



www.seiu36.com



Es ist Zeit, sich anzumelden!

2026

Leitfaden zu den Leistungen für neue Mitarbeiter

**Sie haben noch 20 Tage Zeit, sich
für die 36Phlex-Vorteile für 2026 anzumelden**

Was ist drin?

Willkommen beim SEIU Local 32BJ District 36 BOLR Wohlfahrtsfonds	2
Überblick über das 36Phlex-Plan-Leistungsprogramm	3
Grundlegende Fakten	4
Ihre Optionen für den Krankenversicherungsplan	6
Gesundheit und Wohlbefinden (Gesunder LebensstilSM) – Wir unterstützen Ihre Gesundheit jeden Tag!	8
Vorteile für die psychische Gesundheit	9
Ein Überblick über die Vorteile des High Option Plans	10
Ein Überblick über die Leistungen des Basistarifs.....	11
Wichtige Begriffe.....	12
Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente.....	13
Zahnärztliche Leistungen	14
Leistungen für Sehbehinderte	16
Lebensversicherung und Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D)	18
Kurzfristige Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	19
Erstattungskonten.....	20
Wichtige Hinweise	24

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/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.

Willkommen bei der SEIU Local 32BJ Wohlfahrtsfonds des Distrikts 36 BOLR

2026

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

Bitte lesen Sie die beigefügten Unterlagen sorgfältig durch und berücksichtigen Sie die Bedürfnisse Ihrer Familie, bevor Sie sich für eine Versicherung entscheiden. Mit dem 36Phlex-Plan können Sie flexibel nur die Leistungen wählen, die Sie benötigen. Wenn Ihre Familie beispielsweise bereits über die Versicherung Ihres Ehepartners krankenversichert ist, können Sie Ihre 36Phlex-Leistungen für Zahn- und Sehversorgung nutzen. Sie haben die Wahl.

Sie müssen Ihr ausgefülltes 36Phlex-Plan-Anmeldeformular (im vorderen Teil dieses Buches enthalten) spätestens 20 Tage nach Erhalt dieses Anmeldepaketes an die Fondsverwaltung zurücksenden.

Was Sie jetzt tun müssen

Nachdem Sie diese Anleitung gelesen haben:

1. Füllen Sie beide Seiten des **demografischen Erhebungsbogens/Begünstigtenformulars** aus. Wenn Sie Angehörige in die Pläne aufnehmen möchten, füllen Sie bitte das Formular zur Anmeldung von Angehörigen aus. Für die Anmeldung von Angehörigen sind entsprechende Unterlagen erforderlich.
2. Prüfen Sie Ihr **Anmeldeformular für den 36Phlex-Plan**, um Ihre verfügbaren Optionen einzusehen. und PhlexPoint-Kosten.
3. Lesen Sie diesen Leitfaden sorgfältig durch. Überlegen Sie, welche Leistungsoptionen für Sie am besten geeignet sind und deine Familie.
4. Füllen Sie das **Anmeldeformular** für den 36Phlex-Plan vollständig aus, unterschreiben und datieren Sie es. Wählen Sie unbedingt den gewünschten Versicherungsumfang für Kranken-, Zahn-, Seh- und Lebensversicherung.
5. Sie benötigen einen Hausarzt (PCP). Diesen können Sie über Independence Blue Cross unter der Telefonnummer 800-ASK-BLUE (800-275-2583) oder online unter www.ibx.com auswählen. **Die Wahl eines Hausarztes ist wichtig, um Ihre Zuzahlungen so gering wie möglich zu halten.**
6. Wenn Sie auf den Krankenversicherungsschutz verzichten:
 - Füllen Sie das **Formular „Nachweis anderer Versicherungsleistungen“** vollständig aus und unterschreiben Sie es. Legen Sie außerdem eine Kopie Ihrer Krankenversicherungskarte vor, um Ihre anderen Versicherungsleistungen nachzuweisen; und
 - Senden Sie alle erforderlichen Formulare im beiliegenden Antwortumschlag zurück.
7. Füllen Sie das beiliegende **Formular zum Abgleich der Sozialversicherungsdaten** aus und fügen Sie eine Kopie Ihrer Sozialversicherungskarte bei. Sozialversicherungskarte. Wenn Sie Angehörige in den Plan aufnehmen, müssen Sie auch Kopien ihrer Sozialversicherungskarten vorlegen.

Hinweis: Unvollständige Formulare werden Ihnen zurückgesandt. Sollten Sie ein Formular zurückerhalten, müssen Sie die fehlenden Angaben ergänzen und das Formular innerhalb von 72 Stunden an die Fondsverwaltung zurücksenden.

WICHTIG: Hinweis zur Statusänderung Ihre Leistungsentscheidungen

für den 36Phlex-Plan bleiben für den Rest des Jahres gültig. Sie können Ihre Wahl der Kranken-, Zahn-, Seh- oder Kostenerstattungskonten während des Jahres nur ändern, wenn sich Ihr Status ändert. Zu den berechtigten Statusänderungen gehören:

- Eine Änderung Ihres Familienstands (z. B. Heirat, Scheidung oder Annullierung);
- Eine Änderung der Anzahl Ihrer Angehörigen (z. B. Geburt, rechtliche Adoption Ihres Kindes, Aufnahme eines Kindes zur Adoption oder Tod eines Angehörigen);
- Bestimmte Änderungen Ihres Beschäftigungsstatus, die sich auf Ihren Anspruch auf Leistungen auswirken, Ehepartner oder Kinder, wie zum Beispiel: Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Streik oder Aussperrung, Beginn oder Rückkehr von einem unbezahlten Urlaub, Wechsel des Arbeitsortes oder Änderung des Arbeitsplans (zum Beispiel zwischen Vollzeit- und Teilzeitarbeit oder einer Verringerung oder Erhöhung der Stundenzahl);

- Ihr Kind hat keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz;
- Anspruch auf Medicare oder Medicaid (gilt nur für die Person, die Anspruch auf Medicare oder Medicaid hat) Medicaid);
- Änderung zur Einhaltung einer staatlichen Anordnung im Bereich des Familienrechts bezüglich des Versicherungsschutzes Ihrer abhängiges Kind;
- Ihre, die Berechtigung Ihres Ehepartners oder Ihres Kindes für den COBRA-Versicherungsschutz;
- Eine erhebliche Erhöhung der Versicherungskosten oder eine erhebliche Reduzierung der Leistungen im Rahmen Ihres oder des Krankenversicherungsplans Ihres Ehepartners;
- Die Hinzufügung, Abschaffung oder wesentliche Einschränkung einer Deckungsoption;
- Eine Änderung des Versicherungsschutzes Ihres Ehepartners oder Kindes während der jährlichen Anmeldefrist eines anderen Arbeitgebers, wenn der andere Tarif eine andere Versicherungsdauer vorsieht; oder
- Eine Änderung der Betreuungspersonen oder der Kosten, wenn die Betreuungspersonen nicht mit dem Arbeitnehmer verwandt sind (gilt nur für das Konto zur Erstattung von Betreuungskosten).

Sie müssen dem Fondsbüro Ihren Antrag auf Änderung des Versicherungsschutzes innerhalb von 31 Tagen nach der Statusänderung schriftlich mitteilen (die Frist beträgt 90 Tage für die Aufnahme eines Neugeborenen; oder 60 Tage, wenn Sie den Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren, weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind oder Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfeprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben), und Sie müssen einen Nachweis über das Ereignis erbringen.

