



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

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.

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.



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, оправу 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 ортодонції	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:



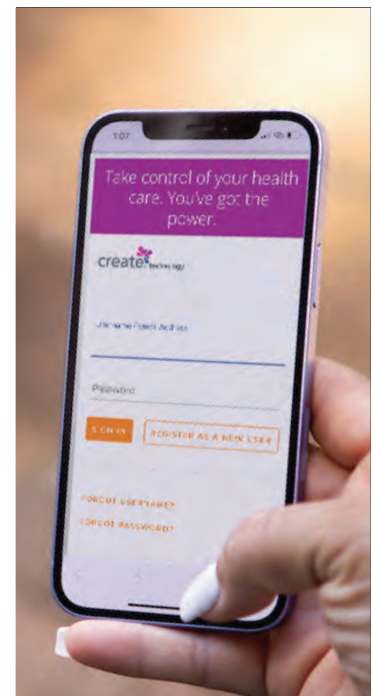
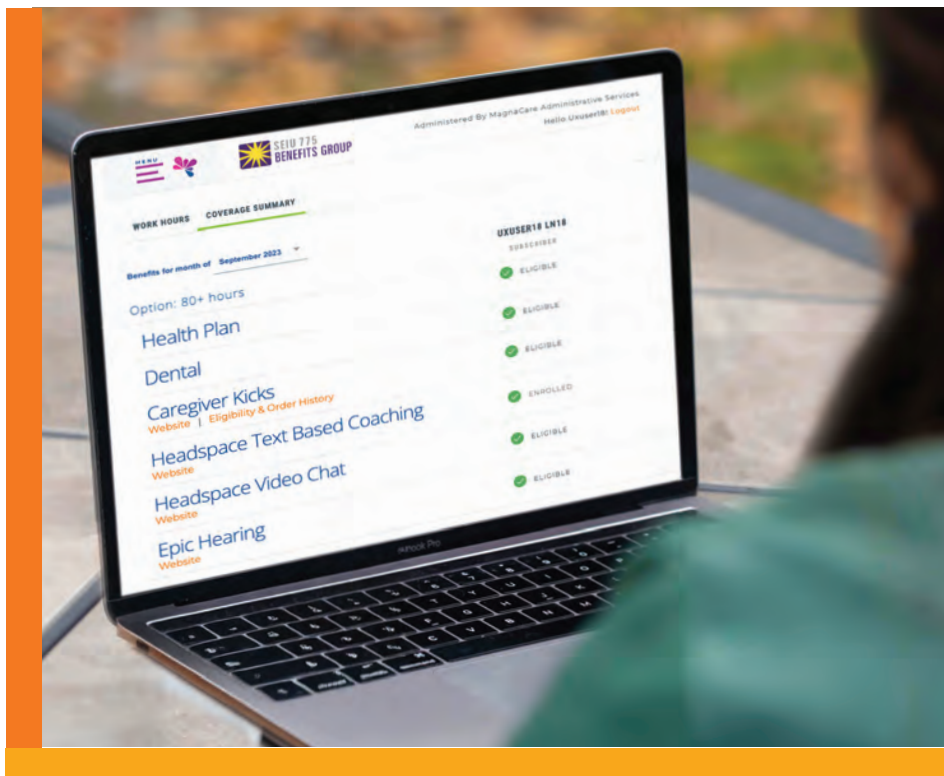
Подавайте заявку на змінення страхового покриття

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, указаній 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.

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.

Як відпрацьовані години впливають на дію покриття?

Коли ви зареєструєтеся 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.

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:

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.





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 отримаєте 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 Kaiser Permanente Northwest. 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.

Покриття в мережі	
Максимум власних коштів	
Для одного учасника	1250 доларів США
Для всієї сім'ї	2500 доларів США
Франