



www.seiu36.com



Die Anmeldephase hat begonnen

2026

Leitfaden zu den Vorteilen

**Sie haben nur noch bis zum 19. Dezember
Zeit, sich für die BOLR BMCA Vollzeit-
Leistungen für 2026 anzumelden!**

ANMELDEFORMULARE FÜR DIE OFFENE ANMELDUNG

Die Formulare, die Sie für die Einschreibung ausfüllen müssen, finden Sie auf den nächsten Seiten dieses Leitfadens sowie auf der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) unserer Website. Die Formulare auf der Website können

Sie können die Formulare online ausfüllen. Sie müssen sie nur noch ausdrucken, unterschreiben und dann an die Geschäftsstelle des Fonds schicken.



Über den obenstehenden QR-Code gelangen Sie direkt zu unserer Website. Öffnen Sie dazu einfach die Kamera-App auf Ihrem Smartphone oder Tablet und wählen Sie die Rückkamera aus. Richten Sie die Kamera auf den Code. Es sollte eine Benachrichtigung erscheinen. Klicken Sie darauf, um zu unserer Website zu gelangen. Stellen Sie sicher, dass Sie mit dem Internet verbunden sind.

Beachten Sie die Hinweise oben auf jedem Formular, die Ihnen helfen zu verstehen, welche Formulare Sie ausfüllen und an die Fondsverwaltung zurücksenden müssen.

WICHTIGER HINWEIS: Bitte füllen Sie nur die Formulare aus, die auf Sie zutreffen.

Und lesen Sie unbedingt auch den Rest des Leitfadens.

Wir helfen Ihnen bei Ihrer Anmeldung für den Versicherungsschutz im Jahr 2026. Wir haben den Leitfaden aktualisiert, um die Nutzung in diesem Jahr zu vereinfachen.

Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie das Fondsbüro.

Was ist drin?

Übersicht zur offenen Einschreibungsphase	2
Grundlegende Fakten	3
Medizinische Leistungen	4
Wichtige Begriffe.....	5
Gesundheit und Wohlbefinden (Gesunder LebensstilSM) — Wir arbeiten täglich daran, Ihre Gesundheit zu unterstützen!	6
Vorteile für die psychische Gesundheit	7
Leistungsübersicht.....	8
Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente.....	10
Zahnärztliche Leistungen	11
Leistungen für Sehbehinderte	13
Lebensversicherung und Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D)	14
Leistungen bei Behinderung	15
Wichtige Hinweise	16

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in Albanisch, Chinesisch, Deutsch, Italienisch, Polnisch und Spanisch verfügbar. Sie finden ihn im Bereich „Dokumente & Formulare“ auf der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Registrierungsanleitung ist auf unserer Website in albanischer Sprache verfügbar. Sie finden sie im Bereich „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Registrierungsanleitung ist auf unserer Website in chinesischer Sprache verfügbar. Gehen Sie zur Seite „Kontakte und Ressourcen“ und dann zu „Dokumente und Formulare“. Teilweise (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass das Formular nur auf Englisch verfügbar ist.

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in deutscher Sprache verfügbar. Gehen Sie zum Abschnitt „Dokumente & Formulare“ der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Registrierungsanleitung ist auf unserer Website in italienischer Sprache verfügbar. Sie finden sie im Bereich „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Dieser Leitfaden für die Personalbeschaffung ist auf unserer Website in polnischer Sprache verfügbar. Sie finden ihn im Bereich „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Registrierungsanleitung ist auf unserer Website auch auf Spanisch verfügbar. Sie finden sie im Bereich „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/>). Kontakt-Ressourcen/). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Benötigen Sie ein Formular?

Schauen Sie auf die Vorderseite

dieses Leitfadens – und auf unsere

Website!

Die Formulare, die Sie für die Anmeldung ausfüllen müssen, finden Sie auf den ersten Seiten dieses Leitfadens sowie unter „Kontakt & Ressourcen“.

Seite (<https://www.seiu36.com>).

Sie finden die Formulare auf unserer Website unter **com/contacts-resources/**. Dort

können Sie sie online ausfüllen.

Anschließend müssen Sie sie nur noch ausdrucken,

unterschreiben und an die Geschäftsstelle des Fonds senden.



Auf jedem Formular finden Sie die Bedingungen, unter denen

Sie es ausfüllen müssen. Füllen

Sie nur die für Sie zutreffenden

Formulare aus. Trennen Sie

jedes ausgefüllte Formular

an der Perforation ab und

senden Sie es im beiliegenden

Rückumschlag an die

Fondsverwaltung.

WICHTIG: Treffen Sie Ihre

Wahl sorgfältig! Nach

Ablauf der offenen

Anmeldefrist können Sie Ihre

Wahl erst wieder in der

nächsten offenen

Anmeldefrist im Herbst 2026

ändern, um einen

Versicherungsschutz ab dem

1. Januar 2027 zu erhalten,

es sei denn, es liegt eine berechtigte Statusänderung vor.

Überblick über die offene Einschreibungsphase

Oktober 2025

In diesem Leitfaden und den dazugehörigen Unterlagen finden Sie die Informationen, Formulare und Anweisungen, die Sie benötigen, um sich für die BOLR BMCA-Vollzeit-Leistungsdeckung im Jahr 2026 anzumelden.

Die jährliche Anmeldefrist bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz zu überprüfen und Änderungen an den von Ihnen gewählten Leistungen oder den mitversicherten Angehörigen vorzunehmen. Außerhalb dieser Frist sind Änderungen nur zulässig, wenn sie auf einem qualifizierenden Lebensereignis beruhen (einem „qualifizierenden Ereignis“), wie unten beschrieben. Bitte lesen Sie die beigefügten Unterlagen sorgfältig durch und berücksichtigen Sie Ihre eigenen Bedürfnisse und die Ihrer Familie, bevor Sie Entscheidungen bezüglich Ihrer Versicherung treffen. Wenn Sie Ihren Angehörigenstatus ändern möchten, senden Sie das ausgefüllte BMCA-Vollzeit-Anmeldeformular bis spätestens 19. Dezember 2025 an die Geschäftsstelle des Fonds zurück.

Wenn Sie Ihre bisherigen Leistungen und Ihren Versicherungsschutz beibehalten möchten, brauchen Sie nichts zu tun.

Falls Sie derzeit Kinder haben, die von Ihnen im Rahmen dieses Plans versichert sind, füllen Sie bitte das Formular zur Anmeldung von Angehörigen aus, um den Prämienabzug für Angehörige für das Jahr 2026 zu genehmigen.

Fragen?

Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, sich an das Benefit Funds Office zu wenden.

Sie erreichen uns unter (215) 568-3262, Durchwahl 1400 oder (800) 338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsnetzes). Sie können auch persönlich im Büro des SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund, in der Market Street 1515, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 vorbeikommen und mit einem unserer Mitarbeiter sprechen. Bitte rufen Sie uns vorher an.

WICHTIG: Erinnerung zur Statusänderung

Sie können Angehörige nur dann hinzufügen oder entfernen oder sonstige Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz außerhalb der offenen Anmeldefrist vornehmen, wenn ein qualifizierendes Ereignis eintritt.

Ein qualifizierendes Ereignis liegt vor, wenn Sie oder Ihre Angehörigen eine Lebensveränderung erfahren, die Auswirkungen auf die Verwaltung Ihrer Leistungen hat. Beispiele hierfür sind Heirat, Geburt oder Scheidung. In diesen Fällen müssen Sie gegebenenfalls Angehörige zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen oder daraus entfernen.