Ein Überblick über den 36Phlex Planleistungen-Programm

Der 36Phlex-Plan ist ein Leistungsprogramm mit grundlegenden Leistungen wie Kranken-, Zahn-, Seh- und Lebensversicherung sowie Wahlmöglichkeiten. Sie können aus verschiedenen Versicherungsoptionen und -stufen wählen und so ein Leistungspaket zusammenstellen, das Ihren individuellen Bedürfnissen entspricht.

So funktioniert der Plan

Der Plan verwendet ein Punktesystem namens PhlexPoints. Jede Leistung kostet eine bestimmte Anzahl an PhlexPoints.

Wenn die von Ihnen gewählten Vorteile **weniger als 100 PhlexPoints kosten**, können Sie Ihre verbleibenden Punkte verwenden. PhlexPoints zu:

- Registrieren Sie sich für ein Gesundheitskostenerstattungskonto; und/oder
- Melden Sie sich für ein Konto zur Erstattung von Betreuungskosten an.

Wenn Ihre Leistungen 100 PhlexPoints oder mehr kosten, sind Sie NICHT berechtigt, an den Erstattungskonten teilzunehmen.

Wenn Ihre Leistungen **mehr als 100 PhlexPoints** kosten, müssen Sie einen Eigenanteil an den Kosten Ihrer Versicherung leisten. Die Höhe Ihres Eigenanteils entnehmen Sie Ihrem Anmeldeformular.

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, 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.

36Phlex Phact!

WICHTIG: Treffen Sie Ihre

Wahl sorgfältig! Nach

Ablauf der 20-tägigen

Anmeldefrist können Sie Ihre

Wahl erst wieder während der nächsten offenen

Anmeldephase im Jahr 2026

ändern, um einen

Versicherungsschutz ab dem 1.

Januar 2027 zu erhalten,

es sei denn, es liegt eine berechnete Stat

36Phlex Phact!

Haben Sie Fragen? Rufen Sie das

Fondsbüro unter 215-568-3262 an.

Durchwahl 1400 oder unter 800-338-

9025 Durchwahl 1400.

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.

WICHTIG: Sie haben 20 Tage Zeit, sich und Ihre Angehörigen anzumelden. Sollten wir Ihre Anmeldeformulare nicht innerhalb dieser Frist erhalten, müssen Sie bis zur nächsten Anmeldephase warten, es sei denn, es hat sich Ihr Familienstand geändert.

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.

Wer bezahlt die Sozialleistungen?

Ihr Leistungspaket und die erforderlichen Beiträge sind in einem Tarifvertrag festgelegt. Ihr Arbeitgeber zahlt monatlich Beiträge in Ihren Namen an den Fonds, der Ihre Gesundheits- und Sozialleistungen ganz oder teilweise abdeckt. Sie tragen einen Teil der Kosten für die von Ihnen in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen durch Selbstbehalte, Zuzahlungen und/oder Kostenbeteiligungen.

Sie können die Kosten der Versicherung teilen, indem Sie einen Teil der monatlichen Prämie über Lohnabzüge bezahlen, abhängig von der gewählten Leistungsoption und dem gewünschten Deckungsumfang.

Sie können die Versicherungsbeiträge vor Steuern bezahlen.

Wenn Sie einen Beitrag zu Ihren Versicherungskosten leisten müssen, werden Ihre Beiträge vor Steuern von Ihrem Gehalt abgezogen. Das bedeutet, dass die Beiträge vor Abzug der Bundes- und Sozialversicherungsbeiträge von Ihrem Gehalt abgezogen werden. Beiträge vor Steuern senken Ihr zu versteuerndes Einkommen und sparen Ihnen somit Geld.

Wenn Sie beispielsweise 24.000 US-Dollar verdienen, aber jährlich 1.200 US-Dollar für Ihre Krankenversicherung einzahlen, zahlen Sie Bundessteuer, Sozialversicherungsbeiträge und FICA-Steuern auf 22.800 US-Dollar. Die Behandlung der staatlichen (und gegebenenfalls lokalen) Einkommensteuern ist von Bundesstaat zu Bundesstaat unterschiedlich. In New Jersey unterliegen Ihre Beiträge in der Regel der Einkommensteuer des Bundesstaates. In Delaware, Maryland und Pennsylvania hingegen sind Ihre Beiträge nicht einkommensteuerpflichtig.

Ändern Ihrer Vorteile

Ihre gewählten Leistungen gelten ab dem Datum Ihrer Anmeldung bis zum 31. Dezember 2026. Sie können Ihre Wahl der Leistungen für Kranken-, Zahn-, Seh- oder Kostenerstattungskonten für 2026 während des Jahres nicht ändern, es sei denn, es tritt eine der auf den Seiten 2 und 3 beschriebenen qualifizierten Statusänderungen ein.

Sie können sich jederzeit im Laufe des Jahres für einen der Krankenversicherungspläne anmelden, wenn:

- Sie

auf den Versicherungsschutz für sich oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen verzichtet haben, weil Sie oder Ihre Angehörigen zuvor krankenversichert waren und den Versicherungsschutz aufgrund von Scheidung, Trennung, Tod, Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Reduzierung der Arbeitszeit oder Ablauf des COBRA-Versicherungszeitraums des anderen Plans verloren haben. In diesem Fall können Sie sich und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen, die den Versicherungsschutz verloren haben, innerhalb von 31 Tagen nach dem Verlust des Versicherungsschutzes anmelden.

- Sie erwerben durch Heirat, Adoption oder Unterbringung eine neue unterhaltsberechtigte Person.

Adoption. In diesem Fall können Sie sich selbst, Ihren Ehepartner und Ihre neu hinzugekommenen Angehörigen anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach dem Ereignis vornehmen. Handelt es sich bei Ihrem neuen Angehörigen um ein Neugeborenes, haben Sie nach der Geburt 90 Tage Zeit, die Anmeldung zu beantragen (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).

- Wenn Sie oder Ihr Angehöriger den Medicaid- oder CHIP-Versicherungsschutz (Children's Health Insurance Plan) verlieren, weil Sie oder Ihr Angehöriger nicht mehr anspruchsberechtigt sind – oder wenn Sie oder ein Angehöriger Anspruch auf eine Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid oder CHIP haben – können Sie sich oder Ihre Angehörigen möglicherweise in diesen Plan aufnehmen lassen, vorausgesetzt, Sie beantragen die Aufnahme und legen innerhalb von 60 Tagen nach dem Ereignis die entsprechenden Unterlagen vor.

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, damit diese von der Versicherung übernommen werden.

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 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 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.	
Sie können die Ärzte und Krankenhäuser Ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Die Nutzung von Einrichtungen innerhalb des Netzwerks reduziert Ihre Zuzahlungen.	Ihr Hausarzt muss Sie entweder behandeln oder Sie an Fachärzte der Krankenkasse überweisen.
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	Keine Selbstbeteiligung
Die meisten Leistungen werden innerhalb des Netzwerks zu 100 % übernommen, ohne Selbstbeteiligung.	Die meisten Leistungen sind zu 100 % abgedeckt.
Stationäre Krankenhausleistungen innerhalb des Netzwerks werden zu 100 % übernommen, ohne Selbstbeteiligung.	Stationäre Krankenhausleistungen werden zu 100 % übernommen, nach einer Zuzahlung von 100 US-Dollar pro Tag (maximale Zuzahlung: 500 US-Dollar pro Aufnahme).
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.	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.
Für Arztbesuche bei PCMH-Ärzten zahlen Sie eine Zuzahlung von 10 US-Dollar, für Arztbesuche bei anderen Ärzten 20 US-Dollar.	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.
Für Leistungen, die auch bei Erbringung durch einen Leistungserbringer außerhalb des Vertragsnetzes abgedeckt sind, übernimmt der Plan nach Abzug des Selbstbehalts 70 % der meisten erstattungsfähigen Kosten.	Keine Leistungen außerhalb des Netzwerks
Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 US-Dollar pro Person und 13.500 US-Dollar pro Familie.	Der jährliche Selbstbehalt beträgt maximal 6.750 US-Dollar pro Person und 13.500 US-Dollar pro Familie.

