



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 BOLR-**

Vollzeitleistungen für 2025 anzumelden!

Was ist drin

Übersicht zur offenen Einschreibung	2
Grundlegende Fakten	3
Medizinische Leistungen	4
Wichtige Begriffe.....	5
Leistungsübersicht.....	6
Gesundheit und Wohlbefinden (Healthy Lifestyles SM)— Wir arbeiten jeden Tag für Ihre Gesundheit!	8
Verhaltensgesundheitliche Vorteile	9
Vorteile verschreibungspflichtiger Medikamente.....	10
Zahnärztliche Leistungen	11
Sehkraftvorteile	13
Lebensversicherung und Unfalltod- und Invaliditätsversicherung (AD&D)	14
Leistungen bei Invalidität	15
Wichtige Hinweise	16

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 zum BOLR-Vollzeitleistungsschutz 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 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. Wenn der Erhalt 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-Vollzeitplan, wenn Sie in einem tariflich geregelten 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-Vollzeitplan berechtigt sind, können Sie auch Ihre berechtigten Angehörigen für medizinische, zahnärztliche und augenärztliche Leistungen anmelden. Zu Ihren berechtigten Angehörigen zählen:

- 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 die Kasse regelmäßig eine Dokumentation der Behinderung. Diese Informationen müssen innerhalb von 31 Tagen nach dem 26. Geburtstag des Kindes vorgelegt werden.

Wenn Sie eine pflegebedürftige Person aus dem Plan entfernen möchten, müssen Sie das Opt-Out-Formular ausfüllen und dem Fondsbüro einen Nachweis über eine anderweitige Krankenversicherung für diese pflegebedürftige 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.

Medizinische Vorteile

Wichtige Hinweise:

Die in diesem Leitfaden beschriebenen Leistungen gelten ab dem 1. Januar 2025.

Selbstbehalte, Zuzahlungen, Kostenbeteiligungen und Höchstbeträge werden, sofern zutreffend, sowohl für Leistungen innerhalb als auch außerhalb des Netzwerks kombiniert.

Wenn Sie einen Anbieter außerhalb Ihres Netzwerks nutzen, müssen Sie die Differenz zwischen dem Betrag, den der Anbieter in Rechnung gestellt hat, und dem Betrag, den Ihre Versicherung gezahlt hat, begleichen. Diese Tabelle ist eine Zusammenfassung Ihrer Leistungen und soll eine kurze Beschreibung der Leistungen bieten, die Ihnen zur Verfügung stehen.

Vorzertifizierungsanforderungen

Bestimmte Leistungen müssen als medizinisch notwendig anerkannt werden, bevor Sie eine Behandlung erhalten.

Dies nennt man Vorabzertifizierung. Einige Leistungen, die eine Vorabzertifizierung erfordern, sind:

• ALLE nicht notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen • Geplante

stationäre Operationen • Ausgewählte

langlebige medizinische Geräte

• Häusliche Krankenpflege

• Stationäre Hospizbetreuung

• MRT/MRA

• CT/CTA-Scan

• PET-Scan

Hinweis: Dies ist keine vollständige Liste der Dienste. Blue Cross kann die Vorzertifizierungsanforderungen von Zeit zu Zeit ändern. Weitere Informationen erhalten Sie beim Blue Cross Member Services.

Vergessen Sie nicht die Vorsorge

Es ist wichtig, Routineuntersuchungen, Tests und Screenings Priorität einzuräumen. Durch vorbeugende Maßnahmen können chronische Krankheiten und Infektionen wie Krebs, Diabetes und Herzkrankheiten erkannt werden, bevor sie zu ernsthaften Gesundheitsproblemen werden. Eine frühzeitige Erkennung erhöht die Chancen auf Ihre Genesung.

Der erste Schritt besteht darin, Ihre jährliche körperliche Untersuchung mit Ihrem Hausarzt zu vereinbaren. Fragen Sie, welche Tests und Screenings anstehen. Die American Cancer Society empfiehlt beispielsweise, dass Personen ab dem Alter von 45 Jahren mit Darmkrebs-Screenings beginnen sollten. Regelmäßige Cholesterintests prüfen auf Anzeichen einer koronaren Herzkrankheit. Und jährliche Vorsorgeuntersuchungen können Brustkrebs frühzeitig erkennen.

Vorsorge ist einfach und erschwinglich. Die meisten Vorsorgeleistungen werden zu 100 % übernommen, solange Sie einen im Netzwerk befindlichen Anbieter aufsuchen. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, können Sie einen online unter www.ibx.com finden oder den Independence Member Services unter (800) 275-2583 kontaktieren.

Wichtige Begriffe

Jährliche Zuzahlungshöchstgrenze—

ist der Höchstbetrag, den Sie im Laufe des Jahres aus eigener Tasche als Zuzahlung für netzinterne Leistungen zahlen. Sobald Sie Ihren jährlichen Höchstbetrag erreicht haben, übernimmt der Plan für den Rest des Jahres 100 % der Kosten für netzinterne Leistungen.