Für alle relevanten Ereignisse müssen Sie einen Nachweis über die Statusänderung (z. B. eine Geburts- oder Heiratsurkunde) vorlegen. **Die Unterlagen müssen dem Fonds innerhalb von 31 Tagen nach dem relevanten Ereignis vorliegen (90 Tage bei der Geburt Ihres Kindes; oder 60 Tage, wenn Sie Ihren Anspruch auf Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren, weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder wenn Sie Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfsprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben).** Weitere Informationen zu relevanten Ereignissen finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder erhalten Sie beim Fonds.

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

Dieses Dokument und die Unterlagen in Ihrem Anmeldeformular enthalten eine Kurzbeschreibung Ihrer Leistungen aus dem SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund sowie der Änderungen, die zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. Diese Unterlagen ergänzen die Beschreibungen Ihrer Leistungen. Die in diesen Dokumenten und den beigefügten Unterlagen beschriebenen Änderungen gelten ab dem 1. Januar 2026. Der Fonds beabsichtigt, den Plan und die darin genannten und in Ihrer Leistungsbroschüre beschriebenen Leistungen dauerhaft fortzuführen, behält sich jedoch das Recht vor, den Plan jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu ändern, anzupassen oder zu beenden. Weder der Erhalt dieses Anmeldeformulars noch die Anmeldung zu den im Rahmen des Plans angebotenen Leistungen begründen ein Arbeitsverhältnis. Bitte lesen Sie diese Dokumente sorgfältig durch und bewahren Sie diese wichtigen Informationen zusammen mit Ihren anderen Leistungsunterlagen auf.

Grundlegende Fakten

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Sie sind für den BOLR BMCA Vollzeitplan berechtigt, wenn Sie in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen und Ihr Arbeitgeber aufgrund eines Tarifvertrags verpflichtet ist, Beiträge in Ihrem Namen an den Fonds zu leisten.

Wenn Sie zur Teilnahme am BOLR BMCA Vollzeitplan berechtigt sind, können Sie auch Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen für Kranken-, Zahn- und Sehversicherungsleistungen anmelden. Zu Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen gehören:

- Kinder von der Geburt bis zum Alter von 26 Jahren
- Stiefkinder bis zum Alter von 26 Jahren
- Adoptivkinder (ab dem Datum der Unterbringung in Ihrem Haushalt) bis zum Alter von 26 Jahren
- Kinder, die zur Adoption freigegeben wurden
- Kinder über 26 Jahre, die aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen

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

Anmeldung von Angehörigen

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

- **Anmeldeformular für Angehörige** (bitte beide Seiten ausfüllen)
- **Dokumentenabhängiger Status** – Beispiele für Dokumente sind:
 - Gültige staatliche Geburtsurkunde, in der beide Elternteile für leibliche oder Stiefkinder aufgeführt sind unter 26 Jahren
 - Adoptionsnachweis für ein rechtmäßig adoptiertes Kind unter 26 Jahren
 - Falls Sie aufgrund einer qualifizierten medizinischen Untersuchung Ihre Kinder unter 26 Jahren in die Liste aufnehmen müssen. Kindesunterhaltsverfügung, bitte senden Sie eine Kopie der Verfügung.
 - Nachweis der Sozialversicherungsnummer
 - Wenn Sie ein Kind haben, das über das 26. Lebensjahr hinaus in Ihrer Versicherung mitversichert bleiben muss Aufgrund einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung, die sie daran hindert, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, benötigt die Fondsverwaltung regelmäßig einen Nachweis über ihre Behinderung. Diese Informationen müssen innerhalb von 31 Tagen nach dem 26. Geburtstag des Kindes vorgelegt werden.

Wenn Sie einen Angehörigen aus dem Plan entfernen möchten, müssen Sie das Abmeldeformular ausfüllen und dem Fondsbüro einen Nachweis über eine andere Krankenversicherung für diesen Angehörigen vorlegen.

Jede Änderung Ihres Angehörigenstatus muss bis zum 19. Dezember 2025 abgeschlossen und im beigefügten, frankierten Rückumschlag an die Fondsverwaltung zurückgesendet werden. Wenn Sie während der offenen Anmeldephase keinen Angehörigen hinzufügen oder abmelden, müssen Sie damit warten, bis bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen ein qualifizierendes Ereignis eintritt.

Für die Mitversicherung Ihrer Angehörigen ist eine Prämie zu entrichten. Die monatliche Prämie für 2026 beträgt 456 US-Dollar.

Qualifizierte medizinische Kindesunterhaltsanordnung (QMCSO)

Wenn Sie aufgrund einer gerichtlichen Anordnung zur medizinischen Kindesunterhaltszahlung (QMCSO) zur Zahlung von Kindesunterhalt und Krankenversicherungsschutz verpflichtet sind, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle des Fonds, um zu erfahren, welche Informationen benötigt werden. Eine QMCSO ist ein Urteil, Beschluss oder eine Anordnung des Gerichts, die Sie zur Krankenversicherung eines Kindes verpflichtet. Weitere Informationen zu den Verfahren für die Abwicklung von QMCSOs erhalten Sie ebenfalls bei der zuständigen Stelle des Fonds.

Medizinische Leistungen

Wichtige Hinweise:

Die in diesem Leitfaden beschriebenen Vorteile gelten ab dem 1. Januar 2026.

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

Wenn Sie einen Leistungserbringer außerhalb des Netzwerks in Anspruch nehmen, sind Sie für die Differenz zwischen dem vom Leistungserbringer in Rechnung gestellten Betrag und dem von Ihrer Versicherung gezahlten Betrag verantwortlich.

Vorzertifizierungsanforderungen

Bestimmte Leistungen müssen vor Behandlungsbeginn als medizinisch notwendig genehmigt werden. Dies nennt man Vorabgenehmigung. Eine Vorabgenehmigung ist unter anderem für folgende Leistungen

erforderlich: • Alle nicht notfallmäßigen Krankenhausaufenthalte

• Geplante stationäre Operationen •

Bestimmte medizinische Hilfsmittel

• Häusliche Pflege

• Stationäre Hospizpflege

• MRT/MRA

• CT/CTA-Scan

• PET-Scan

Hinweis: Dies ist keine vollständige Liste der Leistungen. Blue Cross kann die Voraussetzungen für die Vorabgenehmigung gegebenenfalls ändern. Weitere Informationen erhalten Sie beim Blue Cross-Mitgliederservice.

Vergessen Sie nicht die Vorsorge.

Regelmäßige Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen sind wichtig. Vorsorge kann chronische Krankheiten und Infektionen wie Krebs, Diabetes und Herzerkrankungen frühzeitig erkennen, bevor sie sich zu ernsthaften Gesundheitsproblemen entwickeln. Früherkennung erhöht die Heilungschancen.

Der erste Schritt besteht darin, einen Termin für Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Hausarzt zu vereinbaren. Erkundigen Sie sich, welche Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen für Sie anstehen. Die American Cancer Society empfiehlt beispielsweise, dass man ab 45 Jahren mit den Vorsorgeuntersuchungen auf Darmkrebs beginnt. Regelmäßige Cholesterininmessungen dienen der Früherkennung von koronaren Herzkrankheiten. Und jährliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen können Brustkrebs frühzeitig erkennen.

Vorsorgeuntersuchungen sind einfach und günstig. Die meisten Vorsorgeleistungen werden zu 100 % übernommen, sofern Sie einen Vertragsarzt aufsuchen. Falls Sie noch keinen Hausarzt haben, können Sie online unter www.ibx.com einen finden oder sich an den Kundenservice von Independence unter (800) 275-2583 wenden.

Wichtige Begriffe

Jährlicher Höchstbetrag für Zuzahlungen —

Dies ist der Höchstbetrag, den Sie im Laufe des Jahres an Zuzahlungen für Leistungen innerhalb des Netzwerks leisten müssen. Sobald Sie diesen jährlichen Höchstbetrag erreicht haben, übernimmt die Versicherung für den Rest des Jahres 100 % der Kosten für Leistungen innerhalb des Netzwerks.

