



www.seiu36.com



Die Anmeldephase hat begonnen

2026

Leitfaden zu den Vorteilen

**Sie haben nur noch bis zum 19. Dezember
Zeit, sich für die 36Phlex-Vorteile 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
Ihre Optionen für den Krankenversicherungsplan	4
Gesundheit und Wohlbefinden (Gesunder LebensstilSM) —	
Wir arbeiten täglich daran, Ihre Gesundheit zu unterstützen!	6
Vorteile für die psychische Gesundheit	7
Ein Überblick über die Vorteile des High Option Plans	8
Ein Überblick über die Leistungen des Basistarifs.....	9
Wichtige Begriffe.....	10
Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente	11.
Zahnärztliche Leistungen	12
Leistungen für die Sehfähigkeit	14
Lebensversicherung und Unfallversicherung mit	
Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D)	16
Kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen	17
Flexible Ausgabenkonten	18
Wichtige Hinweise	20

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 Registrierung ist nicht möglich, da sie nicht im Internet verfügbar ist. Lesen Sie die Abschnitte „Formulardokumente“ und „Kontaktdaten“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ich habe mir vorgenommen, die Formel erst vor Kurzem aufzugeben.

yyyyyyyyyyyyyyyyyy"yyyyyyyy"yyyy"yyyy"
ÿÿ(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)ÿyyyyyyyyyyyy

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 Anleitung zur Gesamtbewertung ist auf Italienisch auf unserer Website verfügbar. Besuchen Sie den Abschnitt „Dokumente und Module“ auf der Seite „Kontakte und Risiken“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ich stelle Ihnen vor, welche Module nur auf Englisch verfügbar sind.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest typu polskim na naszej stronie internetowej. Lesen Sie den Abschnitt „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Kontakte“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Als Nächstes wurde die Formel nur mit einem Klick erstellt.

Diese Guía de Inscripción ist auf Spanisch auf unserer Website verfügbar. Lesen Sie den Abschnitt „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Rekursiones“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Wir wissen, dass die Formeln 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](http://www.seiu36.com)).

Sie finden die Formulare auf unserer Website unter [com/contacts-resources/](http://www.seiu36.com/contacts-resources/). Dort

können Sie sie online ausfüllen. Anschließend müssen Sie sie nur noch ausdrucken, unterschreiben und an die Geschäftsstelle



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.

36Phlex Phact!

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 den Versicherungsschutz des 36Phlex-Plans im Jahr 2026 anzumelden.

Die jährliche Anmeldefrist bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz zu überprüfen und Änderungen an den 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 eine Entscheidung treffen. Wenn Sie Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz oder dem Status Ihrer Angehörigen vornehmen möchten, senden Sie das ausgefüllte Phlex-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.

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 Leistungsbeschreibung beschriebenen Leistungen dauerhaft fortzuführen, behält sich jedoch das Recht vor, den Plan jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu ändern, auszusetzen 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 36Phlex-Plan 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 36Phlex-Plan berechtigt sind, können Sie auch Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen für medizinische, zahnärztliche und augenärztliche Leistungen anmelden. Zu Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen gehören:

- Ihr Ehepartner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Ehepartner)
- 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 Heiratsurkunde für den Ehepartner
 - 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 Kindesunterhaltsverfügung Ihre Kinder unter 26 Jahren in die Unterhaltsregelung aufnehmen müssen, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung vor.
 - Nachweis der Sozialversicherungsnummer
 - Falls Ihr Kind aufgrund einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung, die es daran hindert, seinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, auch nach dem 26. Lebensjahr weiterhin über Ihre Versicherung versichert bleiben muss, benötigt die Versicherungskasse regelmäßig einen Nachweis über die Behinderung. Dieser Nachweis muss innerhalb von 31 Tagen nach dem 26. Geburtstag des Kindes eingereicht 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 beigelegten, 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.

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.

36Phlex Phact!

Beide Krankenversicherungen verlangen die Wahl eines Hausarztes und die Einholung von Überweisungen für bestimmte Leistungen. Unter Umständen müssen Sie bestimmte Leistungen auch in von Ihrem Hausarzt benannten Einrichtungen in Anspruch nehmen. Wenn Sie keinen Hausarzt wählen, können die Leistungen Ihres Plans eingeschränkt oder gar nicht gezahlt werden. Wenn Sie Ihre Krankenversicherung wechseln, vergewissern Sie sich, dass Ihr Arzt neue Patienten aufnimmt und ein teilnehmender Hausarzt ist.

Ihre Optionen für den Krankenversicherungsplan

Sie können zwischen zwei Krankenversicherungen und einer Ausstiegsoption wählen. Beide Versicherungen decken zwar medizinisch notwendige Behandlungen ab, funktionieren aber sehr unterschiedlich. Es ist wichtig, dass Sie die einzelnen Versicherungen verstehen, bevor Sie entscheiden, welche Option für Sie und Ihre Angehörigen am besten geeignet ist.