Blaues Unterscheidungszenentrum + —

Von Blue Cross zertifizierte ambulante chirurgische Zentren, die auf Knie- und Hüftgelenkersatz spezialisiert sind. Blue Distinction Centers + erfüllen hohe Standards hinsichtlich Qualität, Kosten, Fachwissen, Wirksamkeit und Effizienz.

Mitversicherung—

ist der Prozentsatz der erstattungsfähigen Kosten, den Sie für Leistungen zahlen, nachdem die Selbstbeteiligung bezahlt wurde.

Zuzahlung—

ist der feste Dollarbetrag, den Sie für bestimmte medizinische Leistungen zum Zeitpunkt der Behandlung bezahlen.

Selbstbeteiligung—

ist der Teil Ihrer gedeckten Ausgaben, den Sie jedes Jahr zahlen, bevor Ihr Krankenversicherungsplan beginnt, Leistungen für bestimmte Dienste auszus zahlen.

Anbieter im Netzwerk –

sind eine ausgewählte Gruppe von Anbietern und Einrichtungen, die sich darauf geeinigt haben, für ihre Leistungen ausgehandelte Gebühren zu erheben. Wenn Sie diese Anbieter nutzen, erhalten Sie „In-Network-Pflege“.

Medizinisch notwendige Ausgaben—

werden von den Plänen abgedeckt, wenn es sich um Dienstleistungen oder Lieferungen handelt, die als notwendig und angemessen erachtet werden und vom Plan abgedeckt werden. Einige Dienstleistungen und Lieferungen werden überhaupt nicht abgedeckt, während die Leistungen für andere Dienstleistungen (wie z. B. chiropraktische Behandlungen) begrenzt sind. Darüber hinaus müssen die Kosten anfallen, während der Patient im Rahmen des Plans versichert ist, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist.

Anbieter außerhalb des Netzwerks –

sind Ärzte, Leistungserbringer oder Einrichtungen, die nicht zum Kreis der Leistungserbringer gehören.

Patientenzentrierte medizinische Versorgung zu Hause (PCMH)—

Blue Cross hat bestimmte Ärzte, darunter PCPs, identifiziert, die an einem patientenzentrierten medizinischen Heim (PCMH) teilnehmen. Ein PCMH ist eine Praxis oder Gruppe von Ärzten, die zusammenarbeiten, um Ihre Versorgung besser zu koordinieren und zu personalisieren. Wenn Sie sich in einem PCMH behandeln lassen und einen PCMH-Arzt als Ihren PCP auswählen, sparen Sie Geld.

Hausarzt (PCP)—

wird manchmal als „Hausarzt“ bezeichnet. Dies ist der Arzt, der Sie bei gesundheitlichen Problemen als Erstkontakt betreut. Der PCP bietet bei Bedarf auch weiterführende Betreuung und Überweisungen an Fachärzte. Blue Cross hat bestimmte Ärzte als „PCPs“ benannt. Sie müssen Ihr Blue Cross-Ärztverzeichnis konsultieren, um einen geeigneten PCP auszuwählen.

Zusammenfassung der Vorteile

NUTZEN	IM NETZWERK/VERWEIS	AUSSERHALB DES NETZWERKS/ SELBSTVERWEIS
Selbstbeteiligung (jährlich)		
Person	\$0	250 \$
Familie	\$0	500 US-Dollar
Jährlicher Selbstbehalt		
Person	6.750 \$	6.750 \$
Familie	13.500 US-Dollar	13.500 US-Dollar
Lebenszeitmaximum	Keiner	Keiner
Krankenhauspatient¹	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung Bis zu 70 Tage pro Kalenderjahr
Stationäre ärztliche Leistungen	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Knie- und Hüftersatz^{1,2}		
Blaues Unterscheidungszentrum +	100 %	Nicht abgedeckt
Alle anderen Einrichtungen	70 %	Nicht abgedeckt
Notaufnahme	Für Besuche 1 und 2: 100 % nach 100 \$ Selbstbeteiligung	Für Besuche 1 und 2: 100 % nach 100 \$ Selbstbeteiligung
	Für Besuche 3 oder mehr: 100 % nach 200 \$ Selbstbeteiligung	Für Besuche 3 oder mehr: 100 % nach 200 \$ Selbstbeteiligung
	Verzicht bei Zulassung	Verzicht bei Zulassung
Notfallversorgung	100 % nach 40 \$ Selbstbeteiligung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Pflegeheim¹	100 %	Nicht abgedeckt
Bis zu 60 Tage pro Jahr		
Arztpraxis PCMH PCP	100 % nach 10 \$ Zuzahlung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Arztpraxis Nicht-PCMH PCP und Spezialisten	100 % nach 20 \$ Selbstbeteiligung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Vorsorge für Erwachsene und Kinder³	100 %	70 % des zulässigen Betrags, keine Selbstbeteiligung
Gynäkologische Routineuntersuchung/Pap-Abstrich (eines pro Jahr)	100 %	70 % des zulässigen Betrags, keine Selbstbeteiligung
Mammographie	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Pädiatrische Impfungen	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Chirurgie¹ (für einige ambulante Operationen kann eine Vorabbestätigung erforderlich sein)	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Labor/Pathologie Ambulanz⁴	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung

NUTZEN	IM NETZWERK/VERWEIS	AUSSERHALB DES NETZWERKS/ SELBSTVERWEIS
Ambulantes Diagnostikröntgen/ Radiologie^{1,4,5}	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Häusliche Krankenpflege¹ Bis zu 200 Besuche pro Kalenderjahr	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Physiotherapie/Ergotherapie^{4,5} Logopädie Bis zu 30 Besuche pro Modalität und Kalenderjahr	100 % nach 20 \$ Selbstbeteiligung	Nicht abgedeckt
Kardiologische oder pulmonale Rehabilitation Bis zu 36 Besuche pro Modalität und Kalenderjahr	100 % nach 20 \$ Selbstbeteiligung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Langlebige medizinische Geräte¹ Ausgewählte Artikel erfordern eine Vorzertifizierung	100 %	Nicht abgedeckt
Krankenwagen Notfalltransport Nicht-Notfalltransport ¹	100 % 100 %	100 % des zulässigen Betrags, keine Selbstbeteiligung 70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Mutterschaft <small>Erster Besuch beim Gynäkologen</small> Krankenhaus	100 % 100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung 70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation)⁵ Bis zu 10 Besuche pro Kalenderjahr	100 % nach 20 \$ Selbstbeteiligung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Dialyse/Strahlentherapie¹ /Chemotherapie	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ernährungsberatung 6 Besuche pro Jahr	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ernährungsformeln & Medizinische feste Nahrungsmittel¹ Möglicherweise ist eine Vorzertifizierung erforderlich	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulante private Krankenpflege¹ Bis zu 360 Stunden pro Kalenderjahr	90 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Hospizpflege¹ Bis zu 210 Tage pro Leben	100 %	Nicht abgedeckt
Verhaltensgesundheits- und Substanzgebrauchsprogrammdienste bereitgestellt von MHC, Inc. Rufen Sie (800) 255-3081 an.		
Stationär^{6,7}	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulante Besuche außerhalb der Praxis⁶	100 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulant⁶	100 % nach 20 \$ Zuzahlung	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug der Selbstbeteiligung

¹ Für diese Dienste ist eine Vorzertifizierung erforderlich. Weitere Informationen zu den Diensten, für die eine Vorzertifizierung erforderlich ist, erhalten Sie bei der Mitgliederserviceabteilung von Keystone HPE (Independence Blue Cross).

² Behandlungen in einer Einrichtung von Blue Distinction Center + für Knie- und Hüftersatz werden zu 100 % übernommen; Behandlungen in einem Blue Distinction Center oder einer anderen teilnehmenden Keystone-Einrichtung oder einer von AmeriHealth benannten Einrichtung werden zu 70 % übernommen. Für Knie-/Hüftersatz außerhalb des Netzwerks besteht keine Übernahme.

³ Sie müssen zu Ihrem gewählten Hausarzt gehen.

⁴ Um als zum Netzwerk gehörend betrachtet zu werden, muss die Behandlung an den vom PCP bestimmten Standort erfolgen.

⁵ Überweisung vom Hausarzt erforderlich.

⁶ Netzwerkerinterne Dienste werden von MHC, Inc. und nicht von Keystone oder AmeriHealth verwaltet. Kontaktieren Sie MHC für eine Liste der Netzwerkanbieter. Rufen Sie MHC unter 800-255-3081 an oder besuchen Sie HMC online unter www.mhconsultants.com.

⁷ Für diese Dienste ist eine Vorzertifizierung erforderlich. Kontaktieren Sie MHC für weitere Informationen zur Vorzertifizierung von Diensten im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie. Gesundheits-/Substanzgebrauchsbehandlung.

Gesundheit und Wohlbefinden (Healthy LifestylesSM)— Wir arbeiten jeden Tag daran, Ihre Gesundheit zu unterstützen!

Die meisten Menschen denken nur dann über ihre Gesundheit und Krankenversicherung nach, wenn sie krank sind – oder einmal im Jahr, wenn die jährliche Untersuchung ansteht. Eigentlich sollten Sie jeden Tag über Ihre Gesundheit und Krankenversicherung nachdenken.

Hier ist der Grund. Die Entscheidungen, die Sie jeden Tag treffen – die Lebensmittel, die Sie essen, das Anlegen des Sicherheitsgurts, die Einnahme Ihrer Medikamente gemäß den Anweisungen Ihres Arztes – können sich sowohl positiv als auch negativ auf Ihre Gesundheit auswirken. Die Programme von Independence Healthy Lifestyles Solutions können Ihnen Unterstützung und Anleitung bieten, während Sie positive Schritte unternehmen, um Ihre Gesundheit und Ihre Chancen, gesund zu bleiben, zu verbessern.

