an Ihr staatliches Medicaid- oder CHIP-Büro oder rufen Sie **877-KIDS NOW** an oder besuchen Sie www.insurekidsnow.gov, um zu erfahren, wie Sie sich bewerben können. Wenn Sie qualifiziert sind, fragen Sie Ihren Staat, ob es ein Programm gibt, das Ihnen bei der Zahlung der Prämien für einen arbeitgeberfinanzierten Plan helfen könnte.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen Anspruch auf Prämienunterstützung im Rahmen von Medicaid oder CHIP haben und auch Anspruch auf Leistungen im Rahmen Ihres Arbeitgeberplans haben, muss Ihr Arbeitgeber Ihnen die Anmeldung in Ihrem Arbeitgeberplan gestatten, sofern Sie noch nicht angemeldet sind. Dies wird als „Sonderanmeldungsmöglichkeit“ bezeichnet und Sie müssen innerhalb von 60 Tagen nach Feststellung Ihrer Anspruchsberechtigung auf Prämienunterstützung eine Deckung beantragen. Wenn Sie Fragen zur Anmeldung in Ihrem Arbeitgeberplan haben, wenden Sie sich an das Arbeitsministerium unter www.askebsa.dol.gov oder rufen Sie **866-444-EBSA (3272)** an.

Die folgende Liste der Bundesstaaten ist mit Stand vom 31. Juli 2024 aktuell. Weitere Informationen zur Berechtigung erhalten Sie von Ihrem Bundesstaat.

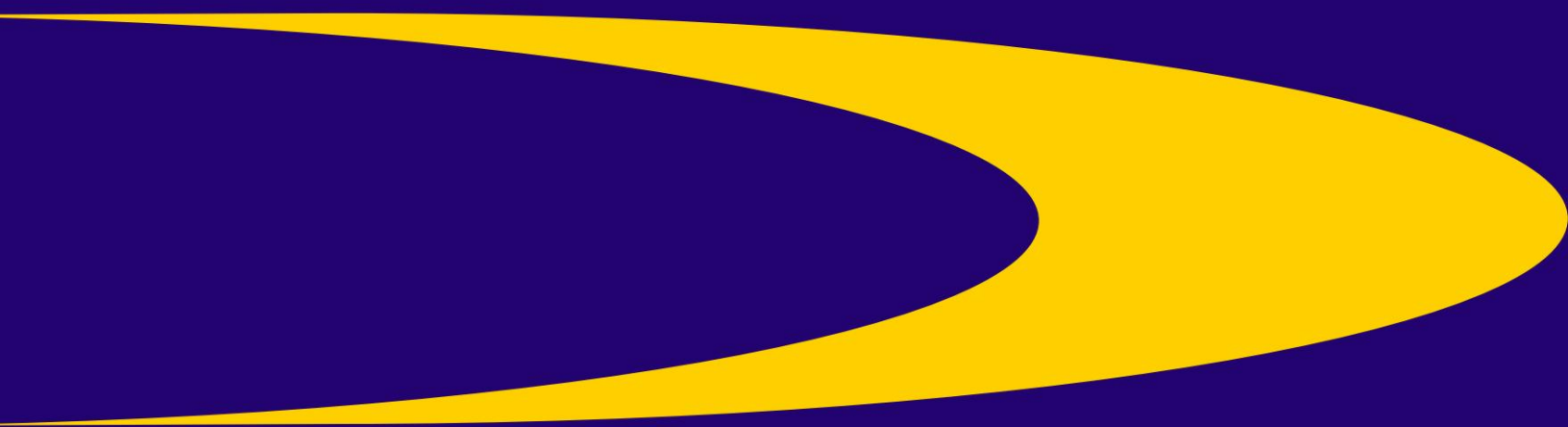
PENNSYLVANIA	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Medicaid-Telefon	800-692-7462
CHIP Website	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
CHIP-Telefon	800-986-KIDS (5437)
NEW JERSEY	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-356-1561
CHIP Premium Assistance Telefon	609-631-2392
CHIP Website	http://www.njfamilycare.org/index.html
CHIP-Telefon	800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid
Medicaid-Website	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Medicaid-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
CHIP Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
CHIP-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Medicaid-Telefon	855-642-8572
CHIP Website	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
CHIP-Telefon	855-642-8572 (TTY 711)

Um zu erfahren, ob es in Ihrem Bundesstaat ein Prämienunterstützungsprogramm gibt, oder um weitere Informationen zu besonderen Einschreibungsrechten zu erhalten, wenden Sie sich an:

US-Arbeitsministerium US-Gesundheitsministerium
Mitarbeiterverteilungszentren für Medicare- und Medicaid-Dienste
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Menüoption 4, Durchwahl 61565

www.seiu36.com



Oktober 2024

Union Bug