Vorzertifizierungsanforderungen

Bestimmte Leistungen müssen vor Behandlungsbeginn als medizinisch notwendig genehmigt werden. Dies nennt man Vorzertifizierung. Zu den Dienstleistungen, die eine Vorzertifizierung erfordern, gehören unter anderem:

- ALLE nicht Notfallmäßigen Krankenhausaufnahmen
 - Geplante stationäre Operation
 - Wählen Sie langlebige medizinische Geräte
 - 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.

36Phlex Phact!

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.

36Phlex Phact!

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 Lebensstilösungen“ 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 Lebensstilösungen“ 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 Lebensstilösungen“. 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

- behalten 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.

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 Selbstbehaltshöchstbetrag ⁸	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 Arztpraxis	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 10 \$	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Arztbesuche (Nicht-PCMH) Primär- und Facharzt(dienste)	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$ (bei einem Nicht-PCMH-Anbieter)	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Routineuntersuchung beim Gynäkologen/Pap-Abstrich 1 pro Kalenderjahr	100%	70 %, keine Selbstbeteiligung
Mammographie	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Kinderimpfungen	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie ^{4, 5} bis zu 30 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	Nicht abgedeckt
Herz- oder Lungenrehabilitation bis zu 36 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Chiropraktik (Wirbelsäulenmanipulation) ⁵ bis zu 10 Besuche pro Kalenderjahr	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Krankenhauspatient ¹	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags für bis zu 70 Tage pro Kalenderjahr
Knie- und Hüftgelenkersatz ^{1, 2} Blue Distinction Center + Alle anderen Einrichtungen	100%	Nicht abgedeckt
	70 %	Nicht abgedeckt
Notfallversorgung	40 \$ Zuzahlung	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Notaufnahme Notaufnahmebesuch 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 ^{4,5}	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Dialyse/Strahlentherapie/Chemotherapie	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Häusliche Pflege ¹ bis zu 200 Besuche pro Kalenderjahr	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Hospizpflege ¹ 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 Selbstbetrags
Ambulante Röntgenuntersuchung/Radiologie ^{1, 4, 5}	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Medizinische Geräte für den dauerhaften Gebrauch ¹	100%	Nicht abgedeckt
Krankenwagen Notfalltransport Nicht-Notfalltransport ¹	100% 100%	100 %, keine Selbstbeteiligung 70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Ambulante private Pflege ¹ bis zu 360 Stunden pro Kalenderjahr	90 %	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzkonsum (Deckung für psychiatrische Versorgung und Substanzkonsum) Hinweis: Dieses Programm ist <u>nicht</u> Bestandteil der Krankenversicherung. Bitte wenden Sie sich an MHC unter (800) 255-3081.		
Stationäre	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
Aufenthalte 6, 7 ambulante Besuche (außerhalb der Praxis) 6 ambulante Besuche ⁶	100%	70 % nach Abzug des Selbstbetrags
	100 %, nach Abzug einer Zuzahlung von 20 \$	70 % nach Abzug des Selbstbetrags

- 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.
- 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.

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

- Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.
- 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.
- Für diese Leistungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Kontaktieren Sie MHC für weitere Informationen zur Vorabgenehmigung von Leistungen im Bereich der Behandlung von Verhaltensstörungen/Suchterkrankungen.
- 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 Vertragsnetzes 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 Ergotherapie^{4, 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 Hüftgelenkersatz^{1, 2} Blue Distinction Center + Alle anderen Einrichtungen	100% 70 %
Notfallversorgung	50 \$ Zuzahlung
Notaufnahme Notaufnahmebesuch 1 & 2 Notfallbesuch 3+	100 \$ Zuzahlung (wird bei Aufnahme nicht erlassen) 200 \$ Zuzahlung (wird bei Aufnahme nicht erlassen)
Ambulantes Labor/Pathologie^{4, 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/Radiologie^{4, 5}	Routineuntersuchung/Diagnostik: 100 %, nach 40 \$ Zuzahlung MRT/MRA, CT/CTA-Scan, PET-Scan: 100 % nach 80 \$ Zuzahlung
Medizinische Geräte und Prothesen^{1, 5}	70 %
Krankenwagen (für Krankenwagenfahrten, die keine Notfälle betreffen, ist eine Vorabgenehmigung erforderlich)	100%
Ambulante private Pflege^{1, 5} bis zu 360 Stunden pro Jahr	90 %
Programm für Verhaltensgesundheit/Substanzkonsum (Deckung für psychiatrische Versorgung und Substanzkonsum) Hinweis: Dieses Programm ist <u>nicht</u> 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.	

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

- Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.
- 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.
- Für diese Leistungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Kontaktieren Sie MHC für weitere Informationen zur Vorabgenehmigung von Leistungen im Bereich der Behandlung von Verhaltensstörungen/Suchterkrankungen.
- 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 High-Option-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.**

Ihre Zuzahlungen

Bei jeder Einlösung eines Rezepts müssen Sie eine Zuzahlung leisten, deren Höhe von der Art 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 (Vorrat für 90 Tage)
Sie zahlen			
Generika	7 US-Dollar	14 \$	14 \$
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 \$ • 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.

36Phlex Phact!

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

36Phlex Phact!

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

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 • Munduntersuchung, Zahnreinigung, Bissflügelaufnahmen (zweimal jährlich); Ganzkieferrentgenaufnahmen alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum 19. Lebensjahr (es gelten Einschränkungen) • Versiegelungen oder Lückenhalter (es gelten Altersbeschränkungen)	100%
Grundlegende Wiederherstellung • Füllungen	100%
Umfangreiche restaurative Eingriffe • Reparaturen an bestehenden Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, gegossene Restaurationen • Brücken und Prothesen	50%
Endodontie • Wurzelkanalbehandlung	80%
Parodontologie • 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.

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.

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.

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 Unfallschadens 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.

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 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 (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 F

36Phlex Phact!

Sie müssen sich für diese Konten anmelden oder erneut anmelden, da die Teilnahme nicht automatisch von Jahr zu Jahr fortgesetzt wird.

36Phlex Phact!

Dem entsprechenden Antragsformular müssen die erforderlichen Unterlagen beigelegt werden. Reichen Sie den Erstattungsantrag beim Sozialleistungsfonds ein.

Erstattungskonten

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

Zwei separate Konten

Es gibt zwei separate Konten: ein Gesundheitskosten-Erstattungskonto und ein Kinderbetreuungskosten-Erstattungskonto. 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 des Gesundheitskosten-Erstattungskontos für Kinderbetreuungskosten verwenden und umgekehrt.

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ausgaben sorgfältig abschätzen, bevor Sie Ihre PhlexPoints auf diese Konten einzahlen, da **nach dem 15. April jegliches Restguthaben auf diesem Konto verfällt**. Weitere Informationen finden Sie **unter „Verfallsfrist“**.

Wer ist teilnahmeberechtigt?