Das Healthy Lifestyles Solutions-Programm soll Sie gesund halten, indem es Sie für Ihre klugen Lebensstilentscheidungen belohnt und Ihnen maßgeschneiderte Lösungen bietet, die so individuell sind wie Sie selbst. Und das Beste daran: Die Programme sind für Sie und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen kostenlos.

Sie müssen im Krankenversicherungsplan eingeschrieben sein, um am Healthy Lifestyles Solutions-Programm teilnehmen zu können.

Für weitere Informationen oder um sich für eines der Programme im Rahmen des Healthy Lifestyles Solutions-Programms anzumelden, rufen Sie montags bis freitags von 8 bis 18 Uhr ET die Nummer 800-ASK-BLUE an und folgen Sie den Anweisungen für das Healthy Lifestyles Solutions-Programm. Sie finden Programminformationen auch online unter www.ibxpress.com oder indem Sie die IBX-App für Mobilgeräte herunterladen.

Werden Sie gesund UND werden Sie auch belohnt!

Lassen Sie sich dafür belohnen, dass Sie jeden Tag kleine Schritte unternehmen, die in Summe zu großen Verbesserungen Ihrer Gesundheit führen können. Die Erstattungen von Healthy Lifestyles Solutions bieten Ihnen:

- Bis zu 150 \$ Rückerstattung Ihrer Fitnesscenter-Gebühren
- 150 \$ zurück für ein genehmigtes Gewichtsmanagementprogramm
- 150 \$ zurück für Programme, die Ihnen helfen, mit dem Rauchen aufzuhören

Mit unseren Erstattungsprogrammen machen wir es Ihnen leicht, Geld für einen gesunden Lebensstil zurückzubekommen. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Sie erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen, wenn Sie 120 Besuche in einer zugelassenen Einrichtung absolvieren. Senden Sie einfach Ihre Unterlagen ein, um schnell und sicher eine Erstattung anzufordern.

Hinweis: Diese Programme werden von Independence Blue Cross verwaltet. Sie müssen zum Zeitpunkt Ihres Erstattungsantrags bei Independence versichert sein.

Eine Krankenschwester für Gesundheitsmanagement kann Ihre gesundheitsbezogenen Fragen beantworten

Wir wissen, dass Ihre Zeit wertvoll ist. Das kann es noch schwieriger machen, Ihre Gesundheit im Auge zu behalten und chronische Krankheiten wie Diabetes, Asthma und Herzkrankheiten zu behandeln. Deshalb gibt es im SEIU Local 32BJ District 36 Benefit Fund Office eine Gesundheitspflegerin, die Sie beraten und Ihnen helfen kann, eine aktive Rolle bei der Behandlung Ihrer Krankheit zu übernehmen.

Die Krankenschwester ist hier, um:

- Beantworten Sie Ihre Fragen
- Überprüfen Sie die Anzeichen und Symptome chronischer Erkrankungen
- Wir unterstützen Sie bei der Vorbereitung von Fragen für Ihren Arzt
- Senden Sie hilfreiche Informationen

Sie müssen sich für das Healthy Lifestyles Solutions-Programm anmelden, um teilnahmeberechtigt zu sein. Es gelten besondere Einschränkungen und Richtlinien. Das Healthy Lifestyles Solutions-Programm wird von Independence Blue Cross verwaltet und die Programmdetails können sich jederzeit ändern. Rufen Sie an, gehen Sie online auf www.ibxpress.com oder laden Sie die IBX-App herunter, um die aktuellsten Informationen zum Healthy Lifestyles Solutions-Programm zu erhalten.

Um Anspruch auf die Erstattung zu haben, müssen Sie eine Krankenversicherung bei Independence abgeschlossen haben.

Die Krankenschwester wird mit Ihnen persönlich an den medizinischen Problemen arbeiten, die für Sie wichtig sind, mit dem Ziel, Ihnen zu helfen, so gesund wie möglich zu sein. Alle Gespräche sind absolut vertraulich.

Kontaktieren Sie das Benefit Fund Office und sprechen Sie mit Krankenschwester Judy. Ein 10-minütiges Gespräch könnte Ihnen den Weg zu besserer Gesundheit und einem insgesamt gesünderen Leben ebnen.

Die Krankenschwester ist von Montag bis Freitag von 9.00 bis 16.30 Uhr telefonisch unter 215-568-2345 oder 800-338-9025, Durchwahl 1401 (außerhalb des Anrufbereichs).

Das Gesundheitsmanagement-Programm für Diabetes

Wenn Sie Diabetes haben, sind Sie möglicherweise berechtigt, am Gesundheitsmanagementprogramm für Diabetes teilzunehmen. Das Programm konzentriert sich darauf, Ihnen bei der Bewältigung und Behandlung von Diabetes zu helfen. Das Programm ist vertraulich und freiwillig. Bei der Anmeldung müssen Sie zustimmen, das Programm abzuschließen, um den vollen Nutzen zu erhalten.