Blue Distinction Center + —

Von Blue Cross zertifizierte ambulante Operationszentren sind auf Knie- und Hüftgelenkersatz spezialisiert. Blue Distinction Centers+ erfüllen hohe Standards in Bezug auf Qualität, Kosten, Fachkompetenz, Effektivität und Effizienz.

Selbstbeteiligung—

ist der Prozentsatz der erstattungsfähigen Kosten, den Sie für Leistungen zahlen, nachdem der Selbstbehalt entrichtet wurde.

Zuzahlung—

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

Selbstbehalt—

ist der Teil Ihrer erstattungsfähigen Kosten, den Sie jedes Jahr selbst tragen, bevor Ihr Krankenversicherungsplan Leistungen für bestimmte Leistungen erbringt.

Vertragsärzte —

Es handelt sich um eine ausgewählte Gruppe von Anbietern und Einrichtungen, die sich bereit erklärt haben, für ihre Leistungen ausgehandelte Gebühren zu erheben. Wenn Sie diese Anbieter in Anspruch nehmen, erhalten Sie Leistungen innerhalb des Versorgungsnetzes.

Medizinisch notwendige Ausgaben—

Leistungen und Hilfsmittel sind im Rahmen der Versicherung abgedeckt, sofern sie als notwendig und angemessen gelten und von der Versicherung übernommen werden. Einige Leistungen und Hilfsmittel sind gar nicht abgedeckt, während die Leistungen für andere (z. B. chiropraktische Behandlungen) begrenzt sind. Die Kosten müssen zudem während der Versicherungsdauer entstanden sein, sofern nicht ausdrücklich anders vereinbart.

Anbieter außerhalb des Netzwerks (nur beim Tarif „Hohe Leistungsklasse“) —

sind Ärzte, Gesundheitsdienstleister oder Einrichtungen, die nicht Teil der ausgewählten Gruppe von Anbietern im Rahmen des High Option Plans sind.

Patientenzentriertes medizinisches Versorgungszentrum (PCMH) –

Blue Cross hat bestimmte Ärzte, darunter Hausärzte, identifiziert, die an einem patientenzentrierten medizinischen Versorgungszentrum (PCMH) teilnehmen. Ein PCMH ist eine Praxis oder ein Ärzteteam, das zusammenarbeitet, um Ihre Behandlung besser zu koordinieren und individueller zu gestalten. Wenn Sie sich in einem PCMH behandeln lassen und einen PCMH-Arzt als Ihren Hausarzt wählen, können Sie Geld sparen.

Hausarzt (PCP) —

Der Hausarzt wird manchmal auch als „Hausarzt“ bezeichnet. Er ist Ihr erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Der Hausarzt bietet Ihnen auch die weitere Betreuung und überweist Sie bei Bedarf an Fachärzte. Blue Cross hat bestimmte Ärzte als Hausärzte benannt; bitte konsultieren Sie Ihr Blue Cross-Ärzteverzeichnis, um einen geeigneten Hausarzt auszuwählen.

Um teilnahmeberechtigt zu sein, müssen Sie sich für das Programm „Gesunde Lebensweise“ anmelden. Es gelten besondere Einschränkungen und Richtlinien. Das Programm wird von Independence Blue Cross verwaltet, und die Programmdetails können sich jederzeit ändern. Rufen Sie an, besuchen Sie www.ibx.com oder laden Sie die IBX-App herunter, um die aktuellsten Informationen zum Programm „Gesunde Lebensweise“ zu erhalten.

Sie müssen eine Krankenversicherung bei Independence abgeschlossen haben, um Anspruch auf die Erstattungen zu haben.

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

Die meisten Menschen denken erst an ihre Gesundheit und ihre Krankenversicherung, wenn sie krank sind – oder einmal im Jahr zur Vorsorgeuntersuchung. Dabei sollten Sie sich eigentlich jeden Tag Gedanken um Ihre Gesundheit und Ihre Krankenversicherung machen.

Hier ist der Grund: Ihre täglichen Entscheidungen – die Wahl Ihrer Lebensmittel, das Anlegen des Sicherheitsgurtes, die Einnahme Ihrer Medikamente gemäß ärztlicher Anweisung – können Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflussen, sowohl positiv als auch negativ. Die Programme von Independence Healthy Lifestyles Solutions bieten Ihnen Unterstützung und Beratung bei Ihren Schritten zur Verbesserung Ihrer Gesundheit und Ihrer Chancen auf ein dauerhaftes Wohlbefinden.

Von Prämien für Ihre gesunden Lebensstilentscheidungen bis hin zu maßgeschneiderten Lösungen, die so individuell sind wie Sie selbst – das Programm „Gesunde Lebensstillösungen“ unterstützt Sie dabei, gesund zu bleiben. Und das Beste: Die Teilnahme ist für Sie und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen kostenlos.

Sie müssen in den Krankenversicherungsplan eingeschrieben sein, um am Programm „Gesunde Lebensstillösungen“ teilnehmen zu können.

Für weitere Informationen oder zur Anmeldung zu einem der Programme im Rahmen des Programms „Gesunde Lebensstillösungen“ rufen Sie Montag bis Freitag von 8:00 bis 18:00 Uhr die Nummer 800-ASK-BLUE an. Folgen Sie den Anweisungen des Programms „Gesunde Lebensstillösungen“. Weitere Informationen zum Programm finden Sie online unter www.ibx.com oder in der IBX-App.

Gesund werden UND belohnt werden!

Lassen Sie sich für kleine Schritte im Alltag belohnen, die zusammen große Veränderungen für Ihre Gesundheit bewirken können. Die Erstattungen von Healthy Lifestyles Solutions bieten Ihnen: • Bis zu 150 \$

Rückerstattung Ihrer Fitnessstudio-Gebühren

- 150 \$ zurück bei einem genehmigten Gewichtsmanagementprogramm
- 150 \$ zurück für Programme zur Tabakentwöhnung.

Mit unseren Erstattungsprogrammen können Sie ganz einfach Geld für einen gesunden Lebensstil zurückbekommen. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Sie erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen, sobald Sie 120 Besuche in einer anerkannten Einrichtung absolviert haben. Reichen Sie einfach Ihre Unterlagen ein, um Ihre Erstattung schnell und sicher zu beantragen.

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

Das Gesundheitsmanagementprogramm für Diabetes mit Betreuungspflegekräften

Wenn Sie Diabetes haben, können Sie möglicherweise am Gesundheitsmanagementprogramm für Diabetes teilnehmen. Das Programm konzentriert sich darauf, Sie bei der Behandlung und dem Umgang mit Ihrer Diabeteserkrankung zu unterstützen. Das Programm ist vertraulich und freiwillig. Mit Ihrer Anmeldung verpflichten Sie sich zur vollständigen Teilnahme, um alle Vorteile nutzen zu können.

Im Rahmen des Programms können Sie Folgendes erhalten:

- Individuelles telefonisches Coaching und regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch unsere spezialisierte Krankenschwester
- Reduzierte Zuzahlungen für Generika und Markenmedikamente zur Behandlung von Diabetes
- Informationen von Ernährungswissenschaftlern, um zu lernen, wie man Diabetes behandelt

Weitere Informationen erhalten Sie bei Guardian Nurses unter der Telefonnummer 888-836-0260.

Vorteile im Bereich der Verhaltensgesundheit

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

MHC unterstützt Sie und Ihre Familie, wenn Sie mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen zu kämpfen haben. Die erfahrenen Fachkräfte von MHC bieten Ihnen bestmögliche Betreuung und Aufmerksamkeit. Um mehr über die verfügbaren Leistungen und Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit zu erfahren, rufen Sie uns unter 800-255-3081 an oder besuchen Sie unsere Website unter www.mhconsultants.com.

