



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 36Phlex Benefits für 2025 anzumelden**

Was ist drin

Übersicht zur offenen Einschreibung	2
Grundlegende Fakten	3
Ihre Krankenversicherungsoptionen	4
Gesundheit und Wohlbefinden (Healthy Lifestyles SM)— Wir arbeiten jeden Tag für Ihre Gesundheit!	6
Verhaltensgesundheitliche Vorteile	7
Die Vorteile des High Option Plan im Überblick	8
Die Vorteile des Basisplans im Überblick.....	9
Wichtige Begriffe.....	10
Vorteile verschreibungspflichtiger Medikamente.....	11
Sehhilfen	14
Lebensversicherung und Unfalltod- und Invaliditätsversicherung (AD&D)	16
Leistungen bei Invalidität	17
Erstattungskonten.....	18
Wichtige Hinweise	20

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

36Phlex Phact!

BEDENKEN SIE: Wählen Sie sorgfältig! Sobald die offene Einschreibung beendet ist, können Sie Ihre Auswahl erst wieder zur nächsten offenen Einschreibungsperiode im Herbst 2025 ändern, mit einer Deckung ab dem 1. Januar 2026, es sei denn, Sie haben 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 benötigen, um sich im Jahr 2025 für den Leistungsschutz des 36Phlex-Plans anzumelden.

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 eine Einschreibungsentscheidung treffen. Wenn Sie Änderungen an Ihrem Leistungsschutz oder Ihrem Angehörigenstatus vornehmen möchten, senden Sie Ihr ausgefülltes Phlex-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, auszusetzen oder zu beenden. Weder 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 36Phlex-Plan, wenn Sie in einem tariflich geregelten Beschäftigungsverhältnis arbeiten und Ihr Arbeitgeber durch einen Tarifvertrag dazu verpflichtet ist, in Ihrem Namen Beiträge an den Fonds zu leisten.

Wenn Sie zur Teilnahme am 36Phlex-Plan berechtigt sind, können Sie auch Ihre berechtigten Angehörigen für medizinische, 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 Heiratsurkunde für den Ehepartner
 - 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.

36Phlex Phact!

Beide

Krankenversicherungspläne

verlangen von Ihnen die Wahl eines Hausarztes und die Einholung von

Überweisungen für bestimmte Leistungen. Möglicherweise müssen Sie bestimmte Leistungen

auch von vom Hausarzt benannten Standorten beziehen, damit diese abgedeckt sind.

Wenn Sie KEINEN PCP wählen, werden die Leistungen des Plans möglicherweise nur eingeschränkt oder überhaupt nicht ausgezahlt.

Wenn Sie den Krankenversicherungsplan wechseln, vergewissern Sie sich, dass Ihr Arzt neue Patienten annimmt und ein teilnehmender Hausarzt ist.

Ihre Krankenversicherungsoptionen

Sie können zwischen zwei Krankenversicherungsplänen und einer Opt-out-Option wählen. Obwohl beide Krankenversicherungspläne eine Kostendeckung für medizinisch notwendige Versorgung bieten, funktionieren sie sehr unterschiedlich. Es ist wichtig, dass Sie jeden Plan verstehen, bevor Sie entscheiden, welche Option für Sie und Ihre Angehörigen am besten ist.

Damit die Kosten von einem der beiden Pläne abgedeckt sind, müssen die medizinischen Leistungen oder Materialien, die Sie erhalten, medizinisch notwendig, angemessen und förderfähig sein. Einige Leistungen und Materialien sind jedoch überhaupt nicht abgedeckt, während die Leistungen für andere Leistungen begrenzt sind. Weitere Einzelheiten dazu, was abgedeckt ist und was nicht, finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung.

Ihre Auswahl an Krankenversicherungsplänen

- **High Option Plan** – Dies ist ein Direct Point of Service (DPOS)-Plan. Wenn Sie sich für den High Option Plan entscheiden, haben Sie weniger PhlexPoints, die Sie für andere Vorteile ausgeben können.
- **Basisplan** – Dies ist ein Health Maintenance Organization (HMO)-Plan. Wenn Sie den kostengünstigeren Basisplan wählen, gibt der Fonds die Einsparungen in Form von zusätzlichen PhlexPoints an Sie weiter, die Sie für andere Leistungen ausgeben können.
- **Opt-out** – Wenn Sie über einen anderen Arbeitgeber oder Ihren Ehepartner krankenversichert sind, können Sie sich aus dem Krankenversicherungsplan des Fonds ausklinken und Ihre PhlexPoints für andere Leistungen ausgeben. Wenn Sie sich ausklinken, müssen Sie ein Formular zum Nachweis einer anderen Versicherung ausfüllen. Sie müssen diese Informationen dem Fonds jährlich zur Verfügung stellen, solange Sie auf die Versicherung verzichten möchten. Diese Option bietet die meisten PhlexPoints.