Um von einem der beiden Tarife abgedeckt zu sein, müssen die von Ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen oder Hilfsmittel medizinisch notwendig, angemessen und erstattungsfähig sein. Einige Leistungen und Hilfsmittel sind jedoch gar nicht abgedeckt, während die Leistungen für andere Leistungen eingeschränkt sind. Weitere Informationen darüber, was abgedeckt ist und was nicht, finden Sie in Ihrer Tarifbeschreibung.

Ihre Optionen für den Krankenversicherungstarif

- Tarif „**Hohes Leistungspaket**“ – Dies ist ein Tarif mit Direktzahlung (DPOS). Wenn Sie sich für den Tarif „Hohes Leistungspaket“ entscheiden, stehen Ihnen weniger PhlexPoints für andere Vorteile zur Verfügung.
- **Basistarif** – Dies ist ein Tarif einer Krankenversicherungsorganisation (HMO). Wenn Sie sich für den kostengünstigeren Basistarif entscheiden, gibt der Fonds die Einsparungen in Form zusätzlicher PhlexPoints an Sie weiter, die Sie für andere Leistungen einsetzen können.
- **Abmeldung** – Falls Sie über einen anderen Arbeitgeber oder Ihren Ehepartner anderweitig krankenversichert sind, können Sie sich von der Krankenversicherung des Fonds abmelden und Ihre PhlexPoints für andere Leistungen verwenden. In diesem Fall müssen Sie ein Formular zum Nachweis einer anderen Krankenversicherung ausfüllen. Diese Informationen müssen Sie dem Fonds jährlich übermitteln, solange Sie auf den Versicherungsschutz verzichten möchten. Mit dieser Option erhalten Sie die meisten PhlexPoints.

Vergessen Sie nicht die Vorsorge.

Regelmäßige Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen sind wichtig. Vorsorge kann chronische Krankheiten und Infektionen wie Krebs, Diabetes und Herzkrankungen 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 Cholesterinmessungen dienen der Früherkennung von koronaren Herzkrankheiten. Und jährliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen können Brustkrebs frühzeitig erkennen.

Vorsorgeuntersuchungen sind einfach und erschwinglich. Die meisten Vorsorgeleistungen werden zu 100 % übernommen, sofern Sie einen Vertragsarzt aufsuchen.

Wenn Sie keinen Hausarzt haben, können Sie einen online unter www.ibx.com finden oder Sie können den Kundenservice von Independence unter (800) 275-2583 kontaktieren.

Wichtigste Unterschiede zwischen dem Premium-Tarif und dem Basis-Tarif

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Unterschiede zwischen den beiden Krankenversicherungen zusammen. Ausführliche Beschreibungen der einzelnen Tarife finden Sie im restlichen Teil dieses Ratgebers.

Premium-Optionsplan	Basistarif
Sie müssen bei der Anmeldung einen Hausarzt (PCP) auswählen.	
<p>Sie können die Ärzte und Krankenhäuser Ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Die Nutzung von Einrichtungen innerhalb des Netzwerks reduziert Ihre Zuzahlungen.</p>	<p>Ihr Hausarzt muss Sie entweder behandeln oder Sie an Fachärzte der Krankenkasse überweisen.</p>
<p>Die Selbstbeteiligung gilt auch für Leistungen außerhalb des Netzwerks. Nur für selbstüberwiesene Pflegeleistungen; Ihre jährliche Selbstbeteiligung beträgt 250 US-Dollar pro Person und 500 US-Dollar pro Familie.</p>	<p>Keine Selbstbeteiligung</p>
<p>Die meisten Leistungen werden innerhalb des Netzwerks zu 100 % übernommen, ohne Selbstbeteiligung.</p>	<p>Die meisten Leistungen sind zu 100 % abgedeckt.</p>
<p>Stationäre Krankenhausleistungen innerhalb des Netzwerks werden zu 100 % übernommen, ohne Selbstbeteiligung.</p>	<p>Stationäre Krankenhausleistungen werden zu 100 % übernommen, nach einer Zuzahlung von 100 US-Dollar pro Tag (maximale Zuzahlung: 500 US-Dollar pro Aufnahme).</p>
<p>Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen im Blue Distinction Center+ werden zu 100 % übernommen; Leistungen in anderen Einrichtungen des Netzwerks werden zu 70 % übernommen; Leistungen außerhalb des Netzwerks werden nicht übernommen.</p>	<p>Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen im Blue Distinction Center+ werden zu 100 % übernommen; Leistungen in anderen Einrichtungen des Netzwerks werden zu 70 % übernommen; Leistungen außerhalb des Netzwerks werden nicht übernommen.</p>
<p>Für Arztbesuche bei PCMH-Ärzten zahlen Sie eine Zuzahlung von 10 US-Dollar, für Arztbesuche bei anderen Ärzten 20 US-Dollar.</p>	<p>Für Arztbesuche bei Ärzten des PCMH-Programms zahlen Sie eine Zuzahlung von 15 US-Dollar, für Arztbesuche bei anderen Ärzten (einschließlich Hausärzten) 30 US-Dollar und für Fachärzte 40 US-Dollar.</p>
<p>Für Leistungen, die auch bei Erbringung durch einen Leistungserbringer außerhalb des Vertragsnetzes abgedeckt sind, übernimmt der Plan nach Abzug des Selbstbehals 70 % der meisten erstattungsfähigen Kosten.</p>	<p>Keine Leistungen außerhalb des Netzwerks</p>
<p>Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 US-Dollar pro Person und 13.500 US-Dollar pro Familie.</p>	<p>Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 US-Dollar pro Person und 13.500 US-Dollar pro Familie.</p>