Im Rahmen des Programms können Sie erhalten:

- Persönliches Telefoncoaching und Untersuchungen durch unsere engagierte Krankenschwester
- Reduzierte Zuzahlungen für Generika und Marken-Diabetikermedikamente zur Behandlung von Diabetes
- Informationen von Ernährungswissenschaftlern zum Umgang mit Diabetes

Verhaltensgesundheitliche Vorteile

Ihre Leistungen im Bereich der Verhaltensgesundheit werden durch MHC abgedeckt und sind nicht Teil Ihrer medizinischen Leistungen im Rahmen Ihres Independence Blue Cross Medical Plan.

MHC unterstützt Sie und Ihre Familie, wenn Sie mit Drogenmissbrauch oder emotionalen oder psychischen Problemen zu kämpfen haben. Die erfahrenen Fachkräfte von MHC werden Ihnen die bestmögliche Pflege und Aufmerksamkeit zukommen lassen. Weitere Informationen zu den für Sie verfügbaren Leistungen und Diensten im Bereich der Verhaltensgesundheit erhalten Sie telefonisch unter 800-255-3081 oder auf der Website unter www.mhconsultants.com.

Zeigen Sie Ihre MHC-Karte vor, wenn Sie eine Behandlung bei einem Anbieter für Verhaltensgesundheit benötigen. Kontaktieren Sie MHC direkt unter 800-255-3081, um mit einem MHC-Fallmanager zu sprechen.

MHC kann bei Problemen wie diesen helfen: •

Angst/Stress

- Substanzgebrauch
- Depression
- Posttraumatischer Stress
- Kummer
- Familienprobleme
- Und vieles mehr.

Vorteile verschreibungspflichtiger Medikamente

Die Deckung verschreibungspflichtiger Medikamente, die über CVS Caremark bereitgestellt wird, beginnt automatisch, wenn Sie sich für die Krankenversicherung im Rahmen des Plans anmelden. Sie können einen Medikamentenvorrat für bis zu 30 Tage erhalten, indem Sie in eine beliebige Netzwerkapotheke gehen und Ihren CVS Caremark-Arzneimittelausweis vorzeigen. Sie können einen Medikamentenvorrat für bis zu 90 Tage erhalten, indem Sie direkt in eine beliebige CVS-Apotheke gehen oder die CVS Caremark-Versandapotheke nutzen. **Sie haben keinen Anspruch auf Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente, wenn Sie sich vom Krankenversicherungsplan abmelden.**

90-Tage-Einzelhandelsfüllungen
nur bei CVS-Apotheken erhältlich.

Wenn Sie Ihre
Dauermedikamente über die
Versandapotheke CVS Caremark
bestellen, können Sie Geld sparen.

Ihre Zuzahlungen

Bei jedem Einlösen eines Rezeptes fällt eine Zuzahlung an, die von der Einstufung des Arzneimittels abhängt. Es gibt drei Stufen verschreibungspflichtiger Medikamente:

- **Generika** – Verschreibungspflichtige Medikamente, die die kostengünstigeren Äquivalente von Markenmedikamenten sind. Sie sind von der US-amerikanischen Food and Drug Administration zugelassen und enthalten die gleichen Wirkstoffe wie ihre Markenäquivalente.
- **Arzneimittelverzeichnis** – Eine Liste von Markenmedikamenten, die von einem Gremium aus Ärzten und Apothekern ausgewählt wurde. Die Arzneimittel im Arzneimittelverzeichnis werden sorgfältig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten ausgewählt.
- **Nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführte Markenmedikamente**, die nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführt sind. Sie zahlen 100 % der Kosten für nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführte Markenmedikamente. Arzneimittelliste.

Wenn Ihr Rezept ist für:	Einzelhandel	Einzelhandel	Heim
	(30-Tage-Vorrat)	(90-Tage-Vorrat)*	Lieferung (90-Tage-Vorrat)
	Sie zahlen		
Generika	\$7	\$14	\$14
Arzneimittelliste der Marken	\$22	\$44	\$44
Nicht im Arzneimittelkatalog aufgeführte Arzneimittel	Sie bezahlen 100% der Kosten.		

*Um in einer Apotheke ein Rezept für einen 90-Tage-Vorrat an Medikamenten einzulösen, müssen Sie eine CVS-Apotheke nutzen.

Ihr jährlicher Selbstbehalt

Für die Kosten verschreibungspflichtiger Medikamente gibt es eine jährliche Höchstgrenze für die Selbstbeteiligung. Sobald Sie diese jährliche Höchstgrenze erreicht haben, übernimmt der Plan 100 % Ihrer Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente. Ihre Zuzahlungen werden auf den jährlichen Selbstbehalt angerechnet. Kosten für Medikamente, die nicht im Arzneimittelplan enthalten sind, werden nicht angerechnet. Für medizinische Leistungen gibt es einen separaten jährlichen Selbstbehalt.

Die jährlichen Selbstbeteiligungshöchstbeträge für verschreibungspflichtige Medikamente

betragen: • Einzel: 1.950 US-Dollar

• Familie: 3.900 \$

Was ist ein Arzneimittelverzeichnis?