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

MHC kann bei Problemen wie den folgenden

helfen: • Angstzustände/

Stress • Substanzkonsum

- Depression

- Posttraumatischer Stress

- Kummer

- Familienprobleme

- Und vieles mehr.

Leistungsübersicht

NUTZEN	INNETT/ÜBERWEISUNG	AUSSERHALB DES NETZWERKS/ SELBSTÜTZT
Selbstbehalt (jährlich)		
Person	0 €	250 US-Dollar
Familie	0 €	500 US-Dollar
Jährlicher Selbstbehaltshöchstbetrag		
Person	6.750 US-Dollar	6.750 US-Dollar
Familie	13.500 US-Dollar	13.500 US-Dollar
Maximale Lebensdauer	Keiner	Keiner
Krankenhauspatient¹	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts Bis zu 70 Tage pro Kalenderjahr
Ärztliche Leistungen für stationäre Patienten	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Knie- und Hüftgelenkersatz^{1,2}		
Blue Distinction Center +	100%	Nicht abgedeckt
Alle anderen Einrichtungen	70 %	Nicht abgedeckt
Notaufnahme	Für Besuch 1 und 2: 100 % nach Abzug der Zuzahlung von 100 \$ Bei 3 oder mehr Besuchen: 100 % nach Abzug der Zuzahlung von 200 \$ Wird erlassen, falls zugelassen	Für Besuch 1 und 2: 100 % nach Abzug der Zuzahlung von 100 \$ Bei 3 oder mehr Besuchen: 100 % nach 200 \$ Zuzahlung Wird erlassen, falls zugelassen
Notfallversorgung	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 40 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Fachpflegeeinrichtung 1	100%	Nicht abgedeckt
Bis zu 60 Tage pro Jahr		
Arztpraxis PCMH PCP	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 10 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Arztpraxis Nicht-PCMH Hausärzte und Fachärzte	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 20 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Vorbeugende Gesundheitsversorgung für Erwachsene und Kinder³	100%	70 % des zulässigen Betrags, kein Selbstbehalt
Routineuntersuchung beim Gynäkologen/Pap-Abstrich (einmal pro Jahr)	100%	70 % des zulässigen Betrags, kein Selbstbehalt
Mammographie	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Kinderimpfungen	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Operation¹ (Für einige ambulante Operationen kann eine Vorabgenehmigung erforderlich sein)	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Labor/Pathologie Ambulant⁴	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts

NUTZEN	INNETT/ÜBERWEISUNG	AUSSERHALB DES NETZWERKS/ SELBSTÜTZT
Ambulante diagnostische Röntgenuntersuchung/ Radiologie^{1,4,5}	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Häusliche Krankenpflege 1 Bis zu 200 Besuche pro Kalenderjahr	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Physiotherapie/Ergotherapie^{4,5} Logopädie Bis zu 30 Besuche pro Modalität und Kalenderjahr	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 20 \$	Nicht abgedeckt
Herz- oder Lungenrehabilitation Bis zu 36 Besuche pro Modalität und Kalenderjahr	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 20 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Medizinische Geräte für den dauerhaften Gebrauch 1 Für bestimmte Artikel ist eine Vorzertifizierung erforderlich.	100%	Nicht abgedeckt
Krankenwagen Notfalltransport Nicht-Notfalltransport ¹	100% 100%	100 % des zulässigen Betrags, kein Selbstbehalt 70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Mutterschaft Erster Besuch beim Frauenarzt Krankenhaus	100% 100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts 70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation)⁵ Bis zu 10 Besuche pro Kalenderjahr	100 % nach Abzug der Zuzahlung von 20 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Dialyse/Strahlentherapie¹ /Chemotherapie	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Ernährungsberatung 6 Besuche pro Jahr	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Nährstoffformeln & Medizinische feste Nahrungsmittel¹ Eine Vorzertifizierung kann erforderlich sein.	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Ambulante private Pflege 1 Bis zu 360 Stunden pro Kalenderjahr	90 %	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Hospizpflege¹ Bis zu 210 Tage pro Leben	100%	Nicht abgedeckt
Dienstleistungen im Bereich Verhaltensgesundheit und Substanzkonsum werden von MHC, Inc. angeboten. Rufen Sie (800) 255-3081 an.		
Stationär ^{6,7}	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Ambulante Besuche außerhalb der Praxis ⁶	100%	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts
Ambulant⁶	100 % nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % des zulässigen Betrags nach Abzug des Selbstbehalts

1. Für diese Leistungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Bitte kontaktieren Sie die Mitgliederbetreuung von Keystone HPE (Independence Blue Cross), um weitere Informationen zu den Leistungen zu erhalten, für die eine Vorabgenehmigung erforderlich ist.

² Die Kosten für eine Knie- oder Hüftgelenkersatzoperation in einem Blue Distinction Center+ werden zu 100 % übernommen; die Kosten für eine Behandlung in einem Blue Distinction Center oder einer anderen teilnehmenden Einrichtung von Keystone oder AmeriHealth werden zu 70 % übernommen. Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen, die außerhalb des Netzwerks durchgeführt werden, sind nicht erstattungsfähig.

3. Sie müssen Ihren gewählten Hausarzt aufsuchen.

⁴ Die Behandlung muss in der vom Hausarzt festgelegten Einrichtung erfolgen, damit sie als innerhalb des Versorgungsnetzes liegend anerkannt wird.

5. Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.

6. Leistungen innerhalb des Netzwerks werden von MHC, Inc. erbracht, nicht von Keystone oder AmeriHealth. Kontaktieren Sie MHC für eine Liste der Netzwerkpartner. Rufen Sie MHC unter 800-255-3081 an oder besuchen Sie HMC online unter www.mhconsultants.com.

7. Für diese Leistungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Kontaktieren Sie MHC für weitere Informationen zur Vorabgenehmigung von Leistungen im Bereich Verhaltensmedizin. Gesundheits-/Substanzgebrauchsbehandlung.

90-Tage-Packungen sind nur
in CVS-Apotheken erhältlich.

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

Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente

Die Medikamentenversorgung über CVS Caremark beginnt automatisch mit Ihrer Anmeldung zur Krankenversicherung im Rahmen des Plans. Sie erhalten Medikamente für bis zu 30 Tage in jeder teilnehmenden Apotheke gegen Vorlage Ihrer CVS Caremark-Medikamentenkarte. Dauermedikamente für bis zu 90 Tage erhalten Sie direkt in jeder CVS-Apotheke oder über die CVS Caremark-Versandapotheke. **Wenn Sie die Krankenversicherung kündigen, haben Sie keinen Anspruch auf Medikamentenversorgung.**

Ihre Zuzahlungen

Bei jeder Einlösung eines Rezepts müssen Sie eine Zuzahlung leisten, deren Höhe von der Klassifizierung des Medikaments abhängt.

Es gibt drei Stufen von verschreibungspflichtigen Medikamenten:

- **Generika** – Verschreibungspflichtige Medikamente, die kostengünstigere Alternativen zu Markenmedikamenten darstellen. Sie sind von der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA 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 im Arzneimittelverzeichnis aufgeführten Medikamente wurden sorgfältig nach ihrer Wirksamkeit, Sicherheit und ihren Kosten ausgewählt.

- **Nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführte Markenmedikamente** . Sie zahlen 100 % der Kosten für nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführte Markenmedikamente.

Arzneimittel im Arzneimittelverzeichnis.