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 bei einem der 36Phlex-Krankenversicherungspläne eingeschrieben sein, um am Healthy Lifestyles Solutions-Programm 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 \$

Erstattung 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.

Ein Überblick über die Vorteile des High Option Plans

Diese Tabelle bietet Ihnen einen schnellen Überblick über den Krankenversicherungstarif „High Option“. Ausführliche Informationen zu den Leistungen des Tarifs „High Option“ finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung.

NUTZEN	INNETT/ÜBERWEISUNG	AUSSERHALB DES NETZWERKS/SELBSTÜTZT
Jährlicher Selbstbehalt	N / A	250 \$ pro Person; 500 \$ pro Familie
Jährlicher Selbstbehaltshöchstbetrag8	6.750 US-Dollar pro Person; 13.500 US-Dollar pro Familie	6.750 US-Dollar pro Person; 13.500 US-Dollar pro Familie
Patientenzentrierte Hausbesuche in der Arztpaxis	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 10 \$	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Arztbesuche (Nicht-PCMH) Primär- und Facharztdienste)	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$ (bei einem Nicht-PCMH-Anbieter)	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Routineuntersuchung beim Gynäkologen/Pap-Abstrich 1 pro Kalenderjahr	100%	70 %, keine Selbstbeteiligung
Mammographie	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Kinderimpfungen	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie4, 5 bis zu 30 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	Nicht abgedeckt
Herz- oder Lungenerholitation bis zu 36 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation)5 bis zu 10 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Krankenhauspatient1	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts für bis zu 70 Tage pro Kalenderjahr
2 Knie- und Hüftgelenkersatz1, Blue Distinction Center + Alle anderen Einrichtungen	100% 70 %	Nicht abgedeckt Nicht abgedeckt
Notfallversorgung	40 \$ Zuzahlung	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Notaufnahme Notaufnahmehesuch 1 & 2	100 \$ Zuzahlung (entfällt bei Aufnahme)	100 \$ Zuzahlung, keine Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)
Notfallbesuch 3+	200 \$ Zuzahlung (entfällt bei Aufnahme)	200 \$ Zuzahlung, keine Selbstbeteiligung (entfällt bei Aufnahme)
Ambulantes Labor/Pathologie 4	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Dialyse/Strahlentherapie/Chemotherapie	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Häusliche Pflege 1 bis zu 200 Besuche pro Kalenderjahr	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Hospizpflege1 bis zu 210 Tage pro Leben	100%	Nicht abgedeckt
Fachpflegeeinrichtung 1 bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr	100%	Nicht abgedeckt
Ambulante Operationen (für einige ambulante Operationen kann eine Vorabgenehmigung erforderlich sein)1	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Ambulante Röntgenuntersuchung/Radiologie1, 4, 5	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Medizinische Geräte für den dauerhaften Gebrauch 1	100%	Nicht abgedeckt
Krankenwagen		
Notfalltransport	100%	100 %, keine Selbstbeteiligung
Nicht-Notfalltransport1	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Ambulante private Pflege 1 bis zu 360 Stunden pro Kalenderjahr	90 %	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzkonsum (Deckung für psychiatrische Versorgung und Substanzkonsum)		
Hinweis: Dieses Programm ist nicht Bestandteil der Krankenversicherung. Bitte wenden Sie sich an MHC unter (800) 255-3081.		
Stationäre	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
Aufenthalte 6, 7 ambulante Besuche (außerhalb	100%	70 % nach Abzug des Selbstbehalts
der Praxis) 6 ambulante Besuche 6	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % 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. Behandlungen in einem Blue Distinction Center für Knie- und Hüftgelenkersatz werden zu 100 % übernommen; Behandlungen in einem Blue Distinction Center oder einer anderen teilnehmenden Keystone-Einrichtung oder einer von AmeriHealth benannten Einrichtung werden zu 70 % übernommen. Für Knie-/Hüftgelenkersatz außerhalb des Netzwerks besteht keine Kostenübernahme.

