



SEIU 775
BENEFITS GROUP



Dora P.
Помічник, м. Такома

2025-2026

Посібник із медичного страхування

Зателефонуйте на номер 1-877-606-6705,
якщо у вас виникли запитання про страхове
покриття або потрібна допомога в поданні
заявки.

Get healthcare coverage information in
your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា
ភាសារបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka
caafimaadka luqaddaada.

Obtenga información sobre la cobertura
de atención médica en su idioma.

Отримайте інформацію про покриття
медичної страховки своєю мовою.

Nhận thông tin về bảo hiểm chăm sóc
sức khỏe bằng ngôn ngữ của bạn.

myseiu.be/oe

3 Особливості плану медичного страхування

- 3 Варіанти покриття та вартість
- 4 Нові й удосконалені пільги
- 4 Основні відомості про пільги
- 6 Варіанти стоматологічного покриття

7 Обліковий запис медичного страхування

Легко й просто подавайте заявку, змінюйте страхове покриття та керуйте пільгами в режимі онлайн.

8 Поширені запитання щодо страхового покриття

- 8 Відповідність критеріям
- 8 Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)
- 8 Коли та як подавати заявку
- 9 Коли починає діяти страхове покриття
- 9 Щомісячні франшизи за покриття
- 9 Як припинити дію покриття

10 Як зберегти покриття

11 Підтримка щодо страхових пільг

Deborah потребувала операції на відкритому серці, яка, у разі відсутності страхування, коштувала б сотні тисяч доларів. Менше турбуючись про витрати, вона розповідає: «Я змогла зосередитися на собі й своєму одужанні».

Deborah M.
Помічник, м. Ванкувер



Пільги для оздоровлення



На додаток до доступу до високоякісного медичного страхування, ви маєте й інші переваги, які надаються безкоштовно й покликані допомогти вам зменшити стрес, підвищити безпеку на роботі та покращити якість вашого життя.



Взуття Caregiver Kicks: Безкоштовне взуття для помічників

Отримуйте безкоштовну пару взуття щороку! Доступне в понад 90 стилях від Reebok до Sketchers, нековзне взуття Caregiver Kicks розроблено, щоб гарантувати безпеку й ще більше комфорту на робочому місці. myseiu.be/kicks



Пільги для догляду за собою

Помічники часто ставлять потреби своїх підопічних на перше місце, проте важливо дбати й про себе. Існує багато безкоштовних і недорогих пільг для помічників, які можуть допомогти впоратися зі стресом, тривогою та депресією. myseiu.be/self-care

Інші пільги для помічників



Дізнайтеся більше про вихід помічників на пенсію, навчання та пільги з пошуку роботи, а також про те, як отримати до них доступ, перейшовши на seiu775benefitsgroup.com.

Покроковий посібник із подання заявки на страхове покриття

«Процес реєстрації був доволі простий. Я просто ознайомилася з брошурою та виділеними елементами, які для мене були важливими. Здатність зробити це в режимі онлайн значно спростила процес.»

Acacia V., помічник

1 Дізнайтеся про своє страхове покриття

- Ознайомтесь із варіантами покриття та основними пільгами, прочитавши цей посібник.
- Ознайомтесь з інформацією про відповідність вимогам на сторінці 8, щоб дізнатися, чи маєте ви право на покриття.
- Прочитайте брошуру з відомостями про план, щоб дізнатися, які прямі витрати на рецептурні ліки, лікування й послуги сплачуються згідно з вашим планом.
- Виберіть варіант страхового покриття й план стоматологічного обслуговування.

2 Підготуйтеся до подання заявки

- Зберіть інформацію. Для подання заявки знадобиться номер соціального страхування та назва роботодавця.
- **Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).** Зберіть документи для підтвердження наявності дітей на утриманні. Перегляньте список прийнятної документації та інструкції тут: myseiu.be/cfk.

3 Створіть обліковий запис медичного страхування

- Перейдіть на сайт myseiu.be/hba, щоб дізнатися, як створити обліковий запис. Створивши обліковий запис, ви зможете будь-коли ввійти в систему, перейшовши на myseiu.be/magnacare.

4 Надішліть свою заявку

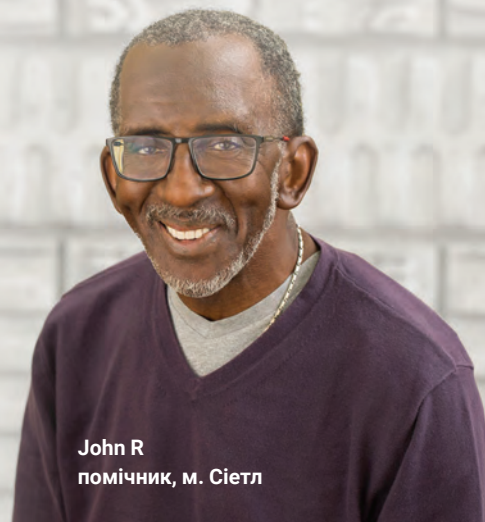
- Заповніть заявку до кінцевого терміну на сайті myseiu.be/magnacare. Дізнайтеся більше про кінцеві терміни й те, як подати заявку поштою, на сторінці 8.
- **Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).** Подаючи заявку, подайте документи з підтвердженням наявності дітей на утриманні. Дізнайтеся, як подати документи, тут: myseiu.be/cfk.

5 Отримайте сповіщення щодо заявки

- Ви отримаєте підтвердження отримання заявки електронною поштою чи на обліковий запис медичного страхування впродовж 1 дня, а рішення щодо страхового покриття – листом чи на електронну пошту впродовж 30 днів. Якщо зворотного зв'язку немає, зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Служба підтримки клієнтів із питань страхового покриття: 1-877-606-6705

Отримайте допомогу, якщо маєте запитання про медичне страхування, відповідність вимогам і процес подання заявки.



John R
помічник, м. Сіетл

Варіанти плану медичного страхування

Отримайте високоякісне медичне страхування всього від 25 доларів США на місяць. Ви можете скористатися страхуванням лише для себе або додати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) для своїх дітей на утриманні.



Народивши другу дитину, Dani зареєструвала своїх обох дітей у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) і тепер постійно хвалить «чудові тарифи», які допомагають її сім'ї щомісяця заощаджувати кошти.

Dani R.
Помічник, М. Асотін

Варіант 1



Індивідуальне медичне та стоматологічне покриття

25 дол. США на місяць

Щомісячна франшиза за покриття

Отримайте медичне та стоматологічне покриття для себе лише за 25 доларів США на місяць.

Щомісячна франшиза за покриття: сума, яку ви сплачуєте щомісяця за страхове покриття, докладні відомості див. на сторінці 9.

Відповідність критеріям

Працюйте 80 і більше годин на місяць.

Варіант 2



Індивідуальне покриття + медичне та стоматологічне покриття за програмою Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

125 дол. США на місяць

Щомісячна франшиза за покриття

Отримайте медичне та стоматологічне покриття для себе й своїх дітей лише за 125 доларів США на місяць.

Сума не змінюється, незалежно від того, скільки дітей ви додасте!

Ви можете додати відповідних умовам дітей на утриманні, яким ще не виповнилося 26 років, зокрема біологічних, усиновлених дітей, пасинків чи пасербиць, а також дітей свого цивільного партнера.

Учасники плану KPWA POS повинні перейти на інший план, щоб додати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).

Відповідність критеріям

Працюйте 120 і більше годин на місяць.

Варіант 3



Індивідуальне покриття + лише стоматологічне покриття за програмою Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

35 дол. США на місяць

Щомісячна франшиза за покриття

Отримайте медичне та стоматологічне покриття для себе й стоматологічне покриття для своїх дітей лише за 35 доларів США на місяць.

2025

Нові й удосконалені пільги

Coverage Reliability (Надійність страхового покриття)

Тепер помічники отримують 2 кредити надійності страхового покриття на рік. Кожен кредит продовжує медичне страхування на 1 місяць, якщо ви не досягли потрібної кількості відпрацьованих годин, забезпечуючи безперервне страхування для вас і ваших утриманців.

Пільги за всиновлення від Progroup

Отримуйте до 15 000 доларів США на витрати, пов'язані з усиновленням (пожиттєва пільга¹).

¹ Максимальна сума, що надається на витрати, пов'язані з усиновленням, поки ви зареєстровані в плані.

Знижені витрати на рецептурні ліки

Знижені витрати на інгалятори не бажаної марки, ЕріПеп та препарати й терапії для лікування ВІЛ після контакту.

Пільги для догляду, що стосується питань статі

Тепер усі плани покривають цілий ряд процедур і терапій.

Помічники заслуговують доступ до високоякісного та надійного медичного обслуговування, яке дасть їм змогу зосередитися на наданні виняткового догляду та не хвилюватися про керування пільгами. Ці останні вдосконалення віддзеркалюють нашу незмінну відданість щодо надання страхового покриття, яке дійсно підтримує помічника на його шляху.

Merissa Clyde
Генеральний директор
SEIU 775
Benefits Group



Основні відомості про страхові пільги

План медичного страхування, доступний для вас за вашим домашнім поштовим індексом. Призначений вам план пропонує чимало способів із підтримки вашого здоров'я та благополуччя. До покриття належать такі переваги:

- ✓ Медичні послуги
- ✓ Профілактика
- ✓ Стоматологія та ортодонція
- ✓ Рецептні препарати
- ✓ Психічне здоров'я
- ✓ Зір
- ✓ Слух
- ✓ Пільги щодо створення сім'ї та репродуктивного здоров'я
- ✓ Догляд, що стосується питань статі
- ✓ Масаж і хіропрактика
- ✓ Фізіотерапія

Безкоштовні візити для отримання первинної медичної допомоги

Візити до постачальника первинної медичної допомоги (PCP) повністю безкоштовні*. Ви можете звернутися до свого PCP для профілактичних оглядів і коли хворієте. Ваше страхування також передбачає варіанти віртуальної допомоги, щоб ви могли отримати її, не виходячи з дому.

* Візити до PCP не потребують доплати, однак, якщо лікар призначає аналізи або лабораторні дослідження, вам, можливо, доведеться доплатити за ці послуги.

Невідкладна та екстрена допомога

Ваш план покриває візити у відділення невідкладної та першої допомоги. Перша допомога – недорогий варіант для вирішення нетермінових питань, як-от невеликі травми чи симптоми грипу, якщо у вас немає можливості звернутися до свого лікаря. За візити у відділення невідкладної допомоги стягується додаткова плата розміром 200 доларів США, і їх потрібно виконувати в разі серйозних станів, як-от біль у грудях, утруднене дихання чи серйозні травми.

Може застосовуватися франшиза чи доплата.

Пільги щодо рецептурних препаратів

У вас є доступ до широкого спектру рецептурних препаратів (Rx) за низькою ціною або безкоштовно, залежно від рівня препарату. За ліки загального типу зазвичай стягується найнижча доплата, проте в ліків певних торговельних марок і спеціалізованих препаратів може бути більша вартість. Також доступні варіанти замовлення поштою, завдяки яким ви зможете отримати 90-денний запас ліків із доставкою додому.

Пільги для психічного здоров'я

Ваше емоційне й психічне здоров'я таке ж важливе, як і фізичне. У ваше страхове покриття входить професійна підтримка, препарати, групова терапія та альтернативні методи лікування, а також доступ до застосунків для догляду за собою й інших програм і ресурсів.

Пільги щодо зору

Ваше покриття надає комплексний офтальмологічний пакет. Сюди входить 1 безкоштовне офтальмологічне обстеження щو 12 місяців і 600 доларів США що 12 місяців на оптичне забезпечення (наприклад, лінзи, оправы та контактні лінзи).

Пільги щодо слуху

EPIC Hearing надає вам і вашим дітям безкоштовну щорічну перевірку слуху з консультацією лікаря з мережі. Плюс до 3000 доларів США на оптичне забезпечення з розширеною гарантією на кожне вухо що 36 місяців.



«Одного разу я серйозно захворіла й пробула в лікарні 45 днів. Завдяки медичному страхуванню, яке покрило більшу частину плати, мені потрібно було сплатити лише невеличку суму. Саме тому дуже важливо мати страхування.»

Amy L.
Помічник, м. Сіетл

Навчання й програми зі здорового способу життя

Пільги й навчання зі здорового способу життя допоможуть вам лікувати хронічні стани, як-от діабет або високий тиск, а також покращити ваше фізичне здоров'я. У ваш план входять:

- Індивідуальне навчання зі здорового способу життя для персоналізованого керівництва з досягнення цілей.
- Підтримка від команди з догляду, яка допоможе контролювати ваш стан.
- Програми й застосунки для простого керування та відстеження.

Масаж і хіропрактика

Біль у м'язах і суглобах можна лікувати (та їм можна запобігати) за допомогою недорогої фізіотерапії, масажу, хіропрактики, голковколювання та віртуальних програм зі здорового способу життя.

Ознайомтеся з відомостями про свій план, щоб дізнатися обмеження на відвідування чи вимоги щодо направлення, а також уточніть у свого лікаря, чи покриваються вашим страхуванням його послуги, коли записуватиметеся на прийом.

Пільги щодо створення сім'ї та репродуктивного здоров'я

Отримуйте переваги для кожного етапу життя: від питання фертильності та створення сім'ї до вагітності, післяпологового періоду та менопаузи. Отримайте страхове покриття на сучасні методи лікування, персоналізовану підтримку та консультації від Patient Care Advocate (Спеціаліст із догляду за пацієнтами, PCA), а також доступ до особистої та віртуальної допомоги. Тепер ви можете отримати до 15 000 доларів США на витрати, пов'язані з усиновленням (позитивна пільга).



Повний список пільг див. в брошурі з відомостями про план.

У брошурі з відомостями про план міститься комплексна інформація про ваші плани медичного та стоматологічного обслуговування, зокрема прямі витрати й страхове покриття на рецептурні препарати, візити й лікувальні процедури.

План стоматологічного обслуговування

Стоматологія є частиною вашого медичного страхування. Виберіть план, який найкраще відповідатиме вашим потребам.

Ознайомтеся з таблицею, щоб порівняти плани й дізнайтеся про потенційні прямі витрати на поширені послуги в брошурі з відомостями про план.

Якщо ви вже зареєстровані для отримання покриття та бажаєте змінити план стоматологічного обслуговування, найкраще це зробити під час періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація).



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
Річний ліміт для пільг	5000 доларів США	—
Франшиза	0 доларів США	0 доларів США
Планові обстеження	Повне покриття	Повне покриття
Переваги щодо ортодонтії	Так	Так
Мережа постачальників послуг	Delta Dental має широку мережу постачальників послуг, зокрема в сільській місцевості. Вам слід буде знайти стоматолога PPO Delta Dental, щоб отримати максимум переваг.	Willamette Dental має багато зручних локацій у західному Вашингтоні, тому буде легко знайти стоматолога Willamette, якщо ви проживаєте вздовж коридору I-5.
Знайдіть стоматолога неподалік	Відвідайте deltadentalwa.com/fad/search і виберіть «Delta Dental PPO», щоб відфільтрувати результати пошуку.	Відвідайте locations.willamettedental.com і введіть свій поштовий індекс у рядок пошуку.
У разі появи запитань або щоб отримати більше інформації	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



Подайте заявку на медичне страхування через Інтернет



Дізнайтеся, як створити обліковий запис, тут: myseiu.be/hba

Облікові записи зараз доступні англійською мовою. Якщо вам потрібна допомога в створенні облікового запису або мовна підтримка, зателефонуйте за номером **1-877-606-6705**.

Вашим обліковим записом керуватиме MagnaCare – адміністратор ваших страхових пільг.

Крім подавання заявки на медичне страхування чи внесення змін, ви зможете сплачувати доплату, переглядати історію платежів, отримувати доступ до документів до плану й підписатися на розсилку електронною поштою.



Перевіряйте своє право на участь

Переглядайте свої відпрацьовані години й право на отримання покриття та інших пільг для оздоровлення, як-от взуття Caregiver Kicks:



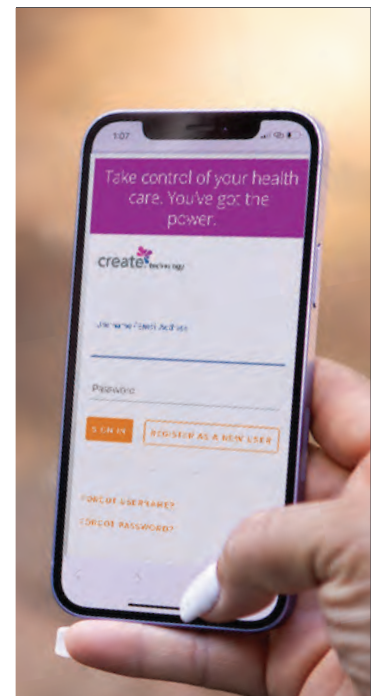
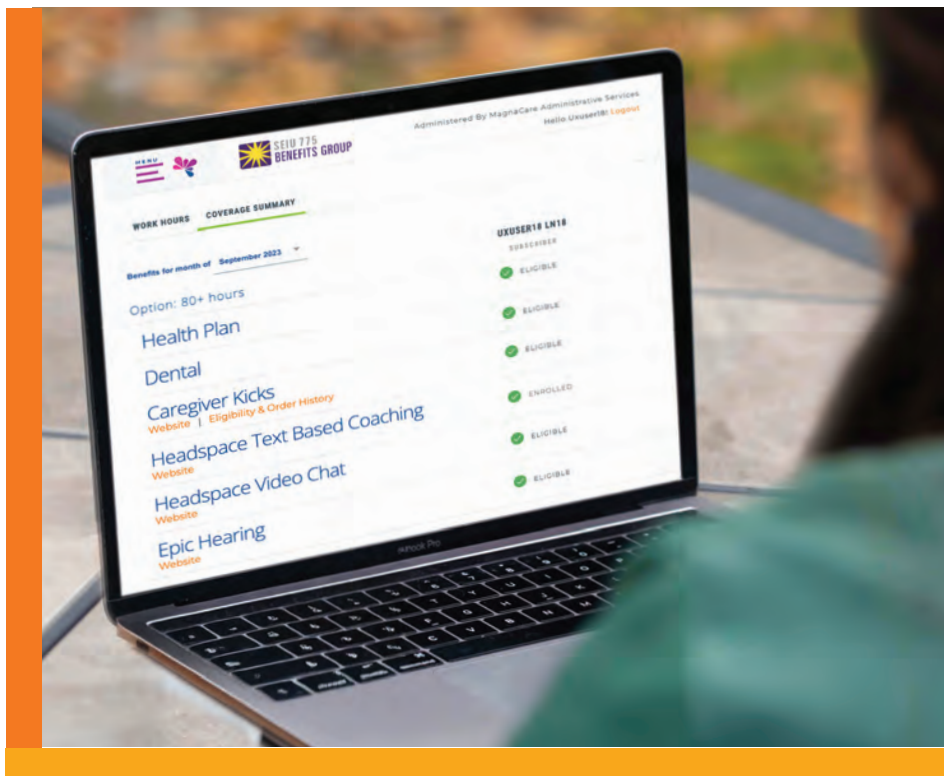
Подавайте заявку на змінення страхового покриття

Перейдіть у свій обліковий запис, щоб легко подавати заявки чи змінювати наявне страхування в режимі онлайн.



Отримуйте допомогу в онлайн-чаті

Отримуйте допомогу із запитаннями про подавання заявки, відповідність вимогам тощо від Служби підтримки клієнтів із питань страхового покриття.



Поширені запитання щодо страхового покриття

Як досягнути відповідності критеріям для індивідуального страхового покриття?

Ви маєте працювати **80 або більше оплачуваних годин на місяць** протягом 2 місяців поспіль, щоб відповідати критеріям для індивідуального страхового покриття.

Як подати заявку?

Подавайте заявку чи вносьте зміни онлайн на сайті myseiu.be/magnacare.

Якщо ви отримали заявку на медичне страхування, заповнену заявку можна надіслати поштою чи факсом на адресу чи номер факсу, зазначені в заявці. Обов'язковою є поштова пересилка по США.

Ви отримаєте підтвердження отримання заявки електронною поштою чи на обліковий запис медичного страхування впродовж 1 дня, а рішення щодо страхового покриття – листом чи на електронну пошту впродовж 30 днів. Якщо зворотного зв'язку немає, зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Коли я можу подати заявку?

Існує 3 часових періоди, у які ви можете подати заявку на медичне страхування:

1. Початкова відповідність вимогам: упродовж 60 днів від дати, указаної у ваших документах для реєстрації першої відповідності вимогам. Початкова відповідність вимогам – це коли ви вперше відповідаєте вимогам.

2. Open Enrollment (Відкрита реєстрація): 1–20 липня щороку. Якщо ви вже зареєстровані, страхове покриття буде автоматично продовжено. Вам не потрібно нічого робити, якщо ви не бажаєте внести зміни.

3. Відповідна життєва подія (QLE): упродовж 30 днів від QLE, яка змінює ваші потреби в медичному страхуванні. Прикладами QLE є усиновлення дитини, втрата іншого медичного страхування або розлучення. Щоб отримати докладніші відомості, перейдіть на myseiu.be/qle.

Ще не відповідаєте вимогам? Ви все ще можете подати заявку впродовж Open Enrollment (Відкрита реєстрація), з 1 по 20 липня.

Заповніть заявку на медичне страхування*, і індивідуальне покриття почне діяти, коли ви працюватимете 80+ годин на місяць. Якщо ви бажаєте додати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), страхове покриття для дітей на утриманні почне діяти, коли ви працюватимете 120+ годин на місяць.

*Якщо зараз ви не відпрацьовуєте 80+ годин на місяць, заявку не вдасться заповнити онлайн. Надішліть електронний лист на SEIU775BG-caregiver@magnacare.com, щоб створити запит на копію форми заявки.

Як досягнути відповідності критеріям для програми Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

Ви маєте працювати **120 або більше оплачуваних годин на місяць**, щоб відповідати критеріям для програми Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).

Кого я можу додати в програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

Ви можете додати дітей, які відповідають критеріям до досягнення ними 26-річного віку. Правомочними дітьми на утриманні є біологічні та усиновлені діти, пасинки чи пасербиці, а також діти вашого цивільного партнера.

Діти реєструються в тому самому плані, що й ви, і їх може зареєструвати на себе лише один помічник. Страхове покриття може погоджуватись із зовнішніми планами. Для отримання додаткової інформації зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Як додати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

1. Заповніть розділ Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) заявки.

2. Виберіть варіант покриття, а саме медичне й стоматологічне чи лише стоматологічне обслуговування.

3. Подайте документи з підтвердженням наявності дітей на утриманні разом із заявкою або впродовж 60 днів із моменту подання заявки.** Прикладами прийнятної документації є копії виданих державою свідоцтв про народження та податкові декларації, у яких зазначено осіб на утриманні, яких ви бажаєте додати до свого страхового покриття.

**Підтвердження наявності дітей на утриманні необхідне, коли ви вперше реєструєте дітей. Раніше перевірені документи не потрібно знову надсилати, якщо це не вимагається.



Перейдіть на сайт myseiu.be/cfk, щоб дізнатися докладніше про те:

- Як подати заявку на програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).
- Кого можна додати в страховий план.
- Яким є список прийнятних документів для підтвердження.
- Як надіслати свої документи.



Коли почне діяти покриття?

Open Enrollment (Відкрита реєстрація): подайте заявки чи внесіть зміни до 20 липня, якщо страхове покриття починає діяти 1 серпня

Початкова відповідність вимогам і відповідна життєва подія: покриття починає діяти в 1 день місяця, наступного після отримання й обробки вашої заявки, що займає приблизно 2 тижні. Наприклад, якщо вашу заповнену заявку було отримано:

- до 15 березня, покриття почне діяти 1 квітня.
- 16–31 березня, покриття почне діяти 1 травня.

Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) не діятиме, доки не буде отримано й оброблено ваші документи на підтвердження наявності дітей на утриманні.

Як відхилити чи припинити дію покриття?

Щоб завершити дію покриття для себе чи своїх дітей, надішліть форму Waive Coverage (Відмова під покриття). Якщо відмову отримано:

- до 15 числа місяця, покриття перестане діяти 1 числа наступного місяця.
- після 15 числа місяця, покриття перестане діяти 1 числа через місяць.

Важливо. Повторно зареєструватися можна лише впродовж Open Enrollment (Відкрита реєстрація) або в разі настання відповідної життєвої події. Отримані до 1 липня поточного року відмови реалізуються впродовж Open Enrollment (Відкрита реєстрація). Якщо останні 12 місяців у вас було покриття, його буде автоматично продовжено, якщо ви не надішлете форму Waive Coverage (Відмова під покриття).

Як сплачувати щомісячну франшизу?

Ваш роботодавець автоматично вираховуватиме щомісячну франшизу (суму, яку ви сплачуєте щомісяця) з вашої заробітної плати. Якщо ваш роботодавець не може оплатити франшизу, ви отримаєте лист про оплату вручну поштою та електронною поштою, в якому буде вказано, що вам потрібно сплатити доплату. Ви можете оплатити чеком або за допомогою свого облікового запису медичного страхування.

Якщо ви – індивідуальний постачальник послуг (IP), який працює на CDWA, вашим першим щомісячним платежем буде оплата з власних коштів.

Як відпрацьовані години впливають на дію покриття?

Коли ви зареєструєтесь для отримання покриття, кількість відпрацьованих вами годин за поточний місяць визначатиме ваш статус покриття через 2 місяці. Приклад. Години за січень визначають покриття на березень.

Що станеться, якщо я втрачу покриття?

Ви отримаєте інформацію про закон Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Консолідований всеохопний закон про «Врегулювання бюджету», COBRA), прийнятий Ameriflex (1-877-606-6705). COBRA дає помічникам і їхнім дітям змогу зберегти страхове покриття за щомісячну плату.

Якщо ви припините працювати як помічник і потребуватимете тривалого покриття, дізнайтеся, чи не відповідаєте ви вимогам для отримання безкоштовного покриття від Washington Apple Health, або розгляньте інші варіанти на сайті wahealthplanfinder.org.

Працуйте більше годин, щоб покриття продовжувало діяти.

Якщо ви – індивідуальний постачальник послуг (IP) і вам потрібно отримати більше годин, щоб отримати або зберегти покриття, спробуйте Carina, безкоштовний вебсайт для пошуку роботи, який допоможе вам знайти більше клієнтів. Дізнайтеся більше, перейшовши на myseiu.be/carina.



Оплачувані години, які ви відпрацьовували цього місяця:

Місяць роботи	Місяць покриття
СІЧЕНЬ →	БЕРЕЗЕНЬ
ЛЮТИЙ →	КВІТЕНЬ
БЕРЕЗЕНЬ →	ТРАВЕНЬ
КВІТЕНЬ →	ЧЕРВЕНЬ
ТРАВЕНЬ →	ЛИПЕНЬ
ЧЕРВЕНЬ →	СЕРПЕНЬ
ЛИПЕНЬ →	ВЕРЕСЕНЬ
СЕРПЕНЬ →	ЖОВТЕНЬ
ВЕРЕСЕНЬ →	ЛИСТОПАД
ЖОВТЕНЬ →	ГРУДЕНЬ
ЛИСТОПАД →	СІЧЕНЬ
ГРУДЕНЬ →	ЛЮТИЙ

Визначення покриття в цьому місяці:





Збережіть своє медичне страхування

Отримавши покриття, ви маєте дотримуватися вказаних нижче умов, щоб зберігати безперервне страхування.

!✓ Відпрацьовуйте потрібну кількість годин.

Індивідуальне страхове покриття. Ви маєте працювати 80 або більше оплачуваних годин на місяць, щоб покриття продовжувало діяти.

Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей). Ви маєте працювати 120 або більше оплачуваних годин на місяць, щоб покриття для дітей на утриманні продовжувало діяти.

Якщо кількість годин буде меншою 120, але більшою за 80, ви втратите Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), проте ваше страхове покриття продовжуватиме діяти.

!✓ Вчасно звітуйте про години роботи.

Ви втратите покриття, якщо не звітуватимете про робочі години вчасно.

Ви маєте подати звіт про відпрацьовані години або внести коригування разом із роботодавцем протягом 60 днів після закінчення місяця.

!✓ Сплачуйте всю суму щомісячної франшизи за покриття.

Докладніші відомості див. на попередній сторінці.

Дізнайтеся більше про збереження свого покриття на myseiu.be/maintain

Дізнайтеся приклади того, що станеться, якщо вам не вдасться відпрацювати потрібну кількість годин і ви використаєте кредити Coverage Reliability (Надійність страхового покриття) і що буде, якщо їх не використовувати.

Coverage Reliability (Надійність страхового покриття)

Непередбачуваний графік може ускладнити дотримання вимог щодо відпрацьованих годин. Пільга Coverage Reliability (Надійність страхового покриття) допомагає забезпечити безперервне медичне страхування, навіть якщо ви не маєте змоги працювати, як планувалося.

Як працює Coverage Reliability (Надійність страхового покриття):

- Ви отримуєте **2 кредити на рік покриття** (серпень – липень).
- Кожен кредит **продовжує страхове покриття на 1 місяць**, якщо ви не дотримаєтеся вимоги щодо відпрацьованих годин. Кредит надається і на ваше страхування, і на страхування ваших дітей на утриманні.
- **Кредити застосовуються автоматично** – не потрібно виконувати жодних дій.
- Ви можете будь-коли **перевірити свій баланс кредитів**, увійшовши у свій обліковий запис медичного страхування.

Часті запитання:

Коли завершується дія кредитів?

Дія 2 кредитів завершується 1 серпня кожного року. Вони надаються, щойно ви реєструєтеся.

Чи переносяться невикористані кредити на наступний рік?

Ні. Ви щороку 1 серпня отримуєте нові 2 кредити. Невикористані кредити не переносяться.

Чи можна використати кредити на два місяці підряд?

Ні, кредити не можна використовувати для 2 місяців підряд.

Що буде, якщо я відпрацюю години, яких буде достатньо для індивідуального страхового покриття, проте замало для Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

У цьому разі 1 кредит буде застосовано, щоб продовжити покриття ваших дітей на відповідний місяць.

Чи потрібно сплачувати щомісячну франшизу за покриття, якщо я використовую кредит?

Так, ви все ще зобов'язані сплатити франшизу за відповідний місяць. Більше інформації про франшизи див. на сторінці 9.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Служба підтримки клієнтів

Отримайте допомогу, якщо маєте запитання про медичне страхування, відповідність вимогам, процес подання заявки тощо.

Служба підтримки клієнтів доступна з понеділка до п'ятниці 8:00–18:00.

1-877-606-6705

Доступна мовна підтримка.

Допомога в онлайн-чаті

Увійдіть на сайт myseiu.be/magnacare, щоб отримати допомогу в чаті.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Не вдається зв'язатися зі службою підтримки клієнтів у робочі години? Надішліть електронний лист і отримайте відповідь упродовж 2 робочих днів.



Додаткові ресурси

Загальні терміни, що стосуються страхування

Краще розумійте своє страхове покриття, дізнавшись визначення поширених термінів зі сфери медичного страхування.

myseiu.be/hc-terms

Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Дізнайтеся, як подати заявку на програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) і які документи необхідні для подання заявки.

myseiu.be/cfk

Користуйтеся перевагами свого страхування

Отримайте поради щодо ефективного використання пільг, щоб піклуватися про своє благополуччя після отримання покриття.

myseiu.be/covered

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА 2025–2026 РР.

Брошура з відомостями про план

Ця брошура містить важливі документи, які допоможуть вам отримати уявлення про ваше медичне страхування:

Короткий огляд змін матеріалів (SMM).

Містить будь-які оновлення або зміни у вашому плані, що набувають чинності з 1 серпня 2025 року.

Medical & Dental Plan Snapshot (Огляд плану медичного й стоматологічного обслуговування).

Стислий і зрозумілий огляд ваших переваг за варіантами плану медичного й стоматологічного обслуговування, створений SEIU 775 Benefits Group.

Summary of Benefits and Coverage (Огляд переваг і покриття, SBC).

Детальне пояснення вашого плану, зокрема:

- як покриваються загальні медичні потреби й рецепти (наприклад, візити до лікаря, аналізи, лікування діабету тощо);
- що оплачуєте ви й що оплачує план (франшизи, доплати, співстрахування);
- що включено, а що – ні (обмеження або виключення з покриття).

Ресурси плану.

Контактні телефони й вебсайти для використання після реєстрації.

Ви маєте право на участь у медичному плані Aetna. Цей план діє з 1 серпня 2025 року до 31 липня 2026 року.

Щоб отримати додаткову інформацію про SBC, SMM або інші запитання щодо покриття, зв'яжіться з відділом обслуговування клієнтів медичного страхування за номером:

1-877-606-6705

Понеділок – п'ятниця, 8:00 – 18:00 за тихоокеанським стандартним часом

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com



Короткий огляд змін матеріалів

покриття медичного страхування, яке надається через
SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust для окремих
постачальників (IP) і постачальників агенцій (AP)
Consumer Direct of Washington (CDWA)

Цей короткий огляд змін матеріалів («SMM») містить зміни деякої інформації, що вказана в Summary Plan Description (Описі короткого огляду плану, «SPD») покриття медичного страхування за основним планом («План»), який описує План станом на 1 серпня 2025 року.

31 серпня 2025 року зміняться переваги плану й правила отримання права на медичне страхування. AP й IP мають знати про наведені нижче покращення переваг.

Надійність страхування забезпечує помічникам 2 кредити на рік. Кожен кредит продовжує медичне страхування на 1 місяць, якщо ви не досягли потрібної кількості відпрацьованих годин, забезпечуючи безперервне страхування для вас і ваших утриманців.

Виплата на все життя в разі всиновлення в розмірі 15 000 доларів США, яку пропонує Progyny.

Знижка на рецептурні препарати:

- інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином;
- 1 курс антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції буде знижено до 0 доларів США.

Якщо ви застраховані в Aetna, ви можете скористатися розширеним гендерно-орієнтованим обслуговуванням:

- видалено вимоги до документації про медичну необхідність другого рівня;
- відтепер доступна терапія з модифікації голосу й процедури з контурної пластики тіла.

Щоб отримати додаткову інформацію щодо цих змін, зверніться до служби підтримки клієнтів за телефоном 1-877-606-6705 з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 18:00 за тихоокеанським стандартним часом або надішліть електронний лист на SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.



SEIU 775
BENEFITS GROUP

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА 2025–2026 РР.

Medical & Dental Plan Snapshot (Огляд плану медичного й стоматологічного обслуговування)

Стислий і зрозумілий огляд ваших переваг за варіантами плану медичного й стоматологічного обслуговування, створений SEIU 775 Benefits Group.

Це короткий огляд переваг, що надаються SEIU 775 Benefits Group. ЦЕЙ ДОКУМЕНТ НЕ Є ДОГОВОРОМ АБО СТРАХОВИМ ПОЛІСОМ. Усі описи переваг, зокрема альтернативного догляду, стосуються необхідних із медичного погляду послуг. З учасника буде стягуватися менша з двох сум: витрати на послугу, на яку діє покриття, або фактична плата за цю послугу. Щоб дізнатися більше про повне покриття, зокрема обмеження, див. свій страховий поліс.

Переваги	Бажана мережа постачальників послуг	Непріоритетна мережа постачальників послуг
Франшиза за планом	Без річної франшизи	Індивідуальні франшизи: 500 доларів США за календарний рік Сімейна франшиза: 1000 доларів США за календарний рік
Перенесення індивідуальних франшиз	Не застосовно	Застосовується перенесення із 4-го кварталу
Доплата за страхування за планом	Доплата за страхування за планом відсутня	План сплачує 80%, ви сплачуєте 20% від дозволеної суми.
Ліміт власних коштів	Ліміт власних коштів на медичні послуги: Індивідуальний: 800 доларів США Сім'я: 1600 доларів США Ліміт власних коштів на рецептурні препарати: Індивідуальний: 400 доларів США Сім'я: 800 доларів США Витрати на наведені далі послуги, на які діє покриття, належать до ліміту власних коштів. Усі частки витрат на послуги, на які діє покриття.	Послуги, що використовуються спільно з мережею
Період очікування для попередньо наявних захворювань (PEC)	PEC відсутні	Такий самий, як і для бажаної мережі постачальників послуг
Максимум для всього життя	Необмежено	Такий самий, як і максимум у бажаного постачальника послуг
Амбулаторні послуги (відвідування лікаря)	Доплата 15 доларів США. Якщо ви призначите основного лікаря на сайті Aetna, то за всі візити до нього доплата становитиме 0 доларів США.	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Невідкладна допомога	Доплата 15 доларів США	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги лікарні	Стационарні послуги: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторна хірургія: доплата 50 доларів США	Стационарні послуги: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Застосовуються франшиза й доплата за страхування. Амбулаторна хірургія: застосовуються доплата 50 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Рецептурні препарати (на деякі ін'єкційні препарати може діяти покриття згідно з розділом «Амбулаторні послуги»)	Доплата за ціннісно-орієнтовані / бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / непріоритетні (рівень 3) – 4/8/25/50 доларів США Інсулін. доплата за бажаний генеричний (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / непріоритетний (рівень 3) – 0/0/25 доларів США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Доплата за бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / непріоритетні (рівень 3) – 8/25/35 доларів США	Доплата за бажаний генеричний / бажаної торгової марки / непріоритетний – 13/30/55 доларів США Інсулін. Доплата за бажаний генеричний (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / непріоритетний (рівень 3) – 13/30/35 доларів США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Доплата за бажаний генеричний / бажаної торгової марки / непріоритетний – 13/30/35 доларів США
Замовлення поштою за рецептом	2 x частка витрат за рецептом на 90-денний запас	Не покривається
Акупунктура	20 відвідувань на календарний рік із доплатою 0 доларів США	Спільно з лімітом на відвідування бажаного постачальника послуг Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги швидкої допомоги	Доплата 200 доларів США	Так само, як для переваг бажаного постачальника послуг

Переваги	Бажана мережа постачальників послуг	Непріоритетна мережа постачальників послуг
Залежність від хімічних речовин	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 доларів США	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Прилади, обладнання та витратні матеріали • Довговічне медичне обладнання • Ортопедичні вироби • Бюстгальтери після мастектомії: максимум два (2) на кожні шість (6) місяців • Витратні матеріали для стоми • Протезні вироби	Покривається на 100 %	Покривається 50% вартості, підлягає франшизі
Товари для діабетиків	Інсулін, голки, шприци та ланцети – див. «Рецептурні препарати». Зовнішні інсулінові помпи, глюкометри, тест-реагенти та витратні матеріали – див. «Прилади, обладнання та витратні матеріали». Якщо на прилади, обладнання та витратні матеріали або рецептурні препарати діє покриття та вони мають ліміти пільг, то на товари для діабетиків ці ліміти не поширюються.	Інсулін, голки, шприци та ланцети – див. «Рецептурні препарати». Зовнішні інсулінові помпи, глюкометри, тест-реагенти та витратні матеріали – див. «Прилади, обладнання та витратні матеріали». Якщо на прилади, обладнання та витратні матеріали або рецептурні препарати діє покриття та вони мають ліміти пільг, то на товари для діабетиків ці ліміти не поширюються.
Діагностична лабораторія та рентгенологічні послуги	Стационарно: діє покриття в межах послуг лікарні Амбулаторно: повне покриття	Стационарно: діє покриття в межах послуг лікарні Амбулаторно: застосовуються франшиза й доплата за страхування
Невідкладна допомога (у разі госпіталізації доплата не стягується)	Доплата 200 доларів США	Доплата 200 доларів США
Обстеження слуху (планові)	Доплата 15 доларів США	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Слухові апарати	Діє покриття окремими перевагами: EPIC Hearing. Без доплат, до 3000 доларів США на кожне вухо кожні 3 роки в рахунок вартості слухового апарату. Дізнайтеся більше на myseiu.be/epic	Діє покриття окремими перевагами: EPIC Hearing. Без доплат, до 3000 доларів США на кожне вухо кожні 3 роки в рахунок вартості слухового апарату. Дізнайтеся більше на myseiu.be/epic
Медичні послуги на дому	Повне покриття до 130 відвідувань за календарний рік	Спільно з лімітом на відвідування бажаного постачальника послуг, застосовуються франшиза й доплата за страхування.
Послуги хоспісу	Повне покриття	Застосовуються франшиза й доплата за страхування.
Послуги з лікування безпліддя	Діє покриття окремими перевагами: Фертильність і створення сім'ї від Progyny. 2+1 Smart Cycles, які допоможуть учасникам пройти шлях, що стосується фертильності та створення сім'ї. Дізнайтеся більше на myseiu.be/progyny	Не покривається
Мануальна терапія	Діє покриття до 20 візитів на календарний рік без попереднього дозволу Доплата 0 доларів США	Ліміти відвідувань спільні з відвідуваннями в мережі Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги масажу	Доплата 15 доларів США (20 візитів на календарний рік)	Спільно з лімітом на відвідування бажаного постачальника послуг Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги для вагітних	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 15 доларів США. Планове лікування, яке не підлягає доплаті за амбулаторні послуги.	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування. Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування. Планове лікування, яке не підлягає доплаті за амбулаторні послуги.

Переваги	Бажана мережа постачальників послуг	Непріоритетна мережа постачальників послуг
Психічне здоров'я	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 доларів США	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Натуропатія	Доплата 0 доларів США. Необмежена кількість візитів на календарний рік	Спільно з лімітом на відвідування бажаного постачальника послуг, застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги для новонароджених	Первинне перебування в лікарні: див. розділ «Послуги лікарні»; «Відвідування лікаря»: див. розділ «Амбулаторні послуги»; «Планове лікування»: див. розділ «Профілактика». Будь-яка застосовна частка витрат на послуги для новонароджених стягується окремо від витрат матері.	Первинне перебування в лікарні: див. розділ «Послуги лікарні»; «Відвідування лікаря»: див. розділ «Амбулаторні послуги»; «Планове лікування»: див. розділ «Профілактика». Будь-яка застосовна частка витрат на послуги для новонароджених стягується окремо від витрат матері.
Хірургічні операції, пов'язані з ожирінням (баріатричні)	Діє покриття в рахунок частки витрат за умови відповідності медичним критеріям	Не покривається
Трансплантація органів	Необмежено, без періоду очікування Стационарно: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: Доплата 15 доларів США	Не покривається
Профілактика (Медичні обстеження, щеплення, мазок Папаніколау, мамографія)	Повне покриття Для послуг із профілактики захворювань у жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби, стерилізація) діє повне покриття.	Не покривається Профілактичні послуги для жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби й стерилізація) підлягають оплаті відповідно до застосовної частки витрат на профілактичні послуги та максимального розміру переваг. Планові мамографії: Застосовуються франшиза й доплата за страхування
Реабілітаційні послуги (Реабілітаційні візити – це загальна кількість комбінованих терапевтичних візитів за календарний рік)	Стационарно: 60 днів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: 60 візитів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Доплата 15 доларів США	Стационарно: денні ліміти разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг. Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Застосовуються франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: ліміти візитів разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг. Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Заклад кваліфікованого догляду	Діє повне покриття до 60 днів за календарний рік	Денні ліміти разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг, застосовуються франшиза й доплата за страхування.
Стерилізація (вазектомія, перев'язка труб)	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 15 доларів США Для процедури стерилізації жінок діє повне покриття.	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування Для процедури стерилізації жінок діє покриття відповідно до застосовної частки витрат на профілактику та максимального розміру переваг.
Послуги, що стосуються скроневно-нижньощелепного суглоба (TMJ)	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 15 доларів США	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Консультації з питань відмови від тютюнопаління	Програма Quit for Life (Кинути назавжди) – повне покриття	Застосовуються відповідні частки витрат
Планове обстеження зору (1 візит раз на 12 місяців)	Доплата 15 доларів США	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Оптичні вироби (Лінзи, зокрема контактні, і оправы)	Усі учасники: 600 доларів США на 12 місяців	Спільно з перевагами бажаного постачальника послуг

Це короткий огляд доступних переваг, який призначений лише для порівняння та не є договором. Після реєстрації в плані ви отримаєте доступ до буклету з перевагами, у якому буде надано докладнішу інформацію про ваш план PPO від Delta Dental. Телефонуйте у відділ обслуговування клієнтів Delta Dental за номером **1-800-554-1907** або відвідайте **DeltaDentalWA.com**, якщо у вас є запитання.

Період дії переваг:

01.01.2025–31.12.2025

**Максимум на період дії переваг*
(на людину; не поширюється на клас I):**

5000 доларів США

Ортодонтія – дорослі й діти: 50 %, максимум на все життя становить 5000 доларів США на людину

* На стоматологічну допомогу, яку надають стоматологи PDA, діє повне покриття до максимальної суми 2000 доларів США. Водночас доплата за страхування не застосовується до послуг класу III – основні послуги.

Мережа Delta Dental

З мережею Delta Dental PPO ви отримуєте максимум переваг. Ви також отримуєте доступ до мережі Delta Dental Premier®, яка допоможе вам розширити свої можливості.

**Отримайте
безкоштовно
зубну щітку
Sonicare**


Учасники програми Delta Dental, які звертаються до постачальника послуг Pacific Dental Alliance (PDA) як нові пацієнти, можуть отримати безкоштовну зубну щітку Sonicare.

Перегляньте повний список постачальників PDA:
myseiu.be/oe-pda.

	Стоматолог PPO Delta	Delta Dental Premier	Поза мережею
Франшиза періоду дії переваг			
Не застосовується до класу I і ортодонтії Поза мережею (50 доларів США на людину)	0 доларів США	50 доларів США	50 доларів США
Клас I – діагностика та профілактика			
Огляди Чистка Фторид Рентгени Герметики	100%	80%	80%
Клас II – відновлення			
Відновлення Композитні пломби для задніх зубів Ендодонтія (кореневі канали) Пародонтія Хірургічна стоматологія	100%	60%	60%
Клас III – основне			
Зубні протези Часткові зубні протези Імпланти Мости Коронки	80%	40%	40%

Особливості			
Найменше витрат власних коштів	○		
Заповнює для вас бланки заяв на отримання компенсації	○	○	
Управління якістю та обмеження витрат	○	○	

Екстрена стоматологічна допомога. Постачальники, що беруть участь у програмі, надаватимуть екстрену стоматологічну допомогу в робочі години. Компанія забезпечуватиме переваги для послуг, на які діє покриття, що надаються постачальниками послуг-учасниками програми, для надання екстреної стоматологічної допомоги. Зареєстрована особа може отримати екстрену стоматологічну допомогу від постачальника, який не є учасником програми, якщо вона перебуває на відстані понад 50 миль від офісу будь-якого постачальника, який є учасником програми.

Гарантовано компанією Willamette Dental of Washington, Inc., цей план надає широке покриття. У наведеному нижче переліку міститься інформація про деякі найпоширеніші процедури, на які діє покриття за вашим планом. Телефонуйте за номером **1-855-433-6825** або відвідайте myseiu.be/oe-willamette, щоб дізнатися більше. Для ознайомлення зі списком обмежень і винятків відвідайте myseiu.be/willamette-exclusions.

Переваги	Доплати
Річний максимум	Без річного максимуму*
Франшиза	Без франшизи
Відвідування лікаря-терапевта та лікаря-ортодонта	Без доплат за відвідування
Послуги діагностики та профілактики	
Планові та екстрені огляди, рентген, чистка зубів, фторування, установлення пломб (на зуб), скринінг раку голови та шиї, інструктаж із гігієни порожнини рота, складання пародонтальних карт, оцінювання стану пародонту	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Відновлювальна стоматологія	
Пломби (амальгама)	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Металокерамічна коронка	Ви сплачуєте доплату 250 доларів США
Протезування	
Повний верхній або нижній протез	Ви сплачуєте доплату 400 доларів США
Міст (на зуб)	Ви сплачуєте доплату 250 доларів США
Ендодонтія та пародонтологія	
Терапія кореневих каналів – передня частина	Ви сплачуєте доплату 85 доларів США
Терапія кореневих каналів – премоляри	Ви сплачуєте доплату 105 доларів США
Терапія кореневих каналів – моляри	Ви сплачуєте доплату 130 доларів США
Часткове видалення кістки (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 150 доларів США
Вирівнювання поверхні коренів (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 75 доларів США
Хірургічна стоматологія	
Планове видалення (один зуб)	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Хірургічне видалення	Ви сплачуєте доплату 100 доларів США
Ортодонтичне лікування	
Лікування перед ортодонтичним втручанням	Ви сплачуєте доплату 150 доларів США**
Комплексне ортодонтичне лікування	Ви сплачуєте доплату 1500 доларів США
Зубний імплант	
Хірургія зубних імплантів	Максимальна компенсація за імплантацію – 1500 доларів США на календарний рік
Різне	
Місцева анестезія	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Вартість послуг стоматологічної лабораторії	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Закис азоту	Ви сплачуєте доплату 40 доларів США
Відвідування спеціалізованого кабінету	Ви сплачуєте доплату 30 доларів США за відвідування
Відшкодування витрат на екстрену медичну допомогу за межами області	Ви сплачуєте кошти понад 250 доларів США

* Максимальний річний ліміт для TMJ становить 1000 доларів США / 5000 доларів США на все життя ** Доплата зараховується в рахунок доплати за комплексне ортодонтичне лікування, якщо пацієнт погоджується з планом лікування. **Екстрена стоматологічна допомога:** Постачальники, що беруть участь у програмі, надаватимуть екстрену стоматологічну допомогу в робочі години. Компанія забезпечуватиме переваги для послуг, на які діє покриття, що надаються постачальниками послуг-учасниками програми, для надання екстреної стоматологічної допомоги. Зареєстрована особа може отримати екстрену стоматологічну допомогу від постачальника, який не є учасником програми, якщо вона перебуває на відстані понад 50 миль від офісу будь-якого постачальника, який є учасником програми.