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, Ihren jährlichen Kontrolltermin bei Ihrem Hausarzt zu vereinbaren. Fragen Sie, welche Tests und Vorsorgeuntersuchungen bei Ihnen anstehen. Die American Cancer Society empfiehlt beispielsweise, dass Personen ab dem Alter von 45 Jahren mit Vorsorgeuntersuchungen auf Dickdarmkrebs beginnen sollten. Regelmäßige Cholesterintests prüfen auf Anzeichen einer koronaren Herzkrankheit. Und jährliche Kontrolluntersuchungen 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 online unter www.ibx.com einen finden oder sich an den Independence Member Service unter (800) 275-2583 wenden.

Wesentliche Unterschiede zwischen dem High Option Plan und dem Basic Plan

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Unterschiede zwischen den beiden Krankenversicherungsplänen zusammen. Lesen Sie den Rest dieses Handbuchs für detaillierte Beschreibungen der einzelnen Pläne.

Hoher Optionsplan	Basisplan
Sie müssen bei der Anmeldung einen PCP wählen	
Sie können die Ärzte und Krankenhäuser Ihrer Wahl nutzen. Wenn Sie im Netzwerk bleiben, sinken Ihre Eigenkosten.	Ihr PCP muss Ihre Betreuung übernehmen oder Sie an HMO-Spezialisten überweisen
Die Selbstbeteiligung gilt für außerhalb des Netzwerks/ nur selbst in Auftrag gegebene Pflegeleistungen; Ihr jährlicher Selbstbehalt beträgt 250 USD pro Person und 500 USD pro Familie	Keine Selbstbeteiligung
Die meisten Leistungen werden im Netzwerk zu 100 % abgedeckt, keine Selbstbeteiligung	Die meisten Leistungen werden zu 100 % abgedeckt
Stationäre Krankenhausleistungen im Netzwerk werden zu 100 % übernommen, keine Selbstbeteiligung	Stationäre Krankenhausbehandlungen werden zu 100 % übernommen, nach einer Selbstbeteiligung von 100 USD pro Tag (maximale Selbstbeteiligung: 500 USD pro Aufnahme)
Knie- und Hüftersatzoperationen im Blue Distinction Center + 100 % abgedeckt; Leistungen in anderen Netzwerkeinrichtungen werden zu 70 % abgedeckt; außerhalb des Netzwerks nicht abgedeckt	Knie- und Hüftersatzoperationen im Blue Distinction Center + 100 % abgedeckt; Leistungen in anderen Netzwerkeinrichtungen werden zu 70 % abgedeckt; außerhalb des Netzwerks nicht abgedeckt
Sie zahlen eine Zuzahlung von 10 USD für Arztbesuche bei PCMH-Ärzten und 20 USD für Arztbesuche bei Nicht-PCMH-Ärzten.	Sie zahlen eine Zuzahlung von 15 USD für Arztbesuche bei PCMH-Ärzten und 30 USD für Arztbesuche bei Nicht-PCMH- Ärzten (einschließlich PCPs) und 40 USD für Fachärzte.
Für die Leistungen, die von einem Anbieter außerhalb des Netzwerks übernommen werden, zahlt der Plan 70 % nach Abzug der Selbstbeteiligung für die meisten erstattungsfähigen Ausgaben.	Keine Leistungen außerhalb des Netzwerks
Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 USD pro Person und 13.500 USD pro Familie.	Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 USD pro Person und 13.500 USD pro Familie.

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 in einem der 36Phlex-Krankenversicherungspläne 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: •

- 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

36Phlex Phact!

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.

36Phlex Phact!

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 (externer Anrufbereich), erreichbar.

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.

Ein Überblick über die Vorteile des High Option Plans

Diese Tabelle bietet Ihnen einen schnellen Überblick über den High Option Medical Plan. Ausführliche Informationen zu den Leistungen des High Option Plans finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung.