3. Sie müssen Ihren gewählten Hausarzt aufsuchen.
4. Die Behandlung muss am vom Hausarzt festgelegten Ort erfolgen.
innerhalb des Netzwerks.

5. Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.
6. Leistungen innerhalb des Netzwerks werden von MHC, Inc. erbracht, nicht von Keystone oder AmeriHealth. Eine Liste der Netzwerkpartner erhalten Sie bei MHC. Sie erreichen MHC telefonisch unter 800-255-3081 oder 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 der Behandlung von Verhaltensstörungen/Suichterkrankungen.
8. Die jährliche Selbstbeteiligungshöchstgrenze umfasst Ausgaben zur Erfüllung Ihrer jährlichen Selbstbeteiligung sowie Zuzahlungen und Kostenbeteiligungen im Laufe des Jahres. Für verschreibungspflichtige Medikamente gilt eine separate Selbstbeteiligungshöchstgrenze (siehe Seite 11).

Ein Überblick über die Vorteile des Basistarifs

Diese Tabelle bietet Ihnen einen schnellen Überblick über den Basis-Krankenversicherungstarif. Der Basis-Tarif umfasst nur Leistungen innerhalb des Vertragsnetzwerks. Eine Überweisung ist erforderlich. Leistungen von Anbietern oder Einrichtungen außerhalb des Vertragsnetzwerks werden nicht übernommen. Ausführliche Informationen zu den Leistungen des Basistarifs finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung.

NUTZEN

INNERHALB DES NETZWERKS	
Maximaler jährlicher Eigenanteil***	6.750 US-Dollar pro Person; 13.500 US-Dollar pro Familie
Arztbesuche3	PCMH-Anbieter: 100 %, nach 15 \$ Zuzahlung Nicht-PCMH-Hausarzt: 100 %, nach einer Zuzahlung von 30 \$; Facharzt: 100 % nach 40 \$ Zuzahlung
Routineuntersuchung beim Gynäkologen/Pap-Abstrich Einmal pro Kalenderjahr; keine Überweisung erforderlich	100%
Mammographie-Screening – keine Überweisung erforderlich	100%
Kinderimpfungen	100%
Physio- und Ergotherapie4, 5 bis zu 30 Besuche pro Kalenderjahr insgesamt	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 40 \$
Herz- und Lungenrehabilitation 5 bis zu 36 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 40 \$
Sprachtherapie 5 bis zu 20 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 40 \$
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation)5 bis zu 20 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 40 \$
Krankenhauspatient1	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 100 US-Dollar pro Tag; (Maximaler Eigenanteil: 500 US-Dollar pro Eintritt)
Knie- und Hüftgelenkersatz1, 2 Blue Distinction Center + Alle anderen Einrichtungen	100% 70 %
Notfallversorgung	50 \$ Zuzahlung
Notaufnahme Notaufnahmebesuch 1 & 2	100 US-Dollar Zuzahlung (wird bei Aufnahme nicht erlassen)
Notfallbesuch 3+	200 \$ Zuzahlung (wird bei Aufnahme nicht erlassen)
Ambulantes Labor/Pathologie4, 5	100%
Dialyse/Strahlentherapie/Chemotherapie5	100%
Häusliche Pflege 1	100%
Hospizpflege1	100%
Fachpflegeeinrichtung 1 bis zu 120 Tage pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 50 US-Dollar pro Tag; (Maximale Zuzahlung: 250 \$ pro Aufnahme) 100 %,
Ambulante Chirurgie 5	nach Abzug einer Zuzahlung von 50 \$
Ambulante Röntgenuntersuchung/Radiologie4, 5	Routineuntersuchung/Diagnostik: 100 %, nach 40 \$ Zuzahlung MRT/MRA, CT/CTA-Scan, PET-Scan: 100 % nach 80 \$ Zuzahlung
Medizinische Geräte und Prothesen1, 5	70 %
Krankenwagen (für Krankenwagenfahrten, die keine Notfälle betreffen, ist eine Vorabgenehmigung erforderlich)	100%
Ambulante private Pflege1, 5 bis zu 360 Stunden pro Jahr	90 %
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzkonsum (Deckung für psychiatrische Versorgung und Substanzkonsum)	
Hinweis: Dieses Programm ist nicht Bestandteil der Krankenversicherung. Bitte wenden Sie sich an MHC unter (800) 255-3081.	
Stationär 6, 7	100%, nach 100 \$ Zuzahlung pro Tag (Maximaler Eigenanteil: 500 US-Dollar pro Eintritt)
Ambulante Besuche außerhalb der Praxis 6	100%
Ambulant.....	100%, nach 30 \$ Zuzahlung
Für Leistungen außerhalb des Versorgungsnetzes werden keine Leistungen erstattet.	