Документ Summary of Benefits and Coverage (Огляд переваг і покриття, SBC) допоможе вам обрати план медичного страхування. SBC відображає, як ви та план розподілятимете витрати на медичні послуги, що покриваються планом. Це лише огляд. Щоб отримати додаткову інформацію про покриття, зв'яжіться зі своїм консультантом Progyny Pregnancy and Postpartum (Вагітність і післяпологовий період Progyny) Patient Care Advocate (спеціаліст із догляду за пацієнтами, PCA) Progyny за телефоном (833) 233-0517.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо:
Скільки становить загальна франшиза?	Індивідуальне – 0 доларів США / для сім'ї – 0 доларів США	План Progyny не передбачає франшизи.
Чи потрібна доплата?	Ні	План Progyny Pregnancy and Postpartum (Вагітність і післяпологовий період Progyny) не вимагає від вас доплат.
Чи потрібна доплата за страхування?	Ні	План Progyny Pregnancy and Postpartum (Вагітність і післяпологовий період Progyny) не вимагає від вас доплат за страхування.
Чи є послуги, які покриваються до того, як ви досягнете розміру франшизи?	Ні	Ви не будете витрачати власні кошти на послуги Progyny Pregnancy and Postpartum (Вагітність і післяпологовий період Progyny). Усі послуги, що надаються за планом, є профілактичними й не підлягають співфінансуванню.
Чи існують інші франшизи для конкретних послуг?	Ні	План Progyny Pregnancy and Postpartum HRA (Вагітність і післяпологовий період Progyny HRA) не передбачає франшизи. Усі послуги, що надаються за планом, є профілактичними й не підлягають співфінансуванню.
Який ліміт власних коштів за цим планом?	Індивідуальне – 0 доларів США / для сім'ї – 0 доларів США	План Progyny не передбачає ліміту власних коштів.
Чи будете ви платити менше, якщо скористаетесь послугами постачальника з мережі?	Не застосовно.	Усі консультанти й постачальники медичних послуг Pregnancy and Postpartum (Вагітність і післяпологовий період) Progyny залучені до цього плану. Для консультантів, які не є членами Progyny, не передбачено жодних пільг.

Послуги, що не входять до покриття, та інші послуги, що покриваються:

Винятки становлять домашні набори для прогнозування овуляції, послуги та витратні матеріали, що надаються постачальниками, які не входять до мережі, а також методи лікування, які American Society of Reproductive Medicine (Американське товариство репродуктивної медицини) вважає експериментальними. Усі витрати, пов'язані з послугами гестаційного носія, включаючи, але не обмежуючись оплатою лабораторних тестів, не покриваються. Якщо ваш лікар призначив послуги, які не вказані в цьому посібнику, зверніться до свого PCA, щоб підтвердити покриття. Існують деякі послуги, які не підпадають під покриття Progyny, однак вони можуть бути надані через ваш план медичного обслуговування.

Ваші права на продовження дії покриття:

Існують агентства, які можуть допомогти, якщо ви хочете продовжити дію покриття після його закінчення. Контактна інформація цих агентств наведена нижче: [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov): www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596, або зверніться на державну Health Insurance Marketplace (платформа медичного страхування) або SHOP. Вам також можуть бути доступні інші варіанти покриття, зокрема, придбання індивідуального страхового покриття через Health Insurance Marketplace. Для отримання додаткової інформації про цю платформу відвідайте www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

Ваші права на подання скарг та апеляцій:

Існують агентства, які можуть допомогти, якщо у вас є скарга на відмову в задоволенні заявки щодо плану. Така заява називається скаргою або апеляцією. Для отримання додаткової інформації про ваші права ознайомтеся з поясненням переваг, які ви отримаєте за цією медичною заявкою. Документи вашого плану також містять повну інформацію про те, як подати заявку, апеляцію або скаргу з будь-якої причини щодо вашого плану. Для отримання додаткової інформації про ваші права, це повідомлення або допомогу відвідайте сайти www.dol.gov/ebsa/healthreform та [http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants](https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants).

Чи надає цей план мінімальне базове покриття? Не застосовно.

До мінімального базового покриття зазвичай належать плани, медичне страхування, доступні через Marketplace або інші індивідуальні ринкові політики, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE та деякі інші види покриття. Якщо ви відповідаєте критеріям певних видів мінімального базового покриття, ви можете не мати права на податкову знижку на страхові внески.

Чи відповідає цей план стандартам мінімальної вартості? Не застосовно.

Якщо ваш план не відповідає стандартам мінімальної вартості, ви можете мати право на податкову знижку, яка допоможе вам оплатити план через Marketplace.



МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ НА 2025–2026 РР.

Огляд переваг і покриття

Детальне пояснення вашого плану й приклади, які допоможуть
вам отримати уявлення про ваші витрати на різні послуги.





Короткий огляд страхового покриття та послуг, що покриваються (SBC), допоможе вам вибрати план медичного страхування. В SBC пояснено, яким чином витрати на медичне обслуговування, що покривається, розподілятимуться між вами та планом. ПРИМІТКА. Інформацію про вартість цього плану (тобто страховий внесок) буде надано окремо. Цей документ містить тільки короткий огляд. Щоб отримати докладнішу інформацію про своє страхове покриття або повний опис його умов, відвідайте сайт www.HealthReformPlanSBC.com чи зателефонуйте за номером 1-800-370-4526. Визначення загальноприйнятих термінів, як-от допустима сума, виставлення рахунка для компенсації різниці, частка вартості, доплата, франшиза, постачальник послуг, або інших підкреслених слів див. в глосарії. Глосарій можна переглянути на сторінці <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>. Крім того, можна зателефонувати за номером 1-800-370-4526 і попросити надати вам його примірник.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Яка загальна сума <u>франшизи</u> ?	\$0. Для послуг постачальників, що не співпрацюють із планом: \$500 (на особу) / \$1,000 (на сім'ю).	Зазвичай, перш ніж почне платити цей <u>план</u> , ви маєте повністю оплачувати вартість обслуговування <u>постачальниками послуг</u> , поки ваші витрати не досягнуть суми <u>франшизи</u> . Якщо інші члени вашої сім'ї також є учасниками цього <u>плану</u> , кожен із них має оплачувати послуги в межах своєї індивідуальної суми <u>франшизи</u> , доки загальна сума витрат усіх членів родини в межах <u>франшизи</u> не сягне суми <u>франшизи</u> для всієї сім'ї.
Чи покриваються якісь послуги до виплати суми <u>франшизи</u> ?	Так. Екстрена медична допомога й ліки, що відпускаються за рецептом, покриваються до виплати <u>франшизи</u> .	Цей <u>план</u> покриває деякі товари й послуги, навіть якщо ви ще не сплатили всю суму <u>франшизи</u> . Але може застосовуватися <u>доплата</u> або <u>частка вартості</u> . Наприклад, цей <u>план</u> покриває деякі <u>профілактичні послуги</u> без участі в оплаті й до того, як ви сплатите всю суму <u>франшизи</u> . Перелік <u>профілактичних послуг</u> , що покриваються, можна переглянути на сторінці https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Чи застосовуються інші <u>франшизи</u> для певних послуг?	Ні.	Вам не потрібно виплачувати інші <u>франшизи</u> для окремих послуг.
Яка <u>максимальна сума власних витрат у межах цього плану</u> ?	Для послуг постачальників, що співпрацюють із планом: \$800 (на особу) / \$1,600 (на сім'ю). Для послуг постачальників, що не співпрацюють із планом: \$800 (на особу) / \$1,600 (на сім'ю). Для ліків, що відпускаються за рецептом: \$400 (на особу) / \$800 (на сім'ю).	<u>Максимальна сума власних витрат</u> — це максимальна сума, яку ви можете сплатити протягом року за послуги, що покриваються. Якщо інші члени вашої сім'ї також є учасниками цього <u>плану</u> , для них застосовуються їхні індивідуальні <u>максимальні суми власних витрат</u> , доки загальна сума витрат вашої родини не сягне <u>максимальної суми власних витрат</u> для сім'ї.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Що не враховується в <u>максимальній сумі власних витрат</u> ?	<u>Страхові внески</u> , виплати за <u>виставленими рахунками для компенсації різниці</u> , плата за медичні послуги, які цей <u>план</u> не покриває, і штрафи за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на послуги.	Хоч ви й сплачуєте ці витрати, вони не зараховуються до <u>максимальної суми власних витрат</u> .
Чи доведеться платити менше, якщо користуватися послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> ?	Так. Щоб отримати перелік <u>постачальників послуг, що співпрацюють із планом</u> , перейдіть на сторінку www.aetna.com/docfind або зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.	Цей <u>план</u> має <u>постачальників послуг, що співпрацюють із ним</u> . Ви платитимете менше, якщо користуватиметеся послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> . Вам доведеться платити найбільше, якщо ви користуватиметеся послугами <u>постачальника, що не співпрацює з планом</u> . Крім того, ви можете отримати від <u>постачальника послуг</u> рахунок на суму різниці між платою, яку бере <u>постачальник послуг</u> , і сумою, котру сплачує ваш <u>план</u> (це називається <u>виставленням рахунка для компенсації різниці</u>). Зверніть увагу, що ваш <u>постачальник послуг, який співпрацює з планом</u> , може звертатися до іншого <u>постачальника, що не співпрацює з планом</u> , по певні послуги (як-от виконання лабораторних аналізів). Запитайте про це у свого <u>постачальника послуг</u> , перш ніж отримувати обслуговування.
Чи потрібне <u>направлення</u> , щоб звернутися до <u>лікаря-спеціаліста</u> ?	Ні.	Ви можете звертатися до <u>лікарів-спеціалістів</u> за власним вибором без <u>направлення</u> .