NUTZEN	IM NETZWERK/VERWEIS	AUSSERHALB DES NETZWERKS/SELBSTÜCKVERWEIS
Jährliche Selbstbeteiligung	N / A	250 \$/Person; 500 \$/Familie
Jährlicher Selbstbehalt ⁸	6.750 USD/Person; 13.500 USD/Familie	6.750 USD/Person; 13.500 USD/Familie
Patientenzentrierte Hausarztbesuche	100 %, nach 10 \$ Selbstbeteiligung	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Arztbesuche (Nicht-PCMH Primär- und Spezialdienste)	100 %, nach 20 \$ Selbstbeteiligung (bei Nicht-PCMH-Anbieter)	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Gynäkologische Routineuntersuchung/Pap-Abstrich 1 pro Kalenderjahr	100 %	70%, keine Selbstbeteiligung
Mammographie	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Pädiatrische Impfungen	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie ^{4, 5} bis zu 30 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 20 \$ Selbstbeteiligung	Nicht abgedeckt
Kardiologische oder pulmonale Rehabilitation bis zu 36 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 20 \$ Selbstbeteiligung	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation) ⁵ bis zu 10 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 20 \$ Selbstbeteiligung	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Krankenhauspatient ¹	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung bis zu 70 Tage pro Kalenderjahr
Knie- und Hüftersatz ^{1, 2} Blaues Unterscheidungszentrum + Alle anderen Einrichtungen	100 % 70 %	Nicht abgedeckt Nicht abgedeckt
Notfallversorgung	40 \$ Selbstbeteiligung	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Notaufnahme IS-Besuch 1 und 2	100 \$ Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)	100 \$ Zuzahlung, keine Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)
Notaufnahmebesuch 3 plus	200 \$ Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)	200 \$ Zuzahlung, keine Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)
Ambulantes Labor/Pathologie	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Dialyse/Strahlen-/Chemotherapie	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Häusliche Gesundheitspflege ¹ bis zu 200 Besuche pro Kalenderjahr	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Hospizpflege ¹ bis zu 210 Tage pro Leben	100 %	Nicht abgedeckt
Pflegeheim ¹ bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr	100 %	Nicht abgedeckt
Ambulante Operationen (für einige ambulante Operationen kann eine Vorabbestätigung erforderlich sein) ¹	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulantes Röntgen/Radiologie ^{1, 4, 5}	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Langlebige medizinische Geräte ¹	100 %	Nicht abgedeckt
Krankenwagen Notfalltransport	100 %	100%, keine Selbstbeteiligung
Nicht-Notfalltransporte ¹	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulante private Krankenpflege ¹ bis zu 360 Stunden pro Kalenderjahr	90 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzgebrauch (Abdeckung für psychiatrische Versorgung und Substanzgebrauch) HINWEIS: Das Programm ist nicht Teil des Krankenversicherungsplans. Rufen Sie MHC unter (800) 255-3081 an.		
Stationär ^{6, 7}	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulante Besuche außerhalb der Praxis ⁶	100 %	70% nach Abzug der Selbstbeteiligung
Ambulant ⁶	100 %, nach 20 \$ Zuzahlung	70% 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. Knie-/Hüftersatzoperationen außerhalb des Netzwerks werden nicht übernommen.

3 Sie müssen zu Ihrem gewählten Hausarzt gehen.

4 Muss zum vom PCP benannten Standort gehen, damit die Pflege berücksichtigt werden kann im Netzwerk.

5 Überweisung vom Hausarzt erforderlich.

6 Netzwerkinterne 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. Weitere Informationen zur Vorzertifizierung von Diensten im Zusammenhang mit der Behandlung psychischer Erkrankungen/ Substanzmissbrauch erhalten Sie bei MHC.

8 Der jährliche Selbstbehalt umfasst die Kosten für Ihre jährliche Selbstbeteiligung sowie das Geld, das Sie im Laufe des Jahres für Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen ausgeben. Für verschreibungspflichtige Medikamente gibt es einen separaten Selbstbehalt (siehe Seite 11).

Die Vorteile des Basisplans im Überblick

Diese Tabelle bietet Ihnen einen schnellen Überblick über den Basic Medical Plan. Der Basic Plan bietet nur Abdeckung innerhalb des Netzwerks. Überweisungen sind erforderlich. Es besteht KEINE Abdeckung für Anbieter oder Einrichtungen außerhalb des Netzwerks. Ausführliche Informationen zu den Leistungen des Basisplans finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung.