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. Behandlungen in einem Blue Distinction Center+ für Knie- und Hüftgelenkersatz werden zu 100 % übernommen; Behandlungen in einem Blue Distinction Center oder einer anderen teilnehmenden Keystone-Einrichtung oder einer von AmeriHealth benannten Einrichtung werden zu 70 % übernommen. Für Knie-/Hüftgelenkersatz außerhalb des Netzwerks besteht keine Kostenübernahme.
3. Sie müssen Ihren gewählten Hausarzt aufsuchen.
4. Die Behandlung muss am vom Hausarzt festgelegten Ort erfolgen.
innerhalb des Netzwerks.

5. Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.
6. Leistungen innerhalb des Netzwerks werden von MHC, Inc. erbracht, nicht von Keystone oder AmeriHealth. Eine Liste der Netzwerkpartner erhalten Sie bei MHC. Sie erreichen MHC telefonisch unter 800-255-3081 oder 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 der Behandlung von Verhaltensstörungen/Suichterkrankungen.
8. Die jährliche Selbstbeteiligungshöchstgrenze umfasst Ausgaben zur Erfüllung Ihrer jährlichen Selbstbeteiligung sowie Zuzahlungen und Kostenbeteiligungen im Laufe des Jahres. Für verschreibungspflichtige Medikamente gilt eine separate Selbstbeteiligungshöchstgrenze (siehe Seite 11).

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.

Planzuschuss (nur beim High-Option-Tarif)—

Der Betrag, den der Plan für eine bestimmte medizinische Leistung in einem festgelegten geografischen Gebiet erstattet, ist vom Plan abgedeckt. Sie sind für die Kosten verantwortlich, die über die Planleistung hinausgehen, wenn Sie keinen Vertragsarzt in Anspruch nehmen.

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.

Selbstüberwiesene Behandlung (nur im Rahmen des Premium-Tarifs) —

Es handelt sich um eine Behandlung, die Sie nicht von Ihrem Hausarzt erhalten oder die Sie ohne Überweisung von Ihrem Hausarzt in Anspruch nehmen. Dies ist die teuerste Art der medizinischen Versorgung. Bei selbstüberwiesener Behandlung übernimmt der Plan in der Regel 70 % der Planleistungen, nachdem der jährliche Selbstbehalt erreicht wurde.

Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente

Die Medikamentenversorgung über CVS Caremark beginnt automatisch mit Ihrer Anmeldung zu einer der 36Phlex-Tarife. 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 Medikamentenversorgung ablehnen, besteht kein Anspruch auf Medikamente.

36Phlex Phact!

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

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

36Phlex Phact!

Verwendung des CVS Caremark
Die Bestellung von
Dauermedikamenten
über eine Versandapotheke spart **dein Geld.**

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 \$ • 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.

Die Teilnahme am Zahnplan ist freiwillig. Melden Sie sich an, wenn Sie (oder Ihre Angehörigen) Versicherungsschutz benötigen. Sie können den Zahnplan auch dann abschließen, wenn Sie auf die Krankenversicherung verzichten, und Sie können einen anderen Versicherungsumfang wählen. Beispielsweise könnten Sie eine Krankenversicherung nur für Arbeitnehmer abschließen, aber eine Zahnversicherung für die ganze Familie. Alternativ können Sie auch ganz auf den Zahnplan verzichten und Ihre Phlex-Punkte anderweitig einsetzen. Sie haben die Wahl.

Übersicht der zahnärztlichen Leistungen

Selbstbehalt	Keiner
Jährlicher Höchstbetrag	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr
Präventive und diagnostische Versorgung <ul style="list-style-type: none">• Munduntersuchung, Zahncleingung, Bissflügelaufnahmen (zweimal jährlich); vollständige Zahnröntgenaufnahmen alle 36 Monate• Fluoridbehandlungen bis zum 19. Lebensjahr (es gelten Einschränkungen)• Dichtmittel oder Abstandshalter (Altersbeschränkungen beachten)	100%
Grundlegende Wiederherstellung <ul style="list-style-type: none">• Füllungen	100%
Umfangreiche Wiederherstellungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none">• 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%
	Maximalbetrag von 1.000 US-Dollar pro Leben

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.

36Phlex Phact!

Im Rahmen des Discount

Vision Plans gibt es keine Begrenzung hinsichtlich der Anzahl der Nutzungen Ihrer Ausweiskarte für augenärztliche Leistungen oder Brillen. Die Karte ist jedoch nicht mit Sonderangeboten wie Gutscheinen oder Sonderaktionen kombinierbar.

Im Rahmen des erweiterten Sehplans können Sie Ihre Karte nicht mit Sonderangeboten wie Gutscheinen oder Sonderaktionen kombinieren.

Leistungen für Sehbehinderte

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

- **Ein erweitertes Sehprogramm – Die Versorgung** erfolgt über ein Netzwerk von Optometristen und Augenärzten. Um den maximalen Nutzen daraus zu ziehen, müssen Sie sich von teilnehmenden Ärzten oder Optometristen behandeln lassen; und
- **Ein Rabattprogramm für Sehhilfen – Dieses** Programm ermöglicht es Ihnen, ermäßigte Preise für Augenuntersuchungen, Brillen und Kontaktlinsen zu erhalten.

Sie können sich selbst anmelden oder eine Versicherung für sich und Ihre Familie auswählen.

Der verbesserte Visionsplan – 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; es gelten jedoch einige Einschränkungen.

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

Was der Plan beinhaltet

Wenn Sie Leistungen von einem am NVA-Programm teilnehmenden Anbieter in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung alle 24 Monate. Für Kinder unter 19 Jahren übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung alle 12 Monate.

Der Plan übernimmt außerdem alle 24 Monate die Kosten für ein neues Brillenglas und -gestell oder Kontaktlinsen bis zu einem Betrag von 120 US-Dollar. Für Kinder unter 19 Jahren werden alle 12 Monate die Kosten für ein neues Brillenglas und -gestell oder Kontaktlinsen bis zu einem Betrag von 120 US-Dollar übernommen.

Wenn Sie Leistungen von einem nicht teilnehmenden Optiker in Anspruch nehmen, übernimmt die Versicherung bis zu 30 US-Dollar für eine Augenuntersuchung einmal alle 24 Monate. Für Kinder unter 19 Jahren übernimmt die Versicherung bis zu 30 US-Dollar alle 12 Monate.

Der Plan sieht außerdem bis zu 60 US-Dollar für Brillengläser und bis zu 60 US-Dollar für Brillengestelle oder bis zu 120 US-Dollar für Kontaktlinsen vor, einmal alle 24 Monate 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; Leistungen oder Materialien, die aufgrund des Arbeitnehmerentschädigungsgesetzes erbracht oder von einer staatlichen Stelle oder einem staatlichen Programm bezogen werden; oder
- Einfache oder verschreibungspflichtige Sonnenbrillen.

Bitte lesen Sie Ihre zusammenfassende Leistungsbeschreibung, um eine vollständige Liste der Einschränkungen und Ausschlüsse im Bereich Sehvermögen zu erhalten.

Rabattprogramm für Sehhilfen – So funktioniert das Programm

Das Programm „Rabatt auf Sehhilfen“ ist keine Vollversicherung. Wenn Sie sich für dieses Programm anmelden, erhalten Sie bei bestimmten Anbietern einen ermäßigten Preis für Produkte und Dienstleistungen, die auch der Allgemeinheit zugänglich sind.

Das Programm für vergünstigte Sehhilfen wird von National Vision Administrators (NVA) angeboten. NVA verfügt über ein Netzwerk teilnehmender Augenärzte, Optometristen und Optiker. Um die vergünstigten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie einen teilnehmenden NVA-Anbieter aufsuchen und Ihre NVA-Mitgliedskarte vorzeigen. Wählen Sie einfach einen teilnehmenden Anbieter aus, indem Sie NVA unter 800-672-7723 anrufen oder sich an die Geschäftsstelle des Fonds wenden.

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

Das Discount Vision Program deckt Folgendes nicht ab:

- Medizinische oder chirurgische Behandlungen der Augen;
- Drogen oder Medikamente;
- Brillengläser ohne Sehstärke;
- Untersuchungen oder Materialien, die nicht als abgedeckte Leistung aufgeführt sind;
- Dienstleistungen oder Materialien, die von der Bundes-, Landes- oder Kommunalverwaltung oder von Arbeitnehmern bereitgestellt werden Entschädigung; und
- Hilfsmittel für Sehbehinderte.

Bitte lesen Sie Ihre zusammenfassende Leistungsbeschreibung, um eine vollständige Liste der Einschränkungen und Ausschlüsse im Bereich Sehvermögen zu erhalten.

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. Ihre Lebensversicherungsleistung wird nur ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven, versicherten Beschäftigung sterben. Die AD&D-Leistung infolge Ihres Unfalltodes entspricht der Höhe Ihrer Lebensversicherungsleistung und wird zusätzlich zu dieser ausgezahlt. Die Höhe Ihrer AD&D-Leistung hängt von der Art des Unfalls ab. Es können Ausschlüsse und bestimmte Einschränkungen gelten. Weitere Informationen finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder erhalten Sie telefonisch bei der Versicherungsgesellschaft.

36Phlex Phact!

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.

Es ist wichtig, Ihren Angehörigen im Todesfall finanzielle Sicherheit zu bieten. Der Fonds übernimmt die vollen Kosten einer Lebensversicherung und einer Unfallversicherung in Höhe von jeweils 10.000 US-Dollar. Sie können, wie unten erläutert, eine höhere Versicherungssumme für Ihre Lebens- und Unfallversicherung abschließen.

Angehörige haben keinen Anspruch auf Lebens- und Unfallversicherungsschutz.

Höhe der Lebensversicherung

Da der für jede Person passende Versicherungsschutz unterschiedlich ist, bietet Ihnen der 36Phlex-Plan drei verschiedene Versicherungssummen an:

- 10.000 US-Dollar
- 25.000 US-Dollar
- 50.000 US-Dollar

Die Anzahl der PhlexPoints, die Sie für den Kauf einer Lebens- und Unfallversicherung benötigen, entnehmen Sie bitte Ihrem Anmeldeformular.

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 Vollzeitbeschäftigte 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 (800) 338-9025 außerhalb des Ortsnetzes an.

36Phlex Phact!

Wenn Sie länger als einen Monat arbeitslos sind, sollten Sie Ihre Formulare zur Feststellung der Behinderung weiterhin regelmäßig, in der Regel monatlich

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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

Flexible Ausgabenkonten

Je nach den von Ihnen gewählten Leistungen können Sie unter Umständen an den flexiblen Ausgabenkonten des Fonds teilnehmen.

Zwei separate Konten

Es gibt zwei separate Konten: ein flexibles Gesundheitsausgabenkonto und ein flexibles Ausgabenkonto für die Betreuung von Angehörigen. Sie können an einem oder beiden Konten teilnehmen. Wenn Sie an beiden Konten teilnehmen, können Sie kein Geld von einem Konto auf das andere überweisen oder das Geld im flexiblen Gesundheitsausgabenkonto für Betreuungskosten verwenden und umgekehrt.

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ausgaben sorgfältig abschätzen, bevor Sie Ihre PhlexPoints auf diese Konten einzahlen, da nach Ablauf der Frist jegliches Restguthaben verfällt. Weitere Informationen finden Sie unter „Verfallsfrist“ weiter unten.

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Sie sind zur Teilnahme an den flexiblen Ausgabenkonten berechtigt, wenn Ihr PhlexPoint-Gesamtstand unter 100 liegt. Wenn Ihre Leistungen **weniger als 100 PhlexPoints kosten**, können Sie die verbleibenden PhlexPoints auf eines oder beide flexiblen Ausgabenkonten einzahlen. Jeder eingezahlte PhlexPoint hat einen Wert von 5 US-Dollar. Beispiel: Beträgt der Wert Ihrer gewählten Leistungen 81 PhlexPoints, stehen Ihnen 19 PhlexPoints zur Einzahlung auf ein flexibles Ausgabenkonto zur Verfügung. Das bedeutet, dass Sie monatlich 95 US-Dollar (19 PhlexPoints \times 5 US-Dollar) auf Ihr Konto einzahlen können. Die US-Steuerbehörde (IRS) legt Höchstbeträge für Ihre Einzahlungen auf flexible Ausgabenkonten fest. Ihre monatlichen Einzahlungen dürfen diese Höchstbeträge nicht überschreiten.

Frist für Nutzung oder Verlust

Sie können Ihre flexiblen Ausgabenkonten (sofern Sie die Voraussetzungen erfüllen) nutzen, um sich Ausgaben erstatten zu lassen, die bis zum 15. März des Folgejahres anfallen. Nicht ausgegebene Beträge verfallen gemäß den Übertragungsbestimmungen des IRS. Das bedeutet, dass Sie jegliches Guthaben auf Ihren flexiblen Ausgabenkonten zum 31. Dezember zur Erstattung von Ausgaben verwenden können, die Ihnen bis zum 15. März des Folgejahres entstehen.

Hinweis: Die während der Nachfrist entstandenen Kosten müssen Sie bis zum 15. April des Folgejahres beim Fonds einreichen.

Flexibles Ausgabenkonto für den Pflegekostenzuschuss

Wenn Sie jemanden für die Betreuung von Angehörigen bezahlen müssen, damit Sie (und Ihr Ehepartner, falls verheiratet) arbeiten können, sollten Sie die Einrichtung eines flexiblen Ausgabenkontos für die Betreuung von Angehörigen (Dependent Care Assistance Plan Flexible Spending Account) in Erwägung ziehen. Mit diesem Konto können Sie sich die anfallenden Betreuungskosten erstatten lassen. Dazu gehören beispielsweise die Kosten für eine Kindertagesstätte, ein Seniorenheim oder eine Pflegekraft. Gesundheitskosten für Angehörige können nicht über das flexible Ausgabenkonto für Gesundheitskosten abgedeckt werden (diese Kosten werden über das flexible Ausgabenkonto für Gesundheitskosten abgedeckt).