Ein Arzneimittelverzeichnis ist eine Liste von Generika und Markenmedikamenten. Das Arzneimittelverzeichnis wurde von einem Ausschuss aus Ärzten und Apothekern bei CVS Caremark entwickelt. Der Ausschuss überprüft und aktualisiert das Arzneimittelverzeichnis regelmäßig auf der Grundlage der neuesten verfügbaren Informationen über die Wirksamkeit der einzelnen Medikamente.

Sie finden das aktuelle Arzneimittelverzeichnis, indem Sie sich unter www.caremark.com anmelden. Das Arzneimittelverzeichnis kann sich im Laufe des Jahres ändern, wenn neue Arzneimittel hinzugefügt werden, es für Markenarzneimittel generische Alternativen gibt oder sich ihr Status im Arzneimittelverzeichnis ändert.

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.

Die Anmeldung zum Zahnversicherungsplan ist optional. Melden Sie sich für den Plan an, wenn Sie (oder Ihre Angehörigen) Versicherungsschutz benötigen. Sie können sich für den Zahnversicherungsplan anmelden, auch wenn Sie auf Krankenversicherung verzichten, und Sie können sich für eine andere Versicherungsstufe anmelden. Sie können sich beispielsweise für eine Krankenversicherung nur für Mitarbeiter anmelden, aber für eine Zahnversicherung für Familien.

Übersicht über die zahnärztlichen Leistungen

Selbstbeteiligung	Keiner
Jährlicher Maximalvorteil	3.000 USD pro Person und Jahr
Präventive und diagnostische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Munduntersuchung, Reinigung, Bissflügelröntgen (zweimal jährlich); Röntgenaufnahme des gesamten Mundes alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum Alter von 19 Jahren (es gelten Einschränkungen) • Versiegelungen oder Platzhalter (es gelten Altersgrenzen) 	100 %
Grundlegende Restauration <ul style="list-style-type: none"> • Füllungen 	100 %
Größere restaurative <ul style="list-style-type: none"> • Reparaturen bestehender Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, Gussrestorationen • Brücken und Prothesen 	50 %
Endodontie <ul style="list-style-type: none"> • Wurzelkanal 	80 %
Parodontologie <ul style="list-style-type: none"> • Zahnfleischbehandlung 	80 %
Kieferorthopädie	50 % 1.000 \$ lebenslanges Maximum

Wie Sie durch die Nutzung eines teilnehmenden Zahnarztes Geld sparen können

Dies ist ein Beispiel dafür, wie Sie durch die Nutzung eines Zahnarztes im Delta Dental-Netzwerk Geld sparen können.

Verfahren: Krone	Wenn Sie ein teilnehmender Zahnarzt	Wenn Sie einen nicht teilnehmenden Zahnarzt nutzen
Zahnarzt Honorar	900 \$	900 \$
Vertragspreis von Delta Dental (erstattungsfähige Kosten)	700 \$	700 \$
Der Plan zahlt (50 % des vereinbarten Satzes)	350 \$	350 \$
Sie zahlen	350 \$	550 \$ (Differenz zwischen dem vereinbarten Tarif von Delta und der Zahnarztgebühr von 900 \$)

Hinweis: Dieses Diagramm dient nur zur Veranschaulichung. Die tatsächlichen Kosten können abweichen.

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 mit Coupons oder Sonderaktionen

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 Vollzeitbeschäftigter sind, 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 in der direkten, regelmäßigen Obhut eines zugelassenen Arztes befinden oder Ihre Betreuung durch einen MHC-Anbieter für psychische Gesundheit/Substanzgebrauch erfolgt.

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 Ortsgesprächsgebiets.

Der Arzt, der Ihre Behinderung bescheinigt, MUSS ein Netzwerkarzt sein.

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 Invaliditätsentschädigung muss innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum Ihrer Invalidität beim Fondsbüro eingereicht werden. Stellen Sie sicher, dass alle Abschnitte ausgefüllt und von Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrem behandelnden Arzt unterschrieben sind, bevor Sie sie an das Kassenbüro senden.

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.

Ihre Arzneimittelversicherung und Medicare

Bitte lesen Sie diesen Hinweis sorgfältig durch und bewahren Sie ihn an einem leicht zu findenden Ort auf.

Dieser Hinweis enthält Informationen zu Ihrer aktuellen Arzneimitteldeckung durch den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund und zu Ihren Optionen im Rahmen der Arzneimitteldeckung durch Medicare. Diese Informationen können Ihnen bei der Entscheidung helfen, ob Sie einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten möchten oder nicht. Wenn Sie einen Beitritt in Erwägung ziehen, sollten Sie Ihre aktuelle Deckung, einschließlich der Frage, welche Arzneimittel zu welchen Kosten gedeckt sind, mit der Deckung und den Kosten der Pläne vergleichen, die in Ihrer Gegend eine Medicare-Arzneimitteldeckung anbieten. Informationen darüber, wo Sie Hilfe bei der Entscheidungsfindung bezüglich Ihrer Arzneimitteldeckung erhalten können, finden Sie am Ende dieses Hinweises.