NUTZEN	IM NETZWERK
Jährlicher Selbstbehalt***	6.750 USD/Person; 13.500 USD/Familie
Arztbesuche³	PCMH-Anbieter: 100 %, nach 15 \$ Selbstbeteiligung Nicht-PCMH-PCP: 100 %, nach 30 \$ Zuzahlung; Spezialist: 100 % nach 40 \$ Selbstbeteiligung
Gynäkologische Routineuntersuchung/Pap-Abstrich 1 pro Kalenderjahr; keine Überweisung erforderlich	100 %
Mammographie-Screening – keine Überweisung erforderlich	100 %
Pädiatrische Impfungen	100 %
Physiotherapie und Ergotherapie^{4, 5} Bis zu 30 Besuche insgesamt pro Kalenderjahr	100 %, nach 40 \$ Selbstbeteiligung
Kardiologische und pulmonale Rehabilitation⁵ bis zu 36 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 40 \$ Selbstbeteiligung
Sprachtherapie⁵ bis zu 20 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 40 \$ Selbstbeteiligung
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation)⁵ bis zu 20 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach 40 \$ Selbstbeteiligung
Krankenhauspatient¹	100 %, nach 100 \$ Selbstbeteiligung pro Tag; (Maximale Selbstbeteiligung: 500 \$ pro Eintritt)
Knie- und Hüftersatz^{1, 2} Blaues Unterscheidungszentrum + Alle anderen Einrichtungen	100 % 70 %
Notfallversorgung	50 \$ Selbstbeteiligung
Notaufnahme IS-Besuch 1 und 2 Notaufnahmebesuch 3 plus	100 \$ Selbstbeteiligung (wird bei Aufnahme nicht erlassen) 200 \$ Selbstbeteiligung (wird bei Aufnahme nicht erlassen)
Ambulanzlabor/Pathologie^{4, 5}	100 %
Dialyse/Strahlentherapie/Chemotherapie⁵	100 %
Häusliche Gesundheitspflege¹	100 %
Hospizpflege¹	100 %
Pflegeheim¹ bis zu 120 Tage pro Kalenderjahr	100 %, nach 50 \$ Selbstbeteiligung pro Tag; (Maximale Selbstbeteiligung: 250 \$ pro Eintritt)
Ambulante Operationen⁵	100 %, nach 50 \$ Selbstbeteiligung
Ambulantes Röntgen/Radiologie^{4, 5}	Routine/Diagnose: 100 %, nach 40 \$ Selbstbeteiligung MRT/MRA, CT/CTA-Scan, PET-Scan: 100 % nach 80 \$ Selbstbeteiligung
Langlebige medizinische Geräte und Prothesen^{1, 5}	70 %
Krankenwagen (für nicht-notfallmäßige Krankenwagendienste ist eine Vorabzulassung erforderlich)	100 %
Ambulante private Krankenpflege^{1, 5} bis zu 360 Stunden pro Jahr	90 %
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzgebrauch (Abdeckung für psychiatrische Versorgung und Substanzgebrauch) HINWEIS: Das Programm ist nicht Teil des Krankenversicherungsplans. Rufen Sie MHC unter (800) 255-3081 an.	
Stationär^{6, 7}	100 %, nach 100 USD Selbstbeteiligung pro Tag (Maximale Selbstbeteiligung: 500 \$ pro Eintritt)
Ambulante Besuche außerhalb der Praxis⁶	100 %
Ambulante Behandlung.....	100 %, nach 30 \$ Selbstbeteiligung
Für Leistungen außerhalb des Netzwerks werden keine Leistungen gezahlt.	

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. Knie-/Hüftersatzoperationen außerhalb des Netzwerks werden nicht übernommen.

3 Sie müssen zu Ihrem gewählten Hausarzt gehen.

4 Muss zum vom PCP benannten Standort gehen, damit die Pflege berücksichtigt werden kann im Netzwerk.

5 Überweisung vom Hausarzt erforderlich.

6 Netzwerkinterne 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. Weitere Informationen zur Vorzertifizierung von Diensten im Zusammenhang mit der Behandlung psychischer Erkrankungen/Substanzmissbrauch erhalten Sie bei MHC.

8 Der jährliche Selbstbehalt umfasst die Kosten für Ihre jährliche Selbstbeteiligung sowie das Geld, das Sie im Laufe des Jahres für Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen ausgeben. Für verschreibungspflichtige Medikamente gibt es einen separaten Selbstbehalt (siehe Seite 11).

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 Unterscheidungszentrum + —

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 auszuführen.

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 (nur High Option Plan)—

sind Ärzte, Gesundheitsdienstleister oder Einrichtungen, die nicht zum ausgewählten Kreis der Leistungserbringer im Rahmen des High Option Plan 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.

Planzulage (nur High Option Plan)—

ist der Betrag, den der Plan für eine bestimmte medizinische Leistung in einem bestimmten geografischen Gebiet zahlt. Wenn Sie keinen Netzwerkanbieter nutzen, sind Sie für die Kosten verantwortlich, die über den Planbetrag hinausgehen.

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-Ärzteverzeichnis konsultieren, um einen geeigneten PCP auszuwählen.

Selbstüberwiesene Pflege (nur High Option Plan)—

ist eine Behandlung, die Sie nicht von Ihrem PCP erhalten oder eine Behandlung, die Sie ohne Überweisung von Ihrem PCP erhalten. Dies ist die teuerste Art der Gesundheitsversorgung. Bei selbst in Auftrag gegebenen Behandlungen zahlt der Plan im Allgemeinen 70 % des Planbetrags, nachdem Sie die jährliche Selbstbeteiligung erreicht haben.