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

HINWEIS: Rezeptfreie Medikamente ohne ärztliche Verschreibung sind nicht erstattungsfähig.

Gesundheitskostenerstattungskonto

Bei jedem Versicherungstarif gibt es einige Leistungen, die nicht abgedeckt sind, wie z. B. Selbstbehalte und Zuzahlungen. Indem Sie Ihre PhlexPoints ganz oder teilweise auf Ihr Gesundheitskostenkonto einzahlen, können Sie Geld für Gesundheitskosten – medizinische Versorgung, Medikamente, Zahnbehandlungen und Sehhilfen – zurücklegen, die von keinem Tarif erstattet werden.

Wenn Sie die erforderlichen Unterlagen für erstattungsfähige Ausgaben einreichen, wird Ihnen der Betrag steuerfrei von Ihrem Konto ausgezahlt.

So funktioniert das Gesundheitskostenerstattungskonto

Sie entscheiden selbst, wie viele Ihrer PhlexPoints Sie einbringen möchten, basierend auf Ihren geschätzten Ausgaben für das kommende Jahr. Sie können bis zur Höhe Ihrer verbleibenden PhlexPoints einbringen, wobei die vom IRS festgelegten Höchstgrenzen gelten.

Arbeitsblatt für das Gesundheitskostenerstattungskonto	
Gesundheitspflege	Geschätzte Ausgaben
Selbstbehalte	\$
Ihr Anteil an den erstattungsfähigen Kosten (Zuzahlungen und/oder Selbstbeteiligung)	\$
Gegenstände, die nicht oder nur teilweise von den Leistungen des Fonds abgedeckt sind	\$
Medizinische und/oder zahnärztliche Kosten, die die Versicherungsgrenzen überschreiten	\$
Medizinische und/oder zahnärztliche Kosten über den UCR-Gebühren	\$
Andere Ausgaben, die nicht von den Leistungen des Fonds abgedeckt sind, aber die werden in Ihrer Einkommensteuererklärung abgezogen	\$
Jährliche Gesamtausgaben	\$

Anrechenbare Gesundheitskosten

Nur bestimmte Gesundheitskosten sind erstattungsfähig. Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören:

- Selbstbehalte, Zuzahlungen und Kostenbeteiligungen;
 - Verschreibungspflichtige Medikamente, die in den Vereinigten Staaten gekauft wurden;
 - Kosten, die nicht oder nur teilweise von Ihrer Kranken-, Zahn- oder sonstigen Versicherung abgedeckt sind
- Visionplan; und
- Ausgaben, die die maximalen medizinischen und/oder zahnärztlichen Leistungsgrenzen überschreiten und/oder über dem üblichen Rahmen liegen, übliche und angemessene (UCR) Gebühren oder Planvergünstigungen.

Gesundheitskosten, die nicht erstattungsfähig sind

Sie können Ihr Gesundheitskonto nicht zur Kostenerstattung verwenden:

- Kosten, die von anderen Kranken-, Zahn- oder Sehversicherungen erstattet werden;
- Rezeptfreie Artikel zur Erhaltung der allgemeinen Gesundheit, wie Vitamine, Kosmetika und Shampoos;
- Gebühren für Fitnessstudio, Spa oder Fitnesskurse;
- Programme zur Gewichtsreduktion oder Raucherentwöhnung ohne ärztliche Verschreibung;
- Kosmetische Chirurgie (es sei denn, sie wird zur Korrektur einer angeborenen Fehlbildung oder einer anderen Fehlbildung durchgeführt) infolge einer Verletzung oder Krankheit);
- Beiträge oder Prämien für die Krankenversicherung für Sie, Ihren Ehepartner und/oder Ihre Kinder; und
- Rezeptfreie Medikamente, es sei denn, sie wurden Ihnen von Ihrem Arzt verschrieben.

Frist „Nutzen oder verlieren“

Die Bestimmungen des IRS erlauben es Ihnen, Ihre Erstattungskonten (sofern Sie anspruchsberechtigt sind) zur Erstattung von Ausgaben zu nutzen, die Ihnen bis zum 15. März des Folgejahres entstanden sind. Nicht verwendete Beträge verfallen gemäß den Übertragungsregeln des IRS. Das bedeutet, dass Sie jegliches Guthaben auf Ihren Erstattungskonten am 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.

36Phlex Phact!

Sie können das Konto für Betreuungskosten 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 Sie beide berufstätig sind oder wenn 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 eine Teilzeitschule besucht, können Sie das Konto nicht nutzen.

Erstattungskonto für Betreuungskosten

Wenn Sie jemanden für die Betreuung von Angehörigen bezahlen müssen, damit Sie (und Ihr Ehepartner, falls verheiratet) arbeiten können, sollten Sie die Einrichtung eines Betreuungskostenerstattungskontos in Erwägung ziehen. Dieses Konto dient dazu, sich die anfallenden Betreuungskosten erstatten zu lassen. Dazu gehören beispielsweise die Kosten für eine Kindertagesstätte, ein Seniorenheim oder eine Pflegekraft. Gesundheitskosten für Angehörige können nicht über das Betreuungskostenerstattungskonto abgedeckt werden (dafür steht das Gesundheitskostenersstattungskonto zur Verfügung).

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.

Anspruchsberechtigte Kosten für die Betreuung von Angehörigen

Hier sind einige der Ausgaben, für die Sie das Konto für Kinderbetreuung nutzen können (vorausgesetzt, die Ausgaben sind notwendig, damit Sie und Ihr Ehepartner arbeiten können):

- Betreuung in Ihrem Zuhause (die Betreuungsperson darf nicht Ihr Angehöriger oder Ihr Kind unter 18 Jahren sein). Alter 19);
- Lizenzierte Vorschule oder Kindergarten (nur die Betreuungskosten sind als erstattungsfähige Ausgaben anrechenbar, sofern sie von den Schulkosten getrennt werden können);
- Qualifizierte Tagesbetreuung oder Familienbetreuungseinrichtung, die eine Gebühr für ihre Dienstleistungen erhebt; sie muss außerdem die staatlichen und bundesstaatlichen Vorschriften erfüllen, wenn sie mehr als sechs nicht im selben Haus wohnende Personen gleichzeitig betreut;
- Vorschul- und Nachmittagsprogramme; und • Sommerferienlager (kein Ferienlager mit Übernachtung).

Nicht erstattungsfähige Kosten für die Betreuung von Angehörigen

Sie können Ihr Konto für die Erstattung von Kinderbetreuungskosten nicht zur Erstattung folgender Kosten verwenden:

- Betreuung, die nicht mit der Beschäftigung zusammenhängt (z. B. ein Babysitter außerhalb der Arbeitszeit);
- Ausgaben, die nach Ansicht der US-amerikanischen Steuerbehörde (IRS) nicht für einen Bundessteuerabzug in Frage kommen;
- Kosten, die durch eine andere Versicherung oder einen anderen Plan gedeckt sind (einschließlich Krankenversicherung, Medicare oder anderer Bundes- oder Landesprogramme);
- Ausgaben für jeden Zeitraum außer dem Kalenderjahr, in dem Sie das Konto eingerichtet haben, oder Kosten, die entstanden sind, während Sie nicht an diesem Plan teilgenommen haben;
- Pflegeheime; und • Ferienlager.

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.

Steuergutschrift des Bundes oder Erstattungskonto für Kinderbetreuungskosten?