Wenn Ihr Rezept lautet für:	Einzelhandel (30-Tage- Vorrat)	Einzelhandel (90-Tage- Vorrat)*	Heim Lieferung (90- Tage-Vorrat)
Sie zahlen			
Generika	7 US-Dollar	14 US-Dollar	14 US-Dollar
Arzneimittelverzeichnis Markenmedikamente	22 US-Dollar	44 \$	44 \$
Nicht im Arzneimittelverzeichnis aufgeführte Arzneimittel	Sie zahlen 100 % der Kosten.		

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

Ihr jährlicher Selbstbehaltshöchstbetrag

Es gibt eine jährliche Höchstgrenze für die Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Sobald Sie diese Höchstgrenze erreicht haben, übernimmt der Plan 100 % Ihrer Medikamentenkosten.

Ihre Zuzahlungen werden auf den jährlichen Selbstbehaltshöchstbetrag angerechnet. Kosten für Medikamente, die nicht von der Arzneimittelversicherung abgedeckt sind, werden nicht angerechnet. Für medizinische Leistungen gilt ein separater jährlicher Selbstbehaltshöchstbetrag.

Die jährlichen Höchstbeträge für Zuzahlungen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten betragen:

- Einzelperson: 1.950 US-Dollar
- Familie: 3.900 \$

Was ist ein Arzneimittelverzeichnis?

Ein Arzneimittelverzeichnis ist eine Liste von Generika und Markenmedikamenten. Es wurde von einem Gremium aus Ärzten und Apothekern bei CVS Caremark erstellt. Dieses Gremium überprüft und aktualisiert das Verzeichnis regelmäßig auf Grundlage der neuesten Erkenntnisse zur Wirksamkeit der einzelnen Medikamente.

Die aktuelle Arzneimittelliste finden Sie nach Anmeldung unter **www.caremark.com**. Die Arzneimittelliste kann sich im Laufe des Jahres ändern, da neue Medikamente hinzugefügt werden, Markenmedikamente Generika erhalten oder sich ihr Status in der Arzneimittelliste ändert.

Zahnärztliche Leistungen

Regelmäßige, professionelle Zahnpflege ist nicht nur für die Gesundheit unerlässlich, sondern kann auch schwerwiegende oder kostspielige Probleme verhindern. Deshalb deckt unser Zahnplan, der über Delta Dental angeboten wird, ein umfassendes Spektrum an zahnärztlichen Leistungen ab, einschließlich Diagnostik und Prophylaxe.

Übersicht der zahnärztlichen Leistungen

Selbstbehalt	Keiner
Jährlicher Höchstbetrag	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr
Vorbeugende und diagnostische Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Munduntersuchung, Zahnreinigung, Bissflügelaufnahmen (zweimal jährlich); Ganzkieferrentgenaufnahmen alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum 19. Lebensjahr (Grenzwerte gelten) • Versiegelungen oder Lückenhalter (Altersgrenzen gelten) 	100%
Grundlegende Wiederherstellung <ul style="list-style-type: none"> • Füllungen 	100%
Umfangreiche restaurative Eingriffe • Reparaturen an bestehenden Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, gegossene Restaurationen • Brücken und Prothesen	50%
Endodontie <ul style="list-style-type: none"> • Wurzelkanalbehandlung 	80%
Parodontologie <ul style="list-style-type: none"> • Zahnfleischbehandlung 	80%
Kieferorthopädie	50 % von 1.000 \$ maximaler Betrag über die gesamte Laufzeit

Wie Sie durch die Nutzung eines teilnehmenden Zahnarztes Geld sparen können

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

Verfahren: Krone	Wenn Sie ein teilnehmender Zahnarzt	Wenn Sie einen Zahnarzt aufsuchen, der nicht am Programm teilnimmt
Zahnarztgebühr	900 US-Dollar	900 US-Dollar
Vertragssatz von Delta Dental (erstattungsfähige Kosten)	700 US-Dollar	700 US-Dollar
Der Plan zahlt (50 % des vertraglich vereinbarten Satzes)	350 US-Dollar	350 US-Dollar
Sie zahlen	350 US-Dollar	550 US-Dollar (Differenz zwischen Deltas Vertragspreis und dem Honorar des Zahnarztes in Höhe von 900 US-Dollar)

Hinweis: Diese Tabelle dient nur zur Veranschaulichung. Die tatsächlichen Kosten können abweichen.

Leistungen für Behandlungen über 300 \$ im Voraus festlegen

Wenn Ihre Behandlung voraussichtlich 300 US-Dollar oder mehr kostet, bitten Sie Ihren Zahnarzt, vor Behandlungsbeginn eine Kostenübernahmeerklärung mit Delta Dental einzuholen. Dabei wird geprüft, ob die vorgeschlagene Behandlung für Sie geeignet ist und wie viel die Versicherung übernimmt. Durch diese Kostenübernahmeerklärung wissen Sie genau, wie viel die Versicherung zahlt – und wie viel Sie selbst bezahlen müssen. So können Sie die finanziellen Angelegenheiten vor Behandlungsbeginn regeln.

Um die Leistungen im Voraus zu ermitteln, muss Ihr Zahnarzt ein Antragsformular an Delta Dental senden, in dem die geplante Behandlung und die voraussichtlichen Kosten beschrieben sind. Delta Dental sendet Ihnen anschließend eine Abrechnung, auf der die erstattungsfähigen Leistungen und der Erstattungsbetrag aufgeführt sind. Sie können den Behandlungsplan mit Ihrem Zahnarzt besprechen und die durchzuführenden Leistungen vereinbaren. Nach Abschluss der Behandlung senden Sie bitte die Originalabrechnung mit den Behandlungsdaten und den erforderlichen Unterschriften zur Zahlung an Delta Dental zurück.

Bitte lesen Sie Ihre Leistungsbeschreibung (Summary Plan Description) für eine vollständige Liste der Einschränkungen und Ausschlüsse im Bereich der Zahnbehandlung.

Leistungen für Sehbehinderte

So funktioniert der Plan

Sie haben die Möglichkeit, sich von einem am National Vision Administrator (NVA) teilnehmenden Anbieter oder einem anderen Augenspezialisten behandeln zu lassen. Die meisten Leistungen erhalten Sie jedoch, wenn Sie einen teilnehmenden Augenarzt oder Optometristen aufsuchen.

- **Wenn Sie einen teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, 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 Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, erstattet Ihnen die Versicherung die Kosten für Untersuchungen, Brillengestelle und Brillengläser bzw. Kontaktlinsen. Sie bezahlen die vollen Kosten bei Inanspruchnahme der Leistungen. Anschließend müssen Sie einen Antrag auf Erstattung des Kostenanteils der Versicherung stellen.

Was der Plan beinhaltet

Wenn Sie Leistungen von einem NVA-Teilnehmer in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung einmal alle 24 Monate.

Der Plan beinhaltet auch die Kosten für ein neues Paar Brillengläser und -fassungen oder Kontaktlinsen bis zu einem Betrag von 120 US-Dollar alle 24 Monate (bzw. alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren).

Wenn Sie Leistungen von einem nicht teilnehmenden Augenarzt in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan einmal alle 24 Monate (bzw. einmal alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren) bis zu 30 US-Dollar für eine Augenuntersuchung.

Der Plan übernimmt außerdem einmal alle 24 Monate bis zu 60 US-Dollar für Brillengläser und bis zu 60 US-Dollar für Brillengestelle oder bis zu 120 US-Dollar für Kontaktlinsen für Kinder und Erwachsene.

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

Der Visionplan umfasst Folgendes nicht:

- Fundusfotografie;
- Medizinische oder chirurgische Behandlung der Augen;
- Dienstleistungen oder Materialien, die aufgrund des Arbeitnehmerentschädigungsgesetzes bereitgestellt oder erlangt wurden von einer Regierungsbehörde oder einem Regierungsprogramm; oder
- Einfache oder verschreibungspflichtige Sonnenbrillen.