Усі суми **доплати** й **частки вартості**, наведені в цій таблиці, стягуються після виплати вами всієї суми **франшизи**, якщо **франшиза** застосовується.

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Відвідування кабінету або клініки постачальника медичних послуг	Первинне медичне обслуговування для лікування травми або захворювання	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується; виняток: відвідування вибраного постачальника первинного медичного обслуговування без оплати	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Оплата не стягується за звернення до <u>постачальника послуг</u> телемедицини в межах віртуального первинного медичного обслуговування, <u>що співпрацює з планом</u> , по певні послуги.
	Відвідування <u>лікаря-спеціаліста</u>	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Немає
	<u>Профілактичне обслуговування</u> / <u>скринінгові обстеження</u> / вакцинація	Без оплати	Не покриваються; виняток: мамограми без оплати	Можливо, вам доведеться оплатити послуги, які не є профілактичними. Запитайте у свого <u>постачальника послуг</u> , чи необхідні послуги є профілактичними. Потім перевірте, які витрати покриватиме ваш <u>план</u> .
Аналізи й дослідження	<u>Діагностичне дослідження</u> (рентгенографія, аналіз крові)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає
	Візуалізаційне обстеження (комп'ютерна томографія, позитронно-емісійна томографія, магнітно-резонансна томографія)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Лікарські засоби для лікування хвороб або розладів <u>Страхове покриття ліків, що відпускаються за рецептом, надає компанія Sav-Rx.</u> Докладнішу інформацію про <u>страхове покриття ліків, що відпускаються за рецептом</u>, можна переглянути на сайті www.savrx.com.	Непатентовані препарати	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: препарати, відібрані на підставі ефективності, — \$4 за запас на 30 днів, \$8 за запас на 60 днів, \$12 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці), \$8 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); непатентовані препарати, яким віддається перевага, — \$8 за запас на 30 днів, \$16 за запас на 60 днів, \$24 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці), \$16 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$13 за запас на 30 днів, \$26 за запас на 60 днів, \$39 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$13 за рецепт	Покривається запас на 90 днів (купівля в роздрібній аптеці й замовлення поштою). Страхове покриття включає протизаплідні препарати й засоби контрацепції, які можна придбати в аптеці. Оплата не стягується за непатентовані протизаплідні засоби для жінок, яким віддається перевага, схвалені Управлінням із контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів (FDA), якщо їх придбано в постачальників, <u>що співпрацюють із планом</u>. Перегляньте свій <u>перелік ліків, що покриваються</u>, щоб дізнатись, для страхового покриття яких препаратів вимагається попереднє схвалення або покрокова терапія. Ваші витрати будуть вищими, якщо ви вибиратимете фірмові, а не непатентовані препарати.
	Фірмові препарати, яким віддається перевага	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$25 за запас на 30 днів, \$50 за запас на 60 днів, \$75 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); \$50 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$30 за запас на 30 днів, \$60 за запас на 60 днів, \$90 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$30 за рецепт	
	Фірмові препарати, яким не віддається перевага	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$50 за запас на 30 днів, \$100 за запас на 60 днів, \$150 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); \$100 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — <u>доплата</u> \$25 за рецепт	Доплата за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$55 за запас на 30 днів, \$110 за запас на 60 днів, \$165 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$35 за рецепт	
	<u>Спеціалізовані препарати</u>	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Перший раз із рецептом можна звернутися в роздрібну аптеку або компанію Sav-Rx Prescription Services. Надалі запас ліків необхідно отримувати через компанію Sav-Rx Prescription Services.

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Амбулаторні хірургічні процедури	Плата за послуги установи (як-от центру амбулаторної хірургії)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає
	Плата за послуги лікаря або хірурга	<u>Доплата</u> \$50 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$50 за відвідування	Немає
Термінова медична допомога	<u>Обслуговування у відділенні екстреної допомоги</u>	<u>Доплата</u> \$200 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$200 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Допомога в екстрених випадках, надана постачальником послуг, що не <u>співпрацює з планом</u> , оплачується так само, як і отримана в постачальника послуг, <u>який співпрацює з планом</u> .
	<u>Екстрене перевезення медичним транспортом</u>	<u>Доплата</u> \$200 за перевезення, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$200 за перевезення, <u>франшиза</u> не застосовується	Допомога в екстрених випадках, надана постачальником послуг, що не <u>співпрацює з планом</u> , оплачується так само, як і отримана в постачальника послуг, <u>який співпрацює з планом</u> . Неекстрене перевезення: не покривається, якщо немає попереднього дозволу.
	<u>Невідкладна медична допомога</u>	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Оплата не стягується за звернення до <u>постачальника послуг телемедицини в межах віртуального цілодобового медичного обслуговування, що співпрацює з планом</u> , по певні послуги.
Перебування в лікарні	Плата за послуги установи (як-от за лікарняну палату)	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування, <u>франшиза</u> не застосовується; подальше перебування без оплати	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування; <u>частка вартості</u> 20% протягом подальшого перебування	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Плата за послуги лікаря або хірурга	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Психіатрична, психологічна й наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Послуги в кабінеті лікаря та всі інші амбулаторні послуги: без оплати	Послуги в кабінеті лікаря та всі інші амбулаторні послуги: <u>частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування, <u>франшиза</u> не застосовується; подальше перебування без оплати	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування; <u>частка вартості</u> 20% протягом подальшого перебування	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
Обслуговування під час вагітності	Відвідування кабінету лікаря	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	<u>Участь в оплаті</u> не застосовується для <u>профілактичних послуг</u> . Ведення вагітності може передбачати аналізи, дослідження та послуги, описані в інших розділах SBC (як-от ультразвукове дослідження). Може застосовуватися штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	
	Пологи / народження дитини: послуги установи	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування, <u>франшиза</u> не застосовується; подальше перебування без оплати	<u>Доплата</u> \$100 за день протягом перших 5 днів перебування; <u>частка вартості</u> 20% протягом подальшого перебування	

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Обслуговування для відновлення здоров'я або в разі інших особливих медичних потреб	<u>Медичне обслуговування в домашніх умовах</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	130 відвідувань протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Послуги з реабілітації</u>	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Сукупно 60 відвідувань спеціалістів із фізіотерапії, ерготерапії та логопедії протягом календарного року, включно з амбулаторними послугами лікарні.
	<u>Послуги з розвитку навичок</u>	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Немає
	<u>Послуги кваліфікованого сестринського догляду</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	60 днів протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Медичне обладнання тривалого користування</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 50%	Тільки 1 одиниця <u>медичного обладнання</u> тривалого користування з аналогічним/подібним призначенням. Не покривається ремонт у разі неправильного використання або зловживання.
	<u>Хоспісне обслуговування</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
Стоматологічні або офтальмологічні послуги для дітей	Обстеження очей дитини	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	1 стандартне обстеження очей протягом 12 місяців.
	Окуляри для дитини	Без оплати	Без оплати	Максимум \$600 на 12 місяців.
	Огляд ротової порожнини дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.

Послуги, виключені з покриття, та інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (перегляньте свій страховий поліс або документацію плану, щоб отримати докладнішу інформацію та перелік інших послуг, виключених із покриття)

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| • Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) | • Довгостроковий догляд | • Стандартний догляд за стопами |
| • Слухові апарати | • Неекстрена медична допомога за межами США | • Програми зниження ваги |
| • Лікування безпліддя | • Послуги персональної медсестри | |

Інші послуги, що покриваються (можуть застосовуватись обмеження, перелік не є вичерпним; ознайомтеся з документацією свого плану)

- | | | |
|--|---|--|
| • Акупунктура — 20 відвідувань протягом календарного року для лікування захворювань, травм і хронічного болю | • Мануальна терапія — 20 відвідувань протягом календарного року | • Стандартні офтальмологічні послуги (для дорослих) — 1 стандартне обстеження очей на 12 місяців |
| • Баріатрична хірургія — тільки <u>постачальники послуг, що співпрацюють із планом</u> | • Косметична хірургія — обмежене страхове покриття (див. страховий поліс або зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці) | |

Ваші права на продовження страхового покриття. Деякі організації можуть допомогти продовжити дію вашого страхового покриття, коли воно завершиться. Їхні контактні дані наведено далі.

- Щоб отримати докладнішу інформацію про ваші права на продовження страхового покриття, зателефонуйте в план за номером 1-800-370-4526.
- Якщо до вашого групового медичного страхування застосовується Закон США про пенсійне забезпечення працівників (ERISA), ви також можете звернутися до Управління з питань забезпечення пенсійних і соціальних виплат працівників (Employee Benefits Security Administration) у складі Департаменту праці США (Department of Labor), зателефонувавши за номером 1-866-444-EBSA (3272) або відвідавши сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники державних групових планів медичного страхування, які не фінансує федеральний уряд, можуть також звернутися до Центру надання інформації для споживачів і страхового нагляду (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (Department of Health and Human Services), зателефонувавши за номером 1-877-267-2323, дод. 61565, або відвідавши сайт www.cciio.cms.gov.
- Якщо ваше страхове покриття забезпечує церковний план, то до таких планів не застосовуються правила продовження страхового покриття згідно з Федеральним консолідованим законом про комплексне врегулювання бюджетних суперечностей (COBRA). Якщо страхове покриття забезпечено, необхідно звернутися до органу штату, який займається регулюванням страхової діяльності, щоб дізнатися про можливі права на продовження страхового покриття згідно із законодавством штату.