Es gibt zwei steuerlich vorteilhafte Optionen zur Bezahlung der Kinderbetreuung: das Erstattungskonto für Betreuungskosten oder die staatliche Steuergutschrift für Kinderbetreuung. Sie können dieselben Ausgaben nicht sowohl über das Erstattungskonto für Betreuungskosten als auch über die staatliche Steuergutschrift geltend machen, aber Sie können:

- das Konto für die Erstattung von Betreuungskosten 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 Ihr Kinderbetreuungs-Erstattungskonto erstatten lassen, werden direkt mit den Ausgaben verrechnet, die Sie als Steuergutschrift geltend machen können. Wenn Sie beispielsweise ein Kind haben und eine Erstattung von 3.000 US-Dollar aus Ihrem Kinderbetreuungs-Erstattungskonto erhalten, haben Sie die maximal absetzbaren Ausgaben (3.000 US-Dollar) für ein Kind als Steuergutschrift ausgeschöpft.

Ob die Steuergutschrift oder das Konto zur Erstattung von Kinderbetreuungskosten in Ihrem Fall die bessere Methode 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.

Planung Ihrer Einzahlung auf Ihr Pflegegeldkonto

Es kann hilfreich sein, das Arbeitsblatt auf der folgenden Seite zu verwenden, um Ihre voraussichtlichen Betreuungskosten für das nächste Jahr zu schätzen. Berücksichtigen Sie bei der Berechnung Ihrer Gesamtkosten für das Jahr mögliche Änderungen.

Zum Beispiel: •

Planen Sie Familienzuwachs? • Wird Ihr Angehöriger

im Laufe des Jahres 13 Jahre alt?

- Beabsichtigt Ihr Ehepartner, in diesem Jahr mit der Arbeit aufzuhören?

Denken Sie daran: **Was man nicht** nutzt, verliert man – schätzen Sie also sorgfältig.

Arbeitsblatt für das Erstattungskonto für Betreuungskosten	
Betreuung von Angehörigen	Geschätzte Ausgaben
Kindertagesstätte, Babysitter	\$
Lizenzierter Kindergarten	\$
Betreuungsprogramme vor und nach der Schule	\$
Sommerferienlager	\$
Haushaltsdienstleistungen im Zusammenhang mit der Betreuung von Pflegebedürftigen	\$
Sozialversicherungsbeiträge (FICA) für Pflegekräfte	
Weitere förderfähige Haushaltsdienstleistungen	\$
Jährliche Gesamtausgaben	\$

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 Plan 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 Kind neu in Ihre Familie aufnehmen, können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Krankenversicherungsplan 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 Krankenversicherungsplan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt beantragen (oder innerhalb von 60 Tagen, wenn Sie Ihren Anspruch auf Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren oder Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfsprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben).

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 Versicherungsende oder ab dem Datum des Eingangs der Mitteilung – je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt – fortsetzen. Die fortgesetzte Versicherung tritt am ersten Tag des Monats nach dem Datum der Kündigung in Kraft.

Wenn ein Ereignis zum Ende des Versicherungsschutzes führt, können Sie diesen fortsetzen, sofern Sie die erforderliche Prämie zahlen. Sie können den Versicherungsschutz nur so fortführen, wie er 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-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.

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. Januar 2026. 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

Ihre Daten. Ihre Rechte. Unsere Pflichten.

Diese Mitteilung beschreibt, wie Ihre medizinischen Daten verwendet und weitergegeben werden dürfen und wie Sie Zugang zu diesen Daten erhalten. **Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch.**

Ihre Rechte	
Sie haben das Recht auf:	• Fordern Sie eine Kopie Ihrer Gesundheits- und Leistungsabrechnungen an. • Korrigieren Sie Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten. • Bitte um vertrauliche Kommunikation • Bitten Sie uns, die von uns weitergegebenen Informationen einzuschränken. • Erhalten Sie eine Liste derjenigen, mit denen wir geteilt haben Ihre Informationen • Fordern Sie eine Kopie dieser Datenschutzerklärung an • Wählen Sie jemanden, der für Sie handelt. • Reichen Sie eine Beschwerde ein, wenn Sie der Ansicht sind, dass Ihre Datenschutzrechte verletzt wurden.
Ihre Wahlmöglichkeiten	
Sie haben einige Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Art und Weise, wie wir Informationen nutzen und weitergeben. wie wir:	• Beantworten Sie Versicherungsfragen von Familie und Freunden • Katastrophenhilfe leisten • Vermarkten Sie unsere Dienstleistungen und verkaufen Sie Ihre Daten
Unsere Verwendungszwecke und Offenlegungen	
Wir können Ihre Daten wie folgt verwenden und weitergeben:	• Helfen Sie mit, die medizinische Behandlung, die Sie erhalten, zu managen • Unsere Organisation leiten • Bezahlen Sie Ihre Gesundheitsleistungen • Verwalten Sie Ihren Krankenversicherungsplan • Hilfe bei Fragen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit • Recherchieren Sie! • Das Gesetz einhalten • Auf Organ- und Gewebespenden reagieren Anfragen stellen und mit einem Gerichtsmediziner oder Bestatter zusammenarbeiten • Bearbeitung von Anfragen bezüglich Arbeiterunfallversicherung, Strafverfolgung und anderen Regierungsangelegenheiten • Auf Klagen und Gerichtsverfahren reagieren

Ihre Rechte

Wenn es um Ihre Gesundheitsdaten geht, haben Sie bestimmte Rechte. In diesem Abschnitt werden Ihre Rechte erläutert und einige unserer Pflichten Ihnen gegenüber aufgezeigt.

Fordern Sie eine Kopie Ihrer Gesundheits- und Leistungsakten an.

Sie können Ihre Gesundheits- und Leistungsabrechnungsunterlagen sowie weitere uns vorliegende Gesundheitsinformationen einsehen oder eine Kopie davon erhalten. Fragen Sie uns, wie das geht.

- Wir stellen Ihnen in der Regel innerhalb von 30 Tagen nach Ihrer Anfrage eine Kopie oder eine Zusammenfassung Ihrer Gesundheits- und Leistungsabrechnungsunterlagen zur Verfügung. Hierfür erheben wir gegebenenfalls eine angemessene, kostendeckende Gebühr.

Bitte Sie uns, Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten zu korrigieren.

- Sie können uns bitten, Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten zu korrigieren, wenn Sie der Meinung sind, dass diese fehlerhaft oder unvollständig sind. Fragen Sie uns, wie das geht.
- Wir können Ihre Anfrage ablehnen, werden Ihnen aber innerhalb von 60 Tagen schriftlich den Grund dafür mitteilen.

Bitte um vertrauliche Mitteilungen

- Sie können uns bitten, Sie auf eine bestimmte Weise zu kontaktieren (z. B. per Festnetztelefon zu Hause oder im Büro) oder Post an eine andere Adresse senden.
- Wir werden alle angemessenen Anfragen prüfen und müssen „ja“ sagen, wenn Sie uns mitteilen, dass Sie
Wir sind in Gefahr, wenn wir es nicht tun.

Bitte Sie uns, einzuschränken, was wir nutzen oder teilen.

- Sie können uns bitten, bestimmte Gesundheitsdaten nicht für Behandlungs-, Zahlungs- oder betriebliche Zwecke zu verwenden oder weiterzugeben.
- Wir sind nicht verpflichtet, Ihrer Anfrage zuzustimmen, und wir können „nein“ sagen, wenn dies Auswirkungen hätte.
Ihre Fürsorge.

Erhalten Sie eine Liste derjenigen, mit denen wir Informationen geteilt haben.