Im Rahmen des Sehplans können Sie Ihre Versichertenkarte für augenärztliche Leistungen oder Brillen verwenden. Die Karte ist jedoch nicht mit Sonderangeboten wie Gutscheinen oder Sonderaktionen kombinierbar.

Lebensversicherung und Unfalltod & Unfallversicherung (AD&D)

Heute ist die Lebensversicherung mehr als nur eine „Sorglos-Paket“ – sie gehört zu den Notwendigkeiten des Lebens.

Eine Lebensversicherung bietet Ihrer Familie oder allen Personen, die auf Ihr Einkommen angewiesen sind, im Todesfall Schutz. Eine Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D) zahlt Ihnen eine Leistung, wenn Sie durch einen Unfall eine Gliedmaße oder Ihr Augenlicht verlieren, und Ihren Begünstigten, wenn Sie infolge eines versicherten Unfalls sterben.

Angehörige haben keinen Anspruch auf Lebens- und Unfallversicherungsschutz.

Diese Lebensversicherungsleistung

wird in der Regel nur dann ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven, versicherten Beschäftigung sterben.

Eine etwaige AD&D-Leistung, die aufgrund Ihres Unfalltodes fällig wird, entspricht der Höhe Ihrer Lebensversicherung und wird zusätzlich zu Ihrer Lebensversicherungsleistung gezahlt.

Die Höhe der

Unfallversicherungsleistung hängt von der Art des Unfallschadens ab.

Weitere Informationen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung oder erhalten Sie telefonisch beim Fondsbüro.

Es können Ausnahmen und bestimmte Einschränkungen gelten.

Eine vollständige Liste der Ausschlüsse und

Einschränkungen finden Sie in Ihrer

zusammenfassenden Leistungsbeschreibung.

Exklusiver Vorteil für Mitarbeiter

Natürlicher Tod	25.000 US-Dollar
Tod, Unfall	25.000 US-Dollar (zusätzlich zu den oben genannten Beträgen)
Leistungen bei Gliedmaßenverlust	Der genaue Betrag wird durch den Verlust bestimmt

Nicht vergessen – Ihr Begünstigter

Damit Ihre Leistungen an die gewünschte Person ausgezahlt werden, müssen Sie Ihren Begünstigten benennen und die Angaben zu Ihrem Begünstigten stets aktualisieren. Wenn Sie neu anspruchsberechtigt sind oder sich Ihr Angehörigenstatus ändert, füllen Sie bitte das Formular „Demografische Erhebung/Informationen zum Begünstigten“ aus. Wenden Sie sich an die Fondsverwaltung, falls Sie ein neues Formular benötigen. Senden Sie das Formular an die Fondsverwaltung zurück.

Kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Wenn Sie Vollzeitbeschäftigter sind und Ihr Arbeitgeber einen zusätzlichen Beitrag zum Fonds für kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen leistet, haben Sie Anspruch auf kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen.

Die Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit bieten Ihnen und Ihrer Familie eine zusätzliche wöchentliche Zahlung, wenn Sie aufgrund einer nicht arbeitsbedingten Krankheit oder Verletzung arbeitsunfähig werden.

Die Dauer der Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsrente richtet sich nach der Diagnose und den geltenden Richtlinien. Die maximale Leistungsdauer beträgt jedoch 26 Wochen. Um Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsrente zu erhalten, müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und eine Bescheinigung eines approbierten Arztes vorlegen, die Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Hinweis: Auch Anbieter von Leistungen bei psychischen Erkrankungen können eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Wenn Sie anspruchsberechtigt sind, erhalten Sie eine wöchentliche Leistung in Höhe eines Prozentsatzes Ihres regulären Gehalts, bis zu einem wöchentlichen Höchstbetrag, solange Sie arbeitsunfähig sind und sich in der direkten regelmäßigen Betreuung eines rechtlich qualifizierten Arztes befinden oder Ihre Betreuung von einem MHC-Anbieter für psychische Gesundheit/Substanzgebrauch übernommen wird.

Ihr Anspruch auf Krankengeld beginnt am vierten Werktag nach Ihrem Arztbesuch aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Krankengeld wird nicht für Zeiträume gezahlt, in denen Sie vor Ihrem Arztbesuch arbeitsunfähig waren.

Formulare für Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsleistungen müssen fristgerecht eingereicht werden. Wenn Sie aufgrund einer andauernden Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat arbeitsunfähig sind, müssen Sie regelmäßig – in der Regel einmal im Monat – die entsprechenden Formulare („blaue Formulare“) einreichen. Weitere Informationen zu Fristen und Zeitpunkten finden Sie auf dem Formular. Wenden Sie sich an die zuständige Stelle, um ein Formular zu erhalten. Sie erhalten nur dann eine Gutschrift auf Ihre Anspruchsberechtigung, wenn Sie Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsleistungen beziehen.

Weitere Informationen zu Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder rufen Sie das Fondsbüro unter 215-568-3262 oder außerhalb des Ortsnetzes unter 800-338-9025 an.

* Wenn Ihr Arbeitgeber verpflichtet ist, einen zusätzlichen Beitrag für Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit zu leisten.

Bitte beachten Sie: Einige Arbeitgeber unterliegen aufgrund ihrer Vertragsbedingungen möglicherweise weiterhin der pauschalen Leistungsregelung. Wenn Sie Anspruch auf die wöchentliche Pauschalleistung für Vollzeitbeschäftigte mit 40 oder mehr Wochenstunden haben, beträgt diese 210 \$ pro Woche. Für Vollzeitbeschäftigte mit 30 bis 39 Wochenstunden beträgt die Pauschalleistung 175 \$ pro Woche.

Der Arzt, der Ihre Behinderung bescheinigt, MUSS ein Vertragsarzt des Netzwerks sein.

Der Begriff „juristisch qualifizierter Arzt“ umfasst Ärzte (MD), Osteopathen (DO), Zahnärzte (DDS), Zahnärzte (DMD) und Podologen (DPM).

Anträge auf Krankengeld müssen innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beim Fonds eingereicht werden. Bitte stellen Sie sicher, dass alle Abschnitte vollständig ausgefüllt und von Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrem behandelnden Arzt unterschrieben sind, bevor Sie den Antrag beim Fonds einreichen.

Wichtige Hinweise

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

Besondere Anmelderechte gemäß HIPAA

Wenn Sie die Krankenversicherung für sich oder Ihre Angehörigen (einschließlich Ihres Ehepartners) aufgrund einer anderen Krankenversicherung ablehnen, können Sie sich oder Ihre Angehörigen möglicherweise später in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach Ende Ihrer anderen Versicherung beantragen und entsprechende Nachweise vorlegen. Wenn Sie durch Heirat, Adoption oder Adoption ein neues Familienmitglied bekommen, können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach der Heirat, Adoption oder Adoption beantragen. Bei Geburt eines Kindes können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt beantragen.

Der Fonds bietet außerdem eine Sonderanmeldemöglichkeit, wenn Sie oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen entweder:

- Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP), weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder
- Anspruch auf Prämienbeihilfe eines Bundesstaates im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben.

Für diese Anmeldemöglichkeiten haben Sie ab dem Datum der Medicaid/Änderung der CHIP-Berechtigung zur Beantragung der Teilnahme am Fonds. Bitte beachten Sie, dass diese 60-tägige Fristverlängerung **nur** für Anmeldemöglichkeiten aufgrund von Änderungen der Medicaid/CHIP-Berechtigung gilt.