Vorteile verschreibungspflichtiger Medikamente

Die Arzneimitteldeckung durch CVS Caremark beginnt automatisch, wenn Sie sich für eine Krankenversicherung im Rahmen einer der 36Phlex-Planoptionen 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.**

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 (30-Tage-Vorrat)	Einzelhandel (90-Tage-Vorrat)*	Heim 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 Arzneimittel

betragen: • Alleinstehende: 1.950 \$ • Familien: 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.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

**Verwendung des CVS Caremark
Versandapotheke für**

**Erhaltungsmedikamente spart
dein Geld.**

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 eine 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. Oder Sie können sich abmelden und Ihre Phlex-Punkte anderweitig verwenden. Die Entscheidung liegt bei Ihnen.

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, Gussrestaurationen • 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.

36Phlex Phact!

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

Im Rahmen des Enhanced Vision Plan können Sie Ihre Karte nicht in Kombination mit Sonderangeboten wie Coupons oder Sonderaktionen verwenden.

Vorteile für die Sehkraft

Der 36Phlex-Plan bietet Ihnen zwei Optionen für die Sehkraftabdeckung:

- **Ein verbessertes Sehprogramm – Die Betreuung** erfolgt über ein Netzwerk von Optometristen und Augenärzten. Um den maximalen Nutzen zu erzielen, müssen Sie von teilnehmenden Ärzten oder Optometristen betreut werden.
- **Ein Rabattprogramm für Sehhilfen – Mit diesem Programm** erhalten Sie ermäßigte Preise für Augenuntersuchungen, Brillen und Kontaktlinsen.

Sie können sich selbst anmelden oder einen Versicherungsschutz für sich und Ihre Familie wählen.

Der Enhanced Vision Plan – 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. Es gelten jedoch einige Einschränkungen.
- **Wenn Sie einen nicht teilnehmenden Anbieter nutzen**, erstattet Ihnen der Plan die Kosten für Untersuchungen, Brillengestelle und Linsen bzw. Kontaktlinsen gemäß einem Zeitplan. Sie zahlen die vollen Kosten, wenn Sie die Leistungen erhalten. 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. Für Kinder unter 19 Jahren übernimmt der Plan alle 12 Monate die Kosten für eine Augenuntersuchung.

Der Plan übernimmt außerdem alle 24 Monate ein Paar neue Brillengläser und Brillengestelle oder Kontaktlinsen im Wert von bis zu 120 USD. Für Kinder unter 19 Jahren übernimmt der Plan alle 12 Monate neue Brillengläser und Brillengestelle oder Kontaktlinsen im Wert von bis zu 120 USD.

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

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 Arbeitsunfallgesetzes erbracht oder von einer Regierungsbehörde oder einem Regierungsprogramm bezogen wurden; oder
- Einfache oder Korrektur-Sonnenbrillen.

Eine vollständige Liste der Seheinschränkungen und -ausschlüsse finden Sie in der Zusammenfassung Ihrer Planbeschreibung.

Rabattprogramm für Sehbehinderte – So funktioniert der Plan

Das Discount Vision Care-Programm ist kein Vollkaskoplan. Wenn Sie sich für diesen Plan anmelden, erhalten Sie von bestimmten Anbietern einen ermäßigten Preis für Produkte und Dienstleistungen, die der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

Das Discount Vision Program wird von National Vision Administrators (NVA) angeboten. NVA verfügt über ein Netzwerk teilnehmender Augenärzte, Optometristen und Optiker, die Sie betreuen. Sie müssen einen teilnehmenden NVA-Anbieter nutzen und Ihren NVA-Ausweis vorzeigen, um die ermäßigten Leistungen zu erhalten. Wählen Sie einfach einen teilnehmenden Anbieter aus, indem Sie NVA unter 800-672-7723 anrufen, oder rufen Sie das Fund Office an.

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

Das Discount Vision-Programm deckt nicht ab:

- Medizinische oder chirurgische Behandlungen der Augen;
- Drogen oder Medikamente;
- Gläser ohne Sehstärke;
- Untersuchungen oder Materialien, die nicht als abgedeckte Leistung aufgeführt sind;
- Dienstleistungen oder Materialien, die von der Bundesregierung, den Bundesstaaten oder den lokalen Behörden oder von Arbeitnehmerorganisationen bereitgestellt werden.
Entschädigung; und
- Sehhilfen für Sehbehinderte.

Eine vollständige Liste der Seheinschränkungen und -ausschlüsse finden Sie in der Zusammenfassung Ihrer Planbeschreibung.