- Sie können eine Aufstellung (Abrechnung) anfordern, aus der hervorgeht, wann wir Ihre Gesundheitsdaten in den sechs Jahren vor Ihrer Anfrage weitergegeben haben, an wen wir sie weitergegeben haben und warum.

Wir werden alle Offenlegungen berücksichtigen, mit Ausnahme derjenigen zu Behandlung, Zahlung und Betriebsabläufen im Gesundheitswesen sowie bestimmter anderer Offenlegungen (z. B. solcher, die Sie angefordert haben). Wir erstellen Ihnen einmal jährlich kostenlos eine Abrechnung. Für jede weitere Abrechnung innerhalb von 12 Monaten berechnen wir eine angemessene, kostendeckende Gebühr.

Fordern Sie eine Kopie dieser Datenschutzerklärung an

Sie können jederzeit eine Papierkopie dieser Mitteilung anfordern, auch wenn Sie der elektronischen Zustellung zugestimmt haben. Wir senden Ihnen umgehend eine Papierkopie zu.

Wählen Sie jemanden, der für Sie handelt.

- Wenn Sie jemandem eine medizinische Vorsorgevollmacht erteilt haben oder wenn jemand Ihr gesetzlicher Vormund ist, kann diese Person Ihre Rechte ausüben und Entscheidungen über Ihre Gesundheitsdaten treffen.
- Wir werden sicherstellen, dass die Person diese Befugnis hat und in Ihrem Namen handeln kann, bevor wir ...
jede Handlung.

Reichen Sie eine Beschwerde ein, wenn Sie der Meinung sind, dass Ihre Rechte verletzt wurden.

- Sie können sich beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass wir Ihre Rechte verletzt haben. Kontaktieren Sie uns dazu bitte über die unten stehenden Kontaktdaten.
- Sie können eine Beschwerde beim US-amerikanischen Ministerium für Gesundheit und Soziale Dienste, Büro für Bürgerrechte, einreichen, indem Sie einen Brief an 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 senden, die Nummer 877-696-6775 anrufen oder die **Website www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/** besuchen.
- Wir werden Ihnen keine Vergeltungsmaßnahmen antun, weil Sie eine Beschwerde eingereicht haben.

Ihre Wahlmöglichkeiten

Bei bestimmten Gesundheitsdaten können Sie uns Ihre Wünsche bezüglich der Weitergabe mitteilen. Wenn Sie klare Präferenzen bezüglich der Weitergabe Ihrer Daten in den unten beschriebenen Situationen haben, sprechen Sie uns bitte an. Teilen Sie uns Ihre Wünsche mit, und wir werden diese befolgen.

In diesen Fällen haben Sie sowohl das Recht als auch die Möglichkeit, uns Folgendes mitzuteilen:

- Teilen Sie die Informationen mit Ihrer Familie, engen Freunden oder anderen an der Zahlung Beteiligten.
Ihre Fürsorge
- Informationen in einer Katastrophenhilfesituation austauschen

- Wir kontaktieren Sie bezüglich Spendenaktionen
- Tragen Sie Ihre Informationen in ein Krankenhausverzeichnis ein.

Wenn Sie uns Ihre Präferenz nicht mitteilen können, beispielsweise weil Sie bewusstlos sind, können wir Ihre Daten weitergeben, wenn wir dies für Ihr Wohl für notwendig erachten. Wir können Ihre Daten auch weitergeben, wenn dies erforderlich ist, um eine ernsthafte und unmittelbare Gesundheits- oder Sicherheitsgefährdung abzuwenden.

In diesen Fällen geben wir Ihre Daten niemals weiter, es sei denn, Sie erteilen uns Ihre schriftliche Einwilligung:

- Marketingzwecke
- Verkauf Ihrer Daten
- Die meisten Psychotherapie-Notizen

Unsere Verwendungszwecke und Offenlegungen

Wie verwenden und teilen wir Ihre Gesundheitsdaten üblicherweise?

Wir verwenden bzw. teilen Ihre Gesundheitsdaten üblicherweise auf folgende Weise.

Helfen Sie mit, die medizinische Behandlung, die Sie erhalten, zu managen.

Wir können Ihre Gesundheitsdaten nutzen und sie mit den Fachkräften teilen, die Sie behandeln.

Beispiel: Ein Arzt übermittelt uns Informationen über Ihre Diagnose und Ihren Behandlungsplan, damit wir zusätzliche Leistungen organisieren können.

Leiten Sie unsere Organisation

- Wir können Ihre Daten verwenden und weitergeben, um unsere Organisation zu betreiben und Sie bei Bedarf zu kontaktieren.
- Es ist uns nicht gestattet, genetische Informationen zu verwenden, um zu entscheiden, ob wir Ihnen Die Deckung und deren Preis. Dies gilt nicht für Langzeitpflegeversicherungen.

Beispiel: Wir nutzen Ihre Gesundheitsdaten, um bessere Dienstleistungen für Sie zu entwickeln.

Bezahlen Sie Ihre Gesundheitsleistungen

Wir können Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der Bezahlung Ihrer Gesundheitsleistungen verwenden und weitergeben.

Beispiel: Wir teilen Informationen über Sie mit Ihrer Zahnversicherung, um die Bezahlung Ihrer zahnärztlichen Leistungen zu koordinieren.

Verwalten Sie Ihren Plan

Wir können Ihre Gesundheitsdaten an Ihren Krankenversicherungsträger zum Zwecke der Versicherungsverwaltung weitergeben.

Beispiel: Ihr Unternehmen schließt einen Vertrag mit uns über die Bereitstellung eines Krankenversicherungsplans ab, und wir stellen Ihrem Unternehmen bestimmte Statistiken zur Verfügung, um die von uns erhobenen Prämien zu erläutern.

Wie können wir Ihre Gesundheitsdaten sonst noch nutzen oder weitergeben?

Wir sind berechtigt oder verpflichtet, Ihre Daten auf andere Weise weiterzugeben – in der Regel zum Wohle der Allgemeinheit, beispielsweise im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Forschung. Bevor wir Ihre Daten für diese Zwecke weitergeben dürfen, müssen wir zahlreiche gesetzliche Auflagen erfüllen. Weitere Informationen finden Sie unter: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Hilfe bei Fragen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit

Wir können Ihre Gesundheitsdaten in bestimmten Situationen weitergeben, zum Beispiel:

- Krankheitsvorbeugung
- Unterstützung bei Produktrückrufen
- Meldung von Nebenwirkungen von Medikamenten
- Meldung von Verdachtsfällen auf Missbrauch, Vernachlässigung oder häusliche Gewalt
- Verhinderung oder Verringerung einer ernsthaften Bedrohung für die Gesundheit oder Sicherheit einer Person

Recherchieren Sie!

Wir können Ihre Daten für die Gesundheitsforschung nutzen oder weitergeben.

Halten Sie sich an das Gesetz

Wir werden Informationen über Sie weitergeben, wenn dies nach Landes- oder Bundesrecht erforderlich ist, unter anderem an das US-Gesundheitsministerium, wenn dieses sich vergewissern möchte, dass wir die bundesstaatlichen Datenschutzgesetze einhalten.

Auf Anfragen zur Organ- und Gewebespende reagieren und mit einem Gerichtsmediziner oder Bestatter zusammenarbeiten

- Wir können Gesundheitsdaten über Sie an Organbeschaffungsorganisationen weitergeben.
- Wir können Gesundheitsinformationen an einen Gerichtsmediziner, Leichenbeschauer oder Bestatter weitergeben, wenn eine Person stirbt.