Es gibt zwei wichtige Dinge, die Sie über Ihren aktuellen Versicherungsschutz wissen müssen und Abdeckung verschreibungspflichtiger Medikamente durch Medicare:

1. **Die Medicare-Versicherung für verschreibungspflichtige Medikamente wurde 2006 für alle verfügbar, die Medicare. Sie können diesen Versicherungsschutz erhalten, wenn Sie einem Medicare-Verschreibungsmedikamentenplan oder einem Medicare-Vorteilsplan (wie einem HMO oder PPO) beitreten, der eine Arzneimittelversicherung anbietet. Alle Medicare-Verschreibungsmedikamentenpläne bieten mindestens ein von Medicare festgelegtes Standarddeckungs niveau. Einige Pläne bieten möglicherweise auch mehr Deckung gegen eine höhere monatliche Prämie.**

2. Der SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund hat festgestellt, dass die

Die vom SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan angebotene Arzneimittelversicherung zahlt im Durchschnitt für alle Planteilnehmer voraussichtlich so viel aus wie die Standard-Medicare-Arzneittelversicherung und gilt daher als anrechenbare Versicherung. Da Ihre bestehende Versicherung mindestens so gut ist wie die Standard-Medicare-Arzneittelversicherung, können Sie diese Versicherung behalten und müssen keine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen, wenn Sie sich später entscheiden, einem Medicare-Arzneittelplan beizutreten.

Wann können Sie einem Medicare-Arzneittelplan beitreten?

Sie können einem Medicare-Arzneittelplan beitreten, wenn Sie erstmals Anspruch auf Medicare haben und jedes Jahr vom 15. Oktober bis zum 7. Dezember. Wenn Sie jedoch unverschuldet Ihren aktuellen anrechenbaren Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Arzneimittel verlieren, haben Sie außerdem Anspruch auf eine zwei (2) Monate lange Sondereinschreibungsfrist (SEP), um einem Medicare-Arzneittelplan beizutreten.

Was passiert mit Ihrem aktuellen Versicherungsschutz, wenn Sie sich für den Beitritt zu einem Medicare-Verschreibungsmedikamentenplan entscheiden?

Unabhängig davon, ob Sie sich für einen Medicare-Verschreibungsplan anmelden oder nicht, bleibt Ihre aktuelle Arzneimitteldeckung bestehen, solange Sie weiterhin die Berechtigungsvoraussetzungen des SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Plan erfüllen. Ihre aktuelle Deckung deckt neben verschreibungspflichtigen Medikamenten auch andere Gesundheitskosten ab, und sofern Sie weiterhin die Berechtigungsvoraussetzungen des Fonds erfüllen, sind Sie weiterhin berechtigt, alle Ihre Gesundheits- und Arzneimittelleistungen zu erhalten, selbst wenn Sie sich für einen Medicare-Verschreibungsplan anmelden.

Wenn Sie sich für einen Medicare-Arzneittelplan anmelden und aktiv daran teilnehmen, ist Ihr Versicherungsschutz primär durch diesen Plan abgedeckt, und Medicare zahlt sekundär, nachdem dieser Plan seine Leistungen ausgezahlt hat.

Wenn Sie sich für den Beitritt zu einem Medicare-Arzneittelplan entscheiden und Ihren aktuellen Versicherungsschutz durch den SEIU 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund aufgeben, können Sie ihn nur dann wiedererlangen, wenn Sie die Berechtigungs- und Einschreibungsregeln des Fonds, einschließlich der besonderen Einschreibungsregeln, erfüllen.

Wann zahlen Sie eine höhere Prämie (Strafe), um einem Medicare-Arzneittelplan beizutreten?

Sie sollten sich auch darüber im Klaren sein, dass Sie möglicherweise eine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen müssen, um später einem Medicare-Arzneittelplan beizutreten, wenn Sie Ihren aktuellen Versicherungsschutz bei SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund kündigen oder verlieren und sich nicht innerhalb von 63 aufeinanderfolgenden Tagen nach Ende Ihres aktuellen Versicherungsschutzes einem Medicare-Arzneittelplan anschließen.

Wenn Sie 63 Tage oder länger ohne anrechenbare Arzneimitteldeckung auskommen, kann Ihre monatliche Prämie um mindestens 1 % der Medicare-Basisprämie pro Monat steigen, und zwar für jeden Monat, in dem Sie diese Deckung nicht hatten. Wenn Sie beispielsweise 19 Monate ohne anrechenbare Deckung auskommen, kann Ihre Prämie durchgängig mindestens 19 % höher sein als die Medicare-Basisprämie. Sie müssen diese höhere Prämie (eine Strafe) möglicherweise zahlen, solange Sie eine Medicare-Verschreibungsdeckung haben. Außerdem müssen Sie möglicherweise bis zum folgenden Oktober warten, um sich anzumelden.

Weitere Informationen zu dieser Mitteilung oder Ihrem aktuellen Arzneimittelversicherungsschutz

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die unten aufgeführte Person.

HINWEIS: Sie erhalten diese Mitteilung jedes Jahr. Sie erhalten sie auch vor dem nächsten Zeitraum, in dem Sie einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten können, und wenn sich diese Deckung durch SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ändert. Sie können auch jederzeit eine Kopie dieser Mitteilung anfordern.