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 schützen. 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. Ihre Lebensversicherungsleistung wird nur ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven versicherten Beschäftigung sterben. Jede AD&D-Leistung, die infolge Ihres Unfalltodes ausgezahlt wird, entspricht der Höhe Ihrer Lebensversicherung und wird zusätzlich zu Ihrer Lebensversicherungsleistung ausgezahlt. Die Höhe Ihrer AD&D-Leistung hängt von der Art des Unfallverlusts ab. Es können Ausschlüsse und bestimmte Einschränkungen gelten. Weitere Informationen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung oder wenden Sie sich an das Fondsbüro.

Es ist wichtig, Ihren Angehörigen im Todesfall finanzielle Sicherheit zu bieten. Der Fonds übernimmt die vollen Kosten einer Lebensversicherung in Höhe von 10.000 USD und einer AD&D-Dekung in Höhe von 10.000 USD für Sie. Sie können sich auch für eine höhere Lebens- und AD&D-Versicherung entscheiden, wie unten erläutert.

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

Betrag der Lebensversicherung

Da die Höhe der passenden Deckung für jede Person unterschiedlich ist, bietet Ihnen der 36Phlex-Plan drei Deckungssummen:

- 10.000 USD
- 25.000 USD
- 50.000 USD

Auf Ihrem Anmeldeformular finden Sie die Anzahl an PhlexPoints, die Sie zum Abschluss einer Lebens- und AD&D-Versicherung benötigen.

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.

36Phlex Phact!

Diese Lebensversicherungsleistung

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

Jede AD&D-Leistung, die aufgrund Ihres Unfalltodes 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.

Leistungen bei Invalidität

Wenn Sie Vollzeitbeschäftigter 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 Ortsgesprächsgebiets.

36Phlex Phact!

Wenn Sie länger als einen Monat arbeitsunfähig sind, sollten Sie Ihre Invaliditätsformulare weiterhin regelmäßig ausfüllen, in der Regel monatlich.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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).

36Phlex Phact!

Jeder Antrag auf Invaliditätsentschädigung muss innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum Ihrer Invalidität beim Fondsbüro einreichen. 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.

36Phlex Phact!

Für diese Konten müssen Sie sich registrieren bzw. erneut registrieren, da die Teilnahme nicht automatisch von Jahr zu Jahr verlängert wird.

36Phlex Phact!

Dem entsprechenden Antragsformular müssen die entsprechenden Unterlagen beigefügt sein. Reichen Sie den Erstattungsantrag beim Leistungsträger ein.

Erstattungskonten

Abhängig von den von Ihnen gewählten Leistungen sind Sie möglicherweise zur Teilnahme an den Erstattungskonten des Fonds berechtigt.

Zwei separate Konten

Es gibt zwei separate Konten: ein Gesundheitskostenerstattungskonto und ein Pflegekostenerstattungskonto. Sie können sich entscheiden, ob Sie an einem oder an beiden Konten teilnehmen möchten. Wenn Sie sich entscheiden, an beiden Konten teilzunehmen, können Sie kein Geld von einem Konto auf das andere überweisen oder das Geld auf dem Gesundheitskostenerstattungskonto verwenden, um Pflegekosten zu bezahlen oder umgekehrt.

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ausgaben sorgfältig abschätzen, bevor Sie Ihre PhlexPoints auf diese Konten einzahlen, da **Sie nach dem 15. April sämtliches verbleibendes Guthaben auf diesem Konto verlieren**. Weitere Informationen finden Sie unter „Nutzen oder verlieren Sie es“-Frist .

Wer ist berechtigt

Sie sind berechtigt, an den Erstattungskonten teilzunehmen, wenn Ihr PhlexPoint-Gesamtwert weniger als 100 beträgt. Wenn Ihre Leistungen **weniger als 100 PhlexPoints kosten**, können Sie die restlichen PhlexPoints auf eines oder beide Erstattungskonten einzahlen. Jeder PhlexPoint, den Sie auf ein Erstattungskonto einzahlen, hat einen Wert von 5 USD. Wenn die Kosten der von Ihnen gewählten Leistungen beispielsweise 81 PhlexPoints betragen, stehen Ihnen 19 PhlexPoints zur Einzahlung auf ein Erstattungskonto zur Verfügung. Das bedeutet, dass Sie jeden Monat 95 USD (19 PhlexPoints mal 5 USD) auf Ihr Konto einzahlen können. Das IRS legt Grenzen fest, wie viel Geld Sie auf Ihr Erstattungskonto einzahlen können. Ihre monatlichen Einzahlungen dürfen die IRS-Grenze nicht überschreiten.