Bearbeitung von Anfragen bezüglich Arbeiterunfallversicherung, Strafverfolgung und anderen Regierungsangelegenheiten

Wir können Ihre Gesundheitsdaten verwenden oder weitergeben:

- Für Ansprüche auf Arbeiterunfallentschädigung
- Für Zwecke der Strafverfolgung oder im Umgang mit einem Strafverfolgungsbeamten
- Mit Aufsichtsbehörden im Gesundheitswesen für gesetzlich genehmigte Tätigkeiten
- Für besondere Regierungsfunktionen wie Militär, nationale Sicherheit und Personenschutz des Präsidenten

Auf Klagen und Gerichtsverfahren reagieren

Wir können Gesundheitsdaten über Sie auf Anordnung eines Gerichts oder einer Verwaltungsbehörde oder auf Vorladung hin weitergeben.

Unsere Verantwortlichkeiten

- Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer geschützten Gesundheitsdaten zu wahren. Information.
- Wir werden Sie umgehend informieren, falls es zu einer Datenschutzverletzung kommt, die die Vertraulichkeit oder Sicherheit Ihrer Daten beeinträchtigt haben könnte.
- Wir sind verpflichtet, die in dieser Mitteilung beschriebenen Pflichten und Datenschutzpraktiken einzuhalten und Ihnen eine
Eine Kopie davon.

Wir werden Ihre Daten nur wie hier beschrieben verwenden oder weitergeben, es sei denn, Sie erteilen uns Ihre schriftliche Einwilligung. Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Bitte teilen Sie uns Ihren Widerruf schriftlich mit.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Änderungen der Bedingungen dieser Mitteilung

Wir können die Bedingungen dieser Datenschutzerklärung ändern, und die Änderungen gelten für alle Ihre bei uns gespeicherten Daten. Die neue Datenschutzerklärung ist auf Anfrage auf unserer Website verfügbar; wir senden Ihnen außerdem ein Exemplar per Post zu.

Oktober 2018

Tyema Sanchez
Datenschutzbeauftragter
215-568-3262, Durchwahl 1400

Ansprüche auf Weiterversicherungsschutz gemäß COBRA

Sie erhalten diese Mitteilung, weil Sie kürzlich über eine Gruppenkrankenversicherung (den Plan) versichert wurden. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Anspruch auf die COBRA-Anschlussversicherung, eine befristete Verlängerung Ihres Versicherungsschutzes im Rahmen des Plans. **In dieser Mitteilung wird die COBRA-Anschlussversicherung erläutert, wann sie für Sie und Ihre Familie verfügbar sein kann und was Sie tun müssen, um Ihren Anspruch darauf zu sichern.** Sobald Sie Anspruch auf COBRA haben, können Sie möglicherweise auch Anspruch auf andere Versicherungsoptionen haben, die günstiger sein können als die COBRA-Anschlussversicherung.

Das Recht auf Weiterversicherung nach COBRA wurde durch ein Bundesgesetz, den Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1985 (COBRA), geschaffen. Die Weiterversicherung nach COBRA steht Ihnen und anderen Familienmitgliedern zu, wenn Ihre Gruppenkrankenversicherung andernfalls enden würde. Weitere Informationen zu Ihren Rechten und Pflichten im Rahmen des Plans und des Bundesrechts finden Sie in der Planbeschreibung (Summary Plan Description) oder erhalten Sie beim Planverwalter.

Möglicherweise stehen Ihnen andere Optionen zur Verfügung, wenn Sie Ihren Gruppenkrankenversicherungsschutz verlieren. Sie können beispielsweise über den Krankenversicherungsmarktplatz eine Einzelversicherung abschließen. Durch die Anmeldung über den Marktplatz profitieren Sie möglicherweise von niedrigeren monatlichen Prämien und geringeren Selbstbeteiligungskosten. Darüber hinaus haben Sie unter Umständen Anspruch auf eine 30-tägige Sonderanmeldefrist für eine andere Gruppenkrankenversicherung, für die Sie anspruchsberechtigt sind (z. B. die Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin), selbst wenn diese Versicherung normalerweise keine Nachmeldungen akzeptiert.

Was ist die COBRA-Anschlussversicherung?

Die COBRA-Anschlussversicherung ermöglicht die Fortführung des Versicherungsschutzes, wenn dieser aufgrund eines bestimmten Lebensereignisses ansonsten enden würde. Dies wird auch als „qualifizierendes Ereignis“ bezeichnet. Die spezifischen qualifizierenden Ereignisse sind weiter unten in dieser Mitteilung aufgeführt. Nach einem qualifizierenden Ereignis muss jedem „berechtigten Begünstigten“ die COBRA-Anschlussversicherung angeboten werden. Sie, Ihr Ehepartner und Ihre unterhaltsberechtigten Kinder können berechnete Begünstigte werden, wenn der Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund des qualifizierenden Ereignisses erlischt. Berechnete Begünstigte, die sich für die COBRA-Anschlussversicherung entscheiden, müssen die Kosten dafür selbst tragen.

Wenn Sie Angestellter sind, werden Sie ein anspruchsberechtigter Begünstigter, wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund der folgenden anspruchsbegründenden Ereignisse verlieren:

- Ihre Arbeitszeit wird reduziert, oder
- Ihr Arbeitsverhältnis endet aus jedem anderen Grund als wegen groben Fehlverhaltens.

Wenn Sie der Ehepartner eines Mitarbeiters sind, werden Sie ein anspruchsberechtigter Begünstigter, wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund der folgenden anspruchsbegründenden Ereignisse verlieren:

- Ihr Ehepartner stirbt;
- Die Arbeitszeit Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin wird reduziert;
- Das Arbeitsverhältnis Ihres Ehepartners endet aus einem anderen Grund als wegen groben Fehlverhaltens;
- Ihr Ehepartner hat Anspruch auf Medicare-Leistungen (nach Teil A, Teil B oder beiden); oder
- Sie lassen sich von Ihrem Ehepartner scheiden oder leben rechtlich getrennt.

Ihre unterhaltsberechtigten Kinder werden zu anspruchsberechtigten Begünstigten, wenn sie aufgrund der folgenden Ereignisse ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans verlieren:

- Der Elternteil, der gleichzeitig Angestellter ist, stirbt;
- Die Arbeitszeit des Elternteils/Angestellten wird reduziert;
- Das Arbeitsverhältnis des Elternteils endet aus einem anderen Grund als seinem/ihrer Bruttogehalt. Fehlverhalten;
- Der Elternteil-Arbeitnehmer hat Anspruch auf Medicare-Leistungen (Teil A, Teil B oder beides);
- Die Eltern lassen sich scheiden oder leben getrennt; oder
- Das Kind verliert den Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des Plans als „abhängiges Kind“.

Wann ist eine Anschlussversicherung nach COBRA verfügbar?

Der Plan bietet berechtigten Versicherten die Weiterversicherung nach COBRA erst dann an, nachdem der Planverwalter über das Eintreten eines qualifizierenden Ereignisses informiert wurde. Der Arbeitgeber muss den Planverwalter über folgende qualifizierende Ereignisse informieren:

- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder die Reduzierung der Arbeitszeit;
- Tod des Mitarbeiters; oder
- Der Arbeitnehmer erwirbt Anspruch auf Leistungen der Medicare (nach Teil A, Teil B oder beiden).