Die Anmeldeunterlagen müssen innerhalb von 31, 60 oder 90 Tagen nach Antragstellung auf Sonderanmeldung vollständig ausgefüllt und alle Nachweise über den Angehörigenstatus dem Plan vorgelegt werden. Sollten Sie die Anmeldeunterlagen nicht innerhalb der vorgegebenen Frist vervollständigen und die Nachweise über den Angehörigenstatus nicht innerhalb dieser Frist erbringen können (beispielsweise, wenn zusätzliche Zeit für die Beschaffung einer Geburtsurkunde für ein Neugeborenes benötigt wird), kann die Frist verlängert werden.

KOBRA

Gemäß 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 beenden Ihr Arbeitsverhältnis aus irgendeinem Grund (außer grobem Fehlverhalten), oder
- Ihre Arbeitszeit wird reduziert.

COBRA ermöglicht es Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen außerdem, ihren Krankenversicherungsschutz für bis zu 36 Monate fortzuführen, wenn der Versicherungsschutz andernfalls aus folgenden Gründen enden würde:

- Du stirbst,
- Sie und Ihr Ehepartner lassen sich scheiden oder leben getrennt,
- Sie werden für Medicare berechtigt, oder
- Ihre Angehörigen sind nicht mehr im Rahmen des Krankenversicherungsplans versicherungsberechtigt.

Sie und Ihre Angehörigen können die Versicherung grundsätzlich innerhalb von 60 Tagen nach deren Beendigung oder ab dem Datum des Erhalts der Kündigungsmitteilung (je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt) fortsetzen. Die Fortführung des Versicherungsschutzes tritt am ersten Tag des Monats nach dem Ereignis, das zur Beendigung des Versicherungsschutzes geführt hat, in Kraft, sofern Sie die erforderliche Prämie entrichten. Sie können nur den Versicherungsschutz fortführen, der einen Tag vor dem Ereignis bestand. Änderungen Ihrer Wahlmöglichkeiten können Sie jedoch jedes Jahr während der jährlichen Anmeldefrist vornehmen.

Wenn sich der Krankenversicherungsplan ändert, gelten diese Änderungen auch für den Versicherungsschutz im Rahmen von COBRA.

Um Versicherungsschutz nach 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 Bundesrecht die Leistungen für die Dauer eines Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit der Geburt für Mutter oder Neugeborenes grundsätzlich nicht auf weniger als 48 Stunden nach einer vaginalen Entbindung bzw. weniger als 96 Stunden nach einem Kaiserschnitt beschränken. Das Bundesrecht verbietet dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin jedoch in der Regel nicht, die Mutter oder das Neugeborene nach Rücksprache mit der Mutter früher als nach 48 Stunden (bzw. 96 Stunden) zu entlassen.

In jedem Fall dürfen Krankenversicherungen und Krankenversicherer nach Bundesrecht nicht verlangen, dass ein Leistungserbringer eine Genehmigung der Krankenversicherung oder des Krankenversicherers einholt, um eine Aufenthaltsdauer von höchstens 48 Stunden (bzw. 96 Stunden, falls zutreffend) vorzuschreiben.

Gesetz über Frauengesundheit und Krebsrechte

Das Gesetz über die Rechte von Frauen im Bereich Gesundheit und Krebs (Women's Health and Cancer Rights Act) verpflichtet Gruppenkrankenversicherungen und deren Versicherungsgesellschaften sowie HMOs, bestimmte Leistungen für Patientinnen nach einer Mastektomie zu erbringen, die sich für eine Brustrekonstruktion entscheiden. Im Falle einer Versicherten, die Leistungen im Zusammenhang mit einer Mastektomie bezieht, erfolgt die Kostenübernahme in Absprache mit dem behandelnden Arzt für:

- 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 nach einer Mastektomie, einschließlich Lymphödem

Die Leistungen für Brustrekonstruktionen unterliegen Selbstbehalten und Kostenbeteiligungsbeschränkungen, die mit den für andere Leistungen im Rahmen des Plans festgelegten Bestimmungen übereinstimmen.

Erinnerung an den HIPAA-Datenschutzhinweis

Die Datenschutzbestimmungen des Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) verpflichten den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (der „Plan“), die Teilnehmer regelmäßig an die Verfügbarkeit der Datenschutzerklärung des Plans und deren Bezugsmöglichkeiten zu erinnern. Die Datenschutzerklärung erläutert die Rechte der Teilnehmer und die rechtlichen Pflichten des Plans in Bezug auf geschützte Gesundheitsdaten (PHI) sowie deren Verwendung und Weitergabe. Sie können eine Kopie der Datenschutzerklärung auch telefonisch beim Fonds unter +1 215-568-3262, Durchwahl 1400, oder +1 800-338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsnetzes) anfordern.

Ihre Arzneimittelversorgung und Medicare

Bitte lesen Sie diese Mitteilung sorgfältig durch und bewahren Sie sie gut auf. Sie enthält Informationen zu Ihrer aktuellen Arzneimittelversorgung durch den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund sowie zu Ihren Optionen im Rahmen der Medicare-Arzneimittelversorgung. Diese Informationen können Ihnen bei der Entscheidung helfen, ob Sie einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten möchten. Wenn Sie einen Beitritt erwägen, sollten Sie Ihre aktuelle Versorgung – einschließlich der abgedeckten Medikamente und der Kosten – mit den Leistungen und Kosten der in Ihrer Region verfügbaren Medicare-Arzneimittelpläne vergleichen. Informationen darüber, wo Sie Unterstützung bei Entscheidungen zu Ihrer Arzneimittelversorgung erhalten, finden Sie am Ende dieser Mitteilung.

Es gibt zwei wichtige Dinge, die Sie über Ihren aktuellen Versicherungsschutz wissen müssen, und Medicare-Verschreibungspflichtige-Medikamenten-Abdeckung:

1. Die Medicare-Arzneimittelversorgung wurde 2006 für alle mit Medicare. Sie erhalten diesen Versicherungsschutz, wenn Sie einem Medicare-Rezeptarzneimittelplan oder einem Medicare Advantage-Plan (wie einer HMO oder PPO) beitreten, der eine Rezeptarzneimittelversorgung bietet. Alle Medicare-Rezeptarzneimittelpläne bieten mindestens einen von Medicare festgelegten Standardleistungsumfang. Einige Pläne bieten gegen eine höhere monatliche Prämie möglicherweise auch einen erweiterten Leistungsumfang.

2. Der Wohlfahrtsfonds der SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR, hat festgestellt, dass

Die von der SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan angebotene Arzneimittelversorgung deckt im Durchschnitt für alle Versicherten voraussichtlich genauso viel ab wie die Standard-Arzneimittelversorgung von Medicare und gilt daher als anrechenbarer Versicherungsschutz. Da Ihr bestehender Versicherungsschutz mindestens so gut ist wie die Standard-Arzneimittelversorgung von Medicare, können Sie diesen beibehalten und müssen keine höhere Prämie (eine Strafgebühr) zahlen, wenn Sie sich später für einen Medicare-Arzneimittelplan entscheiden.

Wann kann man einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten?

Sie können einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten, sobald Sie erstmals Anspruch auf Medicare haben, und jedes Jahr vom 15. Oktober bis zum 7. Dezember. Sollten Sie jedoch Ihre derzeitige anrechenbare Arzneimittelversorgung unverschuldet verlieren, haben Sie außerdem Anspruch auf eine zweimonatige Sonderanmeldefrist (Special Enrollment Period, SEP), um einem Medicare-Arzneimittelplan beizutreten.

Was geschieht mit Ihrem aktuellen Versicherungsschutz, wenn Sie sich für einen Medicare-Rezeptarzneimittelplan entscheiden?