ERINNERUNG: Frei verkäufliche Medikamente ohne ärztliche Verschreibung werden nicht erstattet.

Nutze es oder verliere es – Frist

Gemäß den IRS-Vorschriften können Sie die Erstattungskonten (sofern Sie dazu berechtigt sind) verwenden, um sich berechtigte Ausgaben zu erstatten, die bis zum 15. März des Jahres nach dem Jahr, in dem Sie die Spende geleistet haben, entstanden sind. Alle Beträge, die bis zu diesem Datum nicht ausgegeben wurden, verfallen gemäß den Rollover-Regeln des IRS. Das bedeutet, dass jedes Geld, das am 31. Dezember noch auf Ihrem/Ihren Erstattungskonto(s) vorhanden ist, zur Erstattung von Ausgaben verwendet werden kann, die Ihnen bis zum 15. März des Folgejahres entstanden sind.

Hinweis: Während der Nachfrist angefallene Ausgaben müssen Sie bis spätestens 15. April des Folgejahres bei der Kassenstelle einreichen.

Konto für die Erstattung von Pflegekosten

Wenn Sie jemanden für die Pflege von Angehörigen bezahlen müssen, damit Sie (und Ihr Ehepartner, falls Sie verheiratet sind) arbeiten können, sollten Sie die Einrichtung eines Dependent Care Reimbursement Account in Betracht ziehen, um sich selbst die berechtigten Kosten für die Pflege von Angehörigen zurückzuerstatten. Zu diesen Kosten gehören die Kosten für eine Kindertagesstätte oder ein Altenpflegeheim oder die Kosten für eine Pflegekraft. Sie können den Dependent Care Reimbursement Account nicht für gesundheitsbezogene Kosten für Angehörige verwenden (diese Kosten deckt der Healthcare Reimbursement Account ab).

Wer gilt als abhängige Person?

Die Ausgaben müssen für „qualifizierte Angehörige“ sein, darunter:

- Ihre unterhaltsberechtigten Kinder unter 13 Jahren zum Zeitpunkt der Entstehung der Kosten, wenn Sie sie als abhängige Person in Ihrer Bundessteuererklärung angeben; und
- Andere Angehörige, wie Ihr Ehepartner, ältere Eltern oder ein älteres Kind, wenn sie körperlich oder geistig behindert oder nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, und Sie geben diese Person steuerlich als Angehörige an.

Kostennachweis

Wenn Sie Ihren Erstattungsantrag einreichen, müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und eine detaillierte Rechnung oder einen Nachweis vorlegen, dass die Kosten für den Fonds infrage kommen. Ihre Zahlungsaufforderung muss die Steueridentifikationsnummer (TIN) des Pflegedienstleisters enthalten. Bei einzelnen Anbietern ist die TIN normalerweise die Sozialversicherungsnummer dieser Person. Wenn die Person in Ihrem Haushalt arbeitet, sind Sie dafür verantwortlich, eine Arbeitgebererklärung beim IRS einzureichen und Sozialversicherungssteuer auf den an diesen Arbeitnehmer gezahlten Lohn zu zahlen.

Bundessteuergutschrift oder Konto zur Erstattung von Pflegekosten?

Für die Bezahlung der Kinderbetreuung stehen tatsächlich zwei steuergünstige Optionen zur Verfügung: das Dependent Care Reimbursement Account oder die staatliche Federal Child Care Tax Credit. Sie können nicht dieselben Ausgaben sowohl über das Dependent Care Reimbursement Account als auch über die staatliche Steuergutschrift geltend machen, aber Sie können:

- das Dependent Care Reimbursement Account nutzen; oder
- Nutzen Sie die Bundessteuergutschrift. (Nach geltendem Recht und abhängig von Ihrem bereinigten Bruttoeinkommen können Sie eine Steuergutschrift für 20 % bis 35 % Ihrer Ausgaben für die Pflege Ihrer Angehörigen in Anspruch nehmen.) Der Höchstbetrag, der zur Ermittlung der Steuergutschrift herangezogen werden kann, beträgt 3.000 USD für ein Kind und 6.000 USD für zwei oder mehr Kinder. Wenn Ihre Gutschrift also 20 % beträgt, beträgt die maximale Gutschrift für ein Kind 600 USD (20 % von 3.000 USD.)

Die Ausgaben, die Sie über das Dependent Care Reimbursement Account erstatten, werden Dollar für Dollar direkt mit den Ausgaben verrechnet, die Sie für eine Bundessteuergutschrift geltend machen können. Wenn Sie beispielsweise ein Kind haben und eine Erstattung von 3.000 USD von Ihrem Dependent Care Account erhalten, haben Sie die verfügbaren Ausgaben (3.000 USD), die Sie für ein Kind als Steuergutschrift geltend machen könnten, ausgeschöpft.