Bei allen anderen anspruchsbegründenden Ereignissen (Scheidung oder Trennung des/der Arbeitnehmers/ in vom Ehepartner/von der Ehepartnerin oder Verlust des Versicherungsanspruchs eines unterhaltsberechtigten Kindes) müssen Sie den Planverwalter innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt des Ereignisses benachrichtigen. Diese Benachrichtigung muss an die Fondsverwaltung erfolgen.

Wie wird die COBRA-Anschlussversicherung bereitgestellt?

Sobald der Planverwalter über das Eintreten eines anspruchsbegründenden Ereignisses informiert wird, wird jedem anspruchsberechtigten Begünstigten die Weiterversicherung nach COBRA angeboten. Jeder anspruchsberechtigte Begünstigte hat das Recht, die Weiterversicherung nach COBRA unabhängig zu wählen. Versicherte Arbeitnehmer können die Weiterversicherung nach COBRA für ihre Ehepartner und Eltern für ihre Kinder abschließen.

Die COBRA-Anschlussversicherung ist eine befristete Weiterführung des Versicherungsschutzes, die in der Regel 18 Monate dauert und bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder Reduzierung der Arbeitszeit gewährt wird. Bestimmte Ereignisse oder ein zweites anspruchsbegründendes Ereignis während des anfänglichen Versicherungszeitraums können dem Versicherten eine maximale Versicherungsdauer von 36 Monaten ermöglichen.

Es gibt auch Möglichkeiten, diesen 18-monatigen Zeitraum der COBRA-Anschlussversicherung zu verlängern:

Verlängerung des 18-monatigen Zeitraums der COBRA-Anschlussversicherung bei Behinderung

Wenn Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie, das unter den Plan fällt, von der Sozialversicherung als erwerbsunfähig eingestuft werden und Sie den Planverwalter rechtzeitig benachrichtigen, haben Sie und Ihre gesamte Familie möglicherweise Anspruch auf bis zu 11 zusätzliche Monate COBRA-Anschlussversicherung, maximal jedoch für 29 Monate. Die Erwerbsunfähigkeit muss vor dem 60. Tag der COBRA-Anschlussversicherung eingetreten sein und mindestens bis zum Ende des 18-monatigen Zeitraums der COBRA-Anschlussversicherung andauern.

Verlängerung des Versicherungsschutzes um 18 Monate aufgrund eines zweiten Qualifikationsereignisses

Tritt während der 18-monatigen COBRA-Anschlussversicherung ein weiteres anspruchsbegründendes Ereignis in Ihrer Familie ein, können Ihr Ehepartner und Ihre unterhaltsberechtigten Kinder die COBRA-Anschlussversicherung um bis zu 18 weitere Monate verlängern, maximal jedoch um 36 Monate, sofern der Plan ordnungsgemäß über das zweite anspruchsbegründende Ereignis informiert wird. Diese Verlängerung kann dem Ehepartner und den unterhaltsberechtigten Kindern, die bereits COBRA-Anschlussversicherung erhalten, gewährt werden, wenn der/die Beschäftigte oder ehemalige Beschäftigte verstirbt, Anspruch auf Medicare-Leistungen (nach Teil A, Teil B oder beidem) erwirbt, sich scheiden lässt oder getrennt lebt oder wenn das unterhaltsberechtigte Kind die Anspruchsberechtigung im Rahmen des Plans verliert. Diese Verlängerung ist nur dann möglich, wenn das zweite anspruchsbegründende Ereignis ohne das erste anspruchsbegründende Ereignis zum Verlust des Versicherungsschutzes des Ehepartners oder des unterhaltsberechtigten Kindes geführt hätte.

Gibt es neben der COBRA-Anschlussversicherung noch andere Versicherungsmöglichkeiten?

Ja. Anstatt sich für die COBRA-Anschlussversicherung anzumelden, gibt es möglicherweise andere Versicherungsmöglichkeiten für Sie und Ihre Familie über den Krankenversicherungsmarktplatz, Medicare, Medicaid, das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) oder andere Gruppenkrankenversicherungsoptionen (z. B. die Versicherung des Ehepartners) im Rahmen einer sogenannten „Sonderanmeldefrist“.

Einige dieser Optionen sind möglicherweise günstiger als die Weiterversicherung nach COBRA. Weitere Informationen zu vielen dieser Optionen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Kann ich mich nach dem Ende meiner Gruppenkrankenversicherung anstelle der COBRA-Anschlussversicherung bei Medicare anmelden?

Generell gilt: Wenn Sie sich nicht bei Ihrer ersten Anspruchsberechtigung für Medicare Teil A oder B anmelden, weil Sie noch erwerbstätig sind, haben Sie nach Ablauf der ersten Anmeldefrist für Medicare eine achtmonatige Sonderanmeldefrist, um sich für Medicare Teil A oder B anzumelden. Diese beginnt mit dem früheren der beiden folgenden Daten:

- Im Monat nach Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses; oder
- Der Monat nach dem Ende des Versicherungsschutzes durch die Gruppenkrankenversicherung auf Grundlage des aktuellen Arbeitsverhältnisses.

Wenn Sie sich nicht bei Medicare anmelden und stattdessen die COBRA-Anschlussversicherung wählen, müssen Sie möglicherweise eine Verspätungsgebühr für die Anmeldung zu Teil B zahlen und es kann zu einer Versicherungslücke kommen, falls Sie sich später für Teil B entscheiden. Wenn Sie die COBRA-Anschlussversicherung wählen und sich später, bevor die COBRA-Anschlussversicherung endet, für Medicare Teil A oder B anmelden, kann der Plan Ihre Anschlussversicherung beenden. Wenn Medicare Teil A oder B jedoch am oder vor dem Datum der COBRA-Wahl wirksam wird, darf die COBRA-Anschlussversicherung aufgrund des Anspruchs auf Medicare nicht beendet werden, selbst wenn Sie sich nach dem Datum der Wahl der COBRA-Anschlussversicherung für den anderen Teil von Medicare anmelden.

Wenn Sie sowohl bei der COBRA-Anschlussversicherung als auch bei Medicare versichert sind, zahlt Medicare in der Regel zuerst (primärer Kostenträger) und die COBRA-Anschlussversicherung zahlt an zweiter Stelle.

Bestimmte Tarife können so abrechnen, als ob sie eine Zusatzversicherung zu Medicare wären, auch wenn Sie nicht bei Medicare eingeschrieben sind.

Weitere Informationen finden Sie unter www.medicare.gov/medicare-and-you.

Wenn Sie Fragen haben

Fragen zu Ihrem Plan oder Ihren Ansprüchen auf Weiterversicherung nach COBRA richten Sie bitte an die unten genannten Ansprechpartner. Weitere Informationen zu Ihren Rechten nach dem Employee Retirement Income Security Act (ERISA), einschließlich COBRA, dem Patient Protection and Affordable Care Act und anderen Gesetzen, die Gruppenkrankenversicherungen betreffen, erhalten Sie bei der nächstgelegenen Regional- oder Bezirksstelle der Employee Benefits Security Administration (EBSA) des US-Arbeitsministeriums oder unter www.dol.gov/ebsa. (Adressen und Telefonnummern der regionalen und Bezirksbüros der EBSA finden Sie auf der Website der EBSA.) Weitere Informationen zum Marktplatz finden Sie unter www.HealthCare.gov.

Bitte informieren Sie Ihren Planer über Adressänderungen.

Um die Rechte Ihrer Familie zu schützen, informieren Sie den Planverwalter über jegliche Adressänderungen von Familienmitgliedern. Bewahren Sie außerdem eine Kopie aller Mitteilungen an den Planverwalter für Ihre Unterlagen auf.

www.seiu36.com