Wer gilt als Angehöriger?

Die Ausgaben müssen für „anspruchsberechtigte Angehörige“ bestimmt sein, wozu gehören:

- Ihre unterhaltsberechtigten Kinder unter 13 Jahren zum Zeitpunkt des Kostenanfalls, wenn Sie Ansprüche geltend machen sie als Angehörige in Ihrer Bundessteuererklärung anzugeben; und
- Andere Angehörige, wie beispielsweise Ihr Ehepartner, ein älteres Elternteil oder ein älteres Kind, falls diese körperlich oder geistig behindert, nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen, und Sie geben sie steuerlich als Angehörige an.

Ausgabennachweis

Wenn Sie einen Erstattungsantrag stellen, müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und eine detaillierte Rechnung oder einen Nachweis über die Erstattungsfähigkeit der Kosten beim Fonds einreichen. Ihr Zahlungsantrag muss die Steueridentifikationsnummer (TIN) der Pflegekraft enthalten. Bei Einzelpersonen ist die TIN in der Regel deren Sozialversicherungsnummer. Arbeitet die Person in Ihrem Haushalt, sind Sie verpflichtet, eine Arbeitgebersteuererklärung beim Finanzamt einzureichen und die Sozialversicherungsbeiträge für den an diese Person gezahlten Lohn zu entrichten.

Bundessteuergutschrift oder flexibles Ausgabenkonto für den Betreuungsplan für Angehörige?

Es gibt zwei steuerlich vorteilhafte Optionen zur Finanzierung der Kinderbetreuung: das flexible Ausgabenkonto des Dependent Care Assistance Plan (DCAP) oder die staatliche Steuergutschrift für Kinderbetreuung. Dieselben Ausgaben können nicht sowohl über das DCAP-Flexiblen Ausgabenkonto als auch über die staatliche Steuergutschrift geltend gemacht werden, aber Folgendes ist möglich:

- das flexible Ausgabenkonto des Programms zur Unterstützung der Betreuung von Angehörigen nutzen; oder
- Nutzen Sie die staatliche Steuergutschrift. (Nach geltendem Recht und abhängig von Ihrem bereinigten Bruttoeinkommen können Sie eine Steuergutschrift in Höhe von 20 % bis 35 % Ihrer Kinderbetreuungskosten geltend machen.) Der Höchstbetrag, der zur Berechnung der Steuergutschrift herangezogen werden kann, beträgt 3.000 US-Dollar für ein Kind und 6.000 US-Dollar für zwei oder mehr Kinder. Bei einer Steuergutschrift von 20 % beträgt die maximale Gutschrift für ein Kind also 600 US-Dollar (20 % von 3.000 US-Dollar).

Die Ausgaben, die Sie über das flexible Ausgabenkonto des Programms zur Unterstützung bei der Kinderbetreuung (Dependent Care Assistance Plan Flexible Spending Account) erstatten lassen, werden direkt mit den Ausgaben verrechnet, die Sie für eine Steuergutschrift geltend machen können. Wenn Sie beispielsweise ein Kind haben und eine Erstattung von 3.000 US-Dollar aus Ihrem flexiblen Ausgabenkonto erhalten, haben Sie die verfügbaren Ausgaben (3.000 US-Dollar), die Sie für ein Kind als Steuergutschrift geltend machen könnten, ausgeschöpft.

Ob die Steuergutschrift oder das flexible Ausgabenkonto für die Betreuung von Angehörigen (Dependent Care Assistance Plan Flexible Spending Account) in Ihrem Fall die bessere Option ist, hängt von Ihrem Bruttoeinkommen und Ihrem Steuerstatus ab. Um mehr darüber zu erfahren, welche Option Ihren Bedürfnissen am besten entspricht, sollten Sie sich an Ihren persönlichen Steuerberater wenden.

36Phlex Phact!

Sie können das flexible Ausgabenkonto für die Betreuung von Angehörigen nutzen, wenn Sie für die Betreuung eines anspruchsberechtigten Angehörigen verantwortlich sind und eine andere Person für diese Betreuung bezahlen müssen, damit Sie arbeiten können. Wenn Sie verheiratet sind, können Sie dieses Konto nur nutzen, wenn beide Partner berufstätig sind oder Ihr Ehepartner Vollzeitstudent oder behindert und nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen. Mit anderen Worten: Wenn einer von Ihnen zu Hause bleibt, um die Angehörigen zu betreuen, oder ein Teilzeitstudium absch

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 Kündigungsmeldung (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.

Für flexible Gesundheitsausgabenkonten können zusätzliche Regeln gelten.

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 Selbstbehalt 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-Arzneimittelplänen 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-Arzneimittelpläne 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.

Wichtige Informationen	
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

Anmerkungen



Oktober 2025

Union Bug