Ob in Ihrem Fall die Steuergutschrift oder das Dependent Care Reimbursement Account die bessere Methode ist, hängt von Ihrem Bruttoeinkommen und Ihrem Steuerstatus ab. Um weitere Informationen darüber zu erhalten, welche Option Ihren Bedürfnissen am besten entspricht, sollten Sie Ihren persönlichen Steuerberater konsultieren.

36Phlex Phact!

Sie können das Ausgabenkonto für die Pflege von Angehörigen verwenden, wenn Sie für die Pflege eines anspruchsberechtigten Angehörigen verantwortlich sind und Sie müssen jemand anderen für diese Pflege bezahlen, damit Sie arbeiten können. Wenn Sie verheiratet sind, können Sie dieses Konto nur verwenden, wenn Sie beide arbeiten oder wenn Ihr Ehepartner Vollzeitstudent oder behindert ist und nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Mit anderen Worten: Wenn einer von Ihnen zu Hause bleibt, um sich um die Angehörigen zu kümmern, oder nur in Teilzeit zur Schule geht, können Sie das Konto nicht verwenden.

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 Standarddeckungslevel. 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 Teilnehmer voraussichtlich so viel aus wie die Standard-Medicare-Arzneimittelversicherung und gilt daher als anrechenbare Versicherung. Da Ihre bestehende Versicherung mindestens so gut ist wie die Standard-Medicare-Arzneimittelversicherung, können Sie diese Versicherung behalten und müssen keine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen, wenn Sie sich später entscheiden, einem Medicare-Arzneimittelplan beizutreten.**

Wann können Sie einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten?

Sie können einem Medicare-Arzneimittelplan 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-Arzneimittelplan 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-Arzneimittelplan 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-Arzneimittelplan 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-Arzneimittelplan beizutreten?

Sie sollten sich auch darüber im Klaren sein, dass Sie möglicherweise eine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen müssen, um später einem Medicare-Arzneimittelplan 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-Arzneimittelplan 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-Arzneimittellplänen 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-Arzneimittelpäne 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.

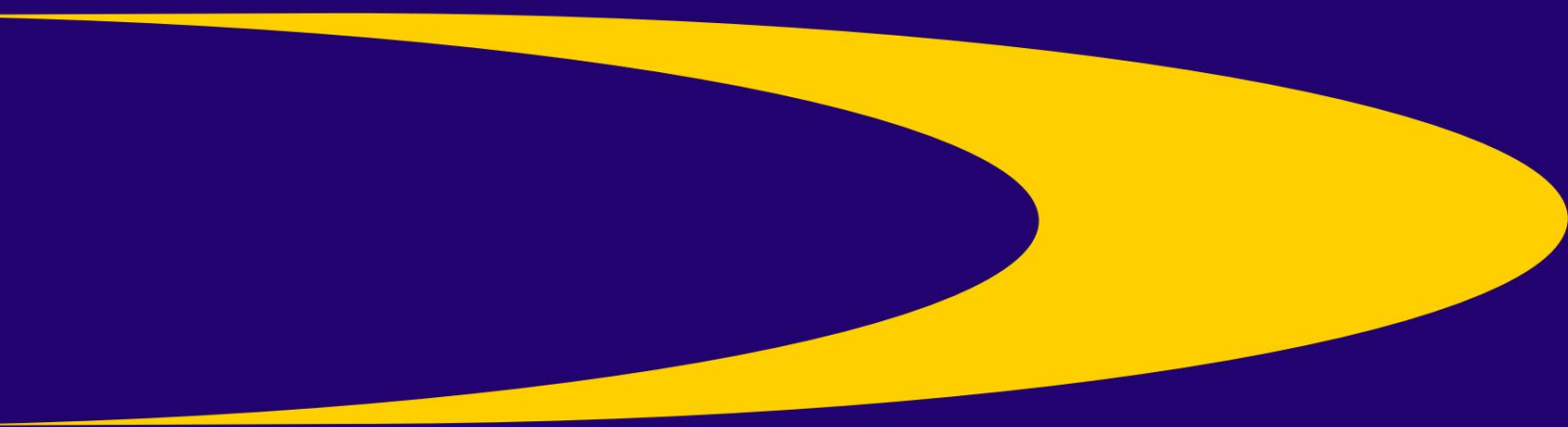
PENNSYLVANIA	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Medicaid-Telefon	800-692-7462
CHIP Website	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
CHIP-Telefon	800-986-KIDS (5437)
NEW JERSEY	Medicaid und CHIP
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