Weitere Informationen zu Ihren Optionen im Rahmen der Medicare-Verschreibungsmedikamente-Abdeckung

Ausführlichere Informationen zu Medicare-Plänen, die eine Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Medikamente bieten, finden Sie im Handbuch „Medicare & You“. Sie erhalten jedes Jahr ein Exemplar dieses Handbuchs per Post von Medicare. Sie werden möglicherweise auch direkt von den Medicare-Arzneimittelplänen kontaktiert.

Weitere Informationen zur Medicare-Abdeckung verschreibungspflichtiger Medikamente:

- Besuchen Sie www.medicare.gov
- Rufen Sie Ihr staatliches Krankenversicherungshilfeprogramm an (die Telefonnummer finden Sie auf der Innenseite der Rückseite Ihres Exemplars des Handbuchs „Medicare & You“), um persönliche Hilfe zu erhalten
- Rufen Sie 800-MEDICARE (800-633-4227) an. TTY-Benutzer sollten 877-486-2048 anrufen.

Wenn Sie nur über begrenztes Einkommen und begrenzte Mittel verfügen, können Sie zusätzliche Hilfe bei der Bezahlung der Medicare-Verschreibungsmedikamente erhalten. Informationen zu dieser zusätzlichen Hilfe erhalten Sie im Internet bei Social Security unter www.socialsecurity.gov oder telefonisch unter 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Denken Sie daran: Bewahren Sie diesen Hinweis zur anrechenbaren Deckung auf. Wenn Sie sich entscheiden, einem der Medicare-Arzneimittelpläne beizutreten, müssen Sie möglicherweise beim Beitritt eine Kopie dieses Hinweises vorlegen, um nachzuweisen, ob Sie eine anrechenbare Deckung aufrechterhalten haben und ob Sie daher eine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen müssen oder nicht.

Wichtige Informationen

Die folgende Tabelle enthält wichtige Informationen zu dieser Mitteilung zu Medicare Teil D.

Datum	Wird bei der Anmietung und danach jährlich bereitgestellt
Name der Entität Absender	SEIU 32 BJ, Distrikt 36 BOLR Wohlfahrtsfonds
Kontakt – Position/Amt	John J. Rongione, Administrator
Adresse	1515 Marktstraße Suite 1020 Philadelphia, PA 19102
Telefonnummer	215-568-3262, Durchwahl 1400

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)

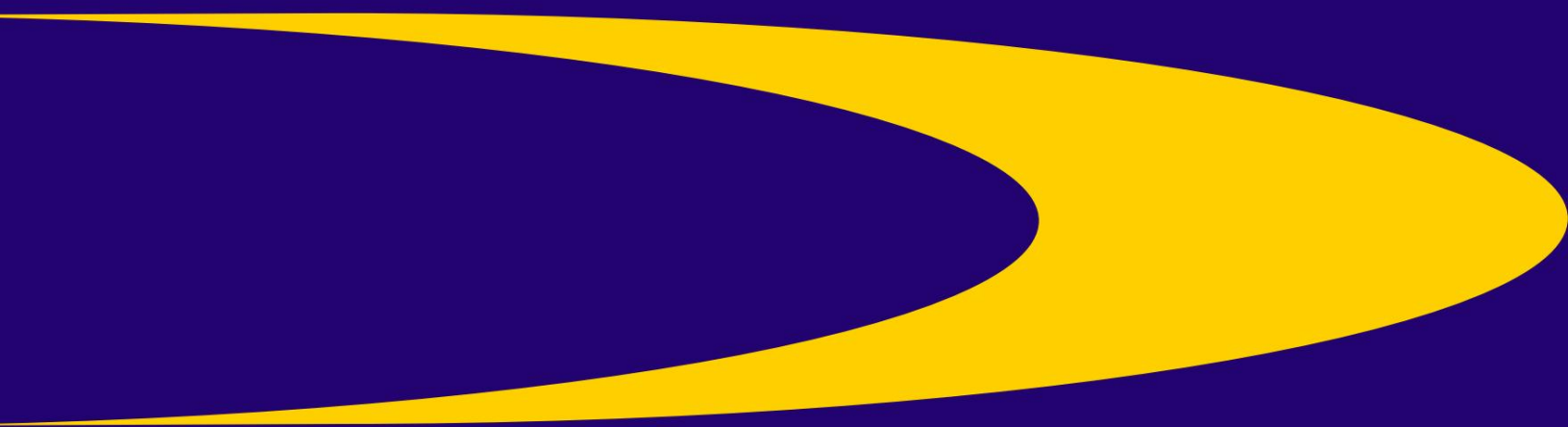
Um zu erfahren, ob es in Ihrem Bundesstaat ein Prämienunterstützungsprogramm gibt, oder um weitere Informationen zu besonderen Einschreibungsrechten zu erhalten, wenden Sie sich an:

US-Arbeitsministerium US-Gesundheitsministerium
Mitarbeitervorteilssicherheitsverwaltungen 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