Вам можуть бути також доступні інші варіанти страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового покриття через біржу медичного страхування. Щоб отримати докладнішу інформацію про цю біржу, відвідайте сайт www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

Ваші права на претензії та апеляції. Деякі організації можуть допомогти вам, якщо ви хочете поскаржитися на свій план через відмову задовольнити вашу страхову вимогу. Така скарга називається претензією або апеляцією. Щоб отримати докладніші відомості про ваші права, перегляньте роз'яснення страхових виплат, яке отримаєте щодо такої страхової вимоги. У документації вашого плану також міститься повна інформація про те, як подати у ваш план страхову вимогу, апеляцію або претензію з будь-якої причини. Щоб отримати допомогу або докладніші відомості про ваші права чи це повідомлення, зверніться за вказаними нижче контактними даними.

- Якщо до вашого групового медичного страхування застосовується закон ERISA, ви можете звернутися безпосередньо до компанії Aetna, зателефонувавши за номером для безкоштовних дзвінків, зазначеним на вашій медичній ідентифікаційній картці, або за номером нашої загальної лінії 1-800-370-4526. Ви також можете звернутися до Управління з питань забезпечення пенсійних і соціальних виплат працівників у складі Департаменту праці США, зателефонувавши за номером 1-866-444-EBSA (3272) або відвідавши сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники державних групових планів медичного страхування, які не фінансує федеральний уряд, можуть також звернутися до Центру надання інформації для споживачів і страхового нагляду в складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, зателефонувавши за номером 1-877-267-2323, дод. 61565, або відвідавши сайт www.ccio.cms.gov.
- Крім того, програма допомоги споживачам може допомогти вам подати апеляцію. Контактні дані можна знайти за посиланням <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Чи надає цей план мінімально необхідне страхове покриття? Так

Мінімально необхідне страхове покриття зазвичай охоплює страхові плани, медичне страхування, яке можна придбати на біржі, або інші наявні в продажу індивідуальні страхові поліси, програми Medicare, Medicaid і TRICARE, Програму медичного страхування дітей (CHIP), а також деякі інші види страхового покриття. Якщо ви маєте право на певні види мінімально необхідного страхового покриття, можливо, ви не матимете права на податковий залік за страхові внески.

Чи відповідає цей план мінімальним стандартам щодо обсягу покриття витрат? Так

Якщо ваш план не відповідає мінімальним стандартам щодо обсягу покриття витрат, ви можете мати право на податковий залік за страхові внески, що допоможе вам сплатити за страховий план, придбаний через біржу.

Приклади того, яким чином цей план може покривати витрати в типових ситуаціях потреби в медичному обслуговуванні, наведено в наступному розділі.

Про ці приклади страхового покриття



Це не калькулятор витрат. Методи лікування наведено лише як приклади, щоб проілюструвати, яким чином цей план може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати відрізняться та залежатимуть від фактично наданого вам обслуговування, цін ваших постачальників послуг, а також багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми участі в оплаті (франшизи, доплати та частку вартості), а також на перелік послуг, виключених із покриття плану. Використовуйте цю інформацію, щоб порівняти свої можливі витрати за різними планами медичного страхування. Зверніть увагу, що ці приклади страхового покриття стосуються страхування однієї особи.

Вагітність і пологи Рег

(9 місяців ведення вагітності в постачальника послуг, що співпрацює з планом, і пологи в лікарні)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста
(ведення вагітності)

Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів

Пологи / народження дитини: послуги установи

Діагностичні дослідження (ультразвукові
дослідження та аналізи крові)

Послуги лікаря-спеціаліста (анестезія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$12,700
---	----------

У цьому прикладі Рег має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$200
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$60
Загальна сума, яку заплатить Рег:	\$260

Лікування діабету 2-го типу в Джо

(рік стандартного медичного обслуговування щодо добре контрольованого стану в постачальника послуг, що співпрацює з планом)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Відвідування кабінету постачальника первинного
медичного обслуговування (зокрема, просвіта
з питань захворювання)

Діагностичні дослідження (аналізи крові)

Ліки, що відпускаються за рецептом

Вироби для діабетиків (глюкометр)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$5,600
---	---------

У цьому прикладі Джо має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$600
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$20
Загальна сума, яку заплатить Джо:	\$620

Простий перелом у Міа

(відвідування відділення екстреної допомоги, що співпрацює з планом, і подальше обслуговування)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Обслуговування у відділенні екстреної допомоги
(зокрема, медичні витратні матеріали)

Діагностичне дослідження (рентгенографія)

Медичне обладнання тривалого користування
(милиці)

Послуги з реабілітації (фізіотерапія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$2,800
---	---------

У цьому прикладі Міа має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$500
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$0
Загальна сума, яку заплатить Міа:	\$500

Примітка. Ці суми вказано на підставі припущення, що пацієнт не є учасником програми покращення стану здоров'я, яку пропонує план. Якщо вас зареєстровано в програмі покращення стану здоров'я, яку пропонує план, ваші витрати можуть бути меншими. Щоб отримати докладнішу інформацію про програму покращення стану здоров'я, зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.

План візьме на себе оплату інших витрат на послуги, що покриваються, у цьому ПРИКЛАДІ.

Допоміжні технології

Можливо, особи, що користуються допоміжними технологіями, не зможуть ознайомитися з наведеною далі інформацією в повному обсязі. Щоб отримати допомогу, зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.

Смартфони або планшети

Для перегляду документів на смартфоні або планшеті необхідно встановити безкоштовну програму WinZip. Її можна завантажити в магазині програм вашого пристрою.

Недопущення дискримінації

Компанія Aetna дотримується всіх вимог чинного федерального законодавства про громадянські права й не здійснює незаконну дискримінацію, не відмовляє людям в обслуговуванні та не ставиться до них інакше на підставі їхньої раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, інвалідності, гендерної самоідентифікації чи сексуальної орієнтації.

Ми надаємо безкоштовну допомогу й послуги людям з інвалідністю, а також тим, кому потрібні послуги перекладу.

Якщо вам потрібні послуги кваліфікованого усного перекладача, письмова інформація в інших форматах, письмовий переклад або інші послуги, зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці.

Якщо ви вважаєте, що ми не надали вам ці послуги або іншим чином дискримінували вас на підставі захищених законом ознак, указаних вище, ви можете подати претензію координатору з питань громадянських прав:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (для клієнтів планів організації медичного забезпечення в Каліфорнії (CA HMO): P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, ТТУ: 711

Факс: 859-425-3379 (для клієнтів планів CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

Крім того, ви можете подати скаргу на порушення громадянських прав в Управління з питань громадянських прав (Office for Civil Rights) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, скориставшись його порталом для подання скарг за адресою <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, надіславши її поштою на адресу U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, або зателефонувавши за номером 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna — це торгове найменування, що використовується для продуктів і послуг, які пропонують одна або кілька компаній групи Aetna, зокрема компанія Aetna Life Insurance Company та її афілійовані особи (Aetna).

TTY: 711

Послуги перевода

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သငို့အနုဖငို့ အခမဲ့ကူးငြိ မေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုလျှင် 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguahi ni dibatde para hagu, agang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏍᏏᏉᏗ ᏍᏈᏂᏃᏗ ᏃᏍᏍᏉᏗ Ꮜ ᏌᏍᏗ ᏌᏍᏍᏉᏗ ᏌᏍ, ᏍᏍᏂᏃᏍᏍᏉᏗ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ nì Pídyi ní, n̈í, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄວ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cîn wëu kør keek tënɔŋ yîn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djei wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܟܝܢܐ ܫܒܩܐ, ܟܝܢܐ ܟܕܝܠܝܬܐ ܟܕܝܠܝܬܐ ܟܕܝܠܝܬܐ ܟܕܝܠܝܬܐ ܟܕܝܠܝܬܐ ܟܕܝܠܝܬܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wonú awon isẹ èdè l'ofẹ fun o, pe 1-800-370-4526.

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Coverage for: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum Health Reimbursement Arrangement**

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. This is only a summary. For more information about your coverage, please contact your dedicated Progyny Pregnancy & Postpartum coach or your Progyny Fertility Patient Care Advocate (PCA) at (833) 233-0517.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Individual \$0 Family \$0	There is no deductible with your Progyny plans.
Do I have a copayment?	No.	There is no copayment with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Do I have coinsurance	No.	There is no coinsurance with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will not pay an out-of-pocket for your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum services. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
Are there other deductibles for specific services?	No.	There is no deductible required for the Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum HRA plans. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Individual \$0 / Family \$0	There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.
Will you pay less if you use a network provider?	Not applicable.	Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.

Excluded Services & Other Covered Services:

Exclusions include home ovulation prediction kits, services and supplies furnished by an out-of-network provider, and treatments considered experimental by the American Society of Reproductive Medicine. All charges associated with services for a gestational carrier, including but not limited to fees for laboratory tests, are not covered. If your doctor requests services that are not listed in this guide, please check with your PCA to confirm coverage. There are some services that do not fall under Progyny's coverage; however, they may be provided through your medical plan.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596 or state health insurance marketplace or SHOP. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318- 2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, go to www.dol.gov/ebsa/healthreform and <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Not Applicable.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Ресурси плану

Відділ обслуговування клієнтів медичного страхування

MAGNACARE™

Телефон	1-877-606-6705 (8:00–18:00, з понеділка до п'ятниці)
Електронна пошта	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
Обліковий запис медичного страхування	myseiu.be/magnacare

Aetna

aetna®

Обслуговування учасників	1-855-736-9469	aetna.com
Психіатрична допомога	1-800-424-4047	aetna.com
Цілодобова медсестринська лінія	1-800-556-1555	aetna.com
Знайдіть правильного РСР	1-888-982-3862	aetna.com
Допомога з мовного питання для учасників	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language

Стоматологічні послуги

Delta Dental	1-800-554-1907	deltadentalwa.com
Willamette Dental	1-855-433-6825	myseiu.be/oe-willamette

Інші переваги

EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Prognynu (фертильність і створення сім'ї)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

Отримуйте підтримку рідною мовою

Телефонуйте в службу підтримки клієнтів за номером 1-877-606-6705 або надсилайте електронного листа на SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. Вас з'єднають із представником, який розмовляє вашою мовою та може допомогти з питаннями щодо подання заявки та керування вашими перевагами.

Після реєстрації в програмі медичного страхування мовна підтримка буде доступна через ваш план медичного страхування.