Unabhängig davon, ob Sie sich für einen Medicare-Rezeptplan anmelden oder nicht, bleibt Ihr aktueller Medikamentenschutz bestehen, solange Sie die Anspruchsvoraussetzungen des SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR-Sozialplans erfüllen. Ihre bestehende Versicherung deckt neben verschreibungspflichtigen Medikamenten auch andere Gesundheitskosten ab. Solange Sie die Anspruchsvoraussetzungen des Fonds weiterhin erfüllen, behalten Sie Ihren Anspruch auf alle Gesundheits- und Medikamentenleistungen, selbst wenn Sie sich für einen Medicare-Rezeptplan entscheiden.

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

Wenn Sie sich für einen Medicare-Arzneimittelplan entscheiden und Ihre derzeitige Versicherung über den SEIU 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund aufgeben, können Sie diese nur dann wiedererlangen, wenn Sie die Anspruchs- und Anmeldebestimmungen des Fonds, einschließlich der besonderen Anmeldebestimmungen, erfüllen.

Wann müssen Sie eine höhere Prämie (Strafgebühr) zahlen, um einem Medicare-Arzneimittelplan beizutreten?

Sie sollten außerdem wissen, dass Sie, wenn Sie Ihre derzeitige Versicherung bei SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund kündigen oder verlieren und nicht innerhalb von 63 aufeinanderfolgenden Tagen nach Beendigung Ihrer aktuellen Versicherung einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten, möglicherweise eine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen müssen, um später einem Medicare-Arzneimittelplan beizutreten.

Wenn Sie 63 Tage oder länger ununterbrochen keine anrechenbare Arzneimittelversicherung haben, kann sich Ihre monatliche Prämie um mindestens 1 % der Medicare-Basisprämie für jeden Monat erhöhen, in dem Sie keine solche Versicherung hatten. Wenn Sie beispielsweise 19 Monate lang keine anrechenbare Versicherung haben, kann Ihre Prämie dauerhaft mindestens 19 % höher sein als die Medicare-Basisprämie. Diese höhere Prämie (eine Art Strafzuschlag) müssen Sie möglicherweise so lange zahlen, wie Sie über eine Medicare-Arzneimittelversicherung verfügen. Außerdem müssen Sie möglicherweise bis zum folgenden Oktober warten, um beizutreten.

Für weitere Informationen zu dieser Mitteilung oder Ihrer aktuellen Arzneimittelversorgung

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

Hinweis: Sie erhalten diese Mitteilung jährlich. Sie erhalten sie außerdem vor dem nächsten Zeitraum, in dem Sie einem Medicare-Arzneimittelplan beitreten können, sowie bei Änderungen Ihres Versicherungsschutzes über den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund. Sie können jederzeit eine Kopie dieser Mitteilung anfordern.

Weitere Informationen zu Ihren Optionen im Rahmen der Medicare-Rezeptmedikamentenversicherung

Detailliertere Informationen zu Medicare-Plänen mit Arzneimittelversorgung finden Sie im Handbuch „Medicare & You“. Sie erhalten jedes Jahr ein Exemplar des Handbuchs per Post von Medicare. Es kann auch vorkommen, dass Sie direkt von Medicare-Arzneimittelpänen kontaktiert werden.

Weitere Informationen zur Medicare-Arzneimittelversorgung:

- Besuchen Sie www.medicare.gov
- Wenden Sie sich an Ihr staatliches Krankenversicherungs-Hilfsprogramm (die Telefonnummer finden Sie auf der Innenseite des hinteren Umschlags Ihres Exemplars des Handbuchs „Medicare & You“), um individuelle Hilfe zu erhalten.
- Rufen Sie 800-MEDICARE (800-633-4227) an. TTY-Nutzer wählen bitte 877-486-2048.

Wenn Sie über ein geringes Einkommen und Vermögen verfügen, können Sie zusätzliche Unterstützung bei den Kosten für Ihre Medicare-Arzneimittelversorgung erhalten. Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Website der Sozialversicherung unter www.socialsecurity.gov oder telefonisch unter 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Wichtig: Bewahren Sie diese Bescheinigung über Ihre anrechenbare Versicherungszeit auf. Wenn Sie sich für einen der Medicare-Arzneimittelpäne entscheiden, müssen Sie möglicherweise bei Ihrem Beitritt eine Kopie dieser Bescheinigung vorlegen, um nachzuweisen, ob Sie eine anrechenbare Versicherungszeit aufrechterhalten haben und ob Sie daher eine höhere Prämie (eine Strafe) zahlen müssen.

Wichtige Informationen

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

Datum	Wird bei Vertragsabschluss und danach jährlich zur Verfügung gestellt
Name des Absenders	SEIU 32 BJ, Bezirk 36 BOLR Wohlfahrtsfonds
Kontakt – Position/Büro	John J. Rongione, Administrator
Adresse	Marktstraße 1515 Suite 1020 Philadelphia, PA 19102
Telefonnummer	215-568-3262, Durchwahl 1400

Medicaid und das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid und dem Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Wenn Sie oder Ihre Kinder Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben und Sie über Ihren Arbeitgeber krankenversichert sind, bietet Ihr Bundesstaat möglicherweise ein Prämienbeihilfeprogramm an, das Ihnen mit Mitteln aus den Medicaid- oder CHIP-Programmen bei den Versicherungskosten hilft. Sollten Sie oder Ihre Kinder keinen Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben, sind Sie nicht für diese Prämienbeihilfeprogramme berechtigt, können aber möglicherweise eine private Krankenversicherung über den Krankenversicherungsmarktplatz abschließen. Weitere Informationen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen bereits bei Medicaid oder CHIP versichert sind und in einem der unten aufgeführten Bundesstaaten wohnen, wenden Sie sich an Ihr zuständiges Medicaid- oder CHIP-Büro, um zu erfahren, ob eine Prämienunterstützung verfügbar ist.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen derzeit nicht bei Medicaid oder CHIP versichert sind und glauben, dass Sie oder Ihre Angehörigen für eines dieser Programme in Frage kommen könnten, wenden Sie sich bitte an die zuständige Medicaid- oder CHIP-Stelle Ihres Bundesstaates oder rufen Sie die Nummer **877-KIDS NOW** an bzw. besuchen Sie www.insurekidsnow.gov, um Informationen zur Antragstellung zu erhalten. Falls Sie die Voraussetzungen erfüllen, erkundigen Sie sich bei Ihrem Bundesstaat, ob es ein Programm gibt, das Sie bei der Zahlung der Beiträge für eine betriebliche Krankenversicherung unterstützen könnte.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen Anspruch auf Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid oder CHIP haben und auch über Ihren Arbeitgeber versichert sind, muss Ihr Arbeitgeber Ihnen die Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan ermöglichen, sofern Sie noch nicht angemeldet sind. Dies wird als „Sonderanmeldemöglichkeit“ bezeichnet. **Sie müssen die Versicherung innerhalb von 60 Tagen nach Feststellung Ihres Anspruchs auf Prämienbeihilfe beantragen.** Bei Fragen zur Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan wenden Sie sich bitte an das US-Arbeitsministerium unter www.askebsa.dol.gov oder telefonisch unter **866-444-EBSA (3272)**.

Die folgende Liste der Bundesstaaten ist auf dem Stand vom 31. Juli 2025. Kontaktieren Sie Ihren Bundesstaat für weitere Informationen zur Teilnahmeberechtigung.

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-Hilfetelefon	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 herauszufinden, ob Ihr Bundesstaat ein Prämienunterstützungsprogramm anbietet, oder um weitere Informationen zu besonderen Anmelderechten zu erhalten, wenden Sie sich bitte an:

US-Arbeitsministerium, US-Gesundheitsministerium
Verwaltung der Mitarbeiterleistungen (Centers for Medicare & Medicaid Services)
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Menüoption 4, Durchwahl 61565

www.seiu36.com



Oktober 2025

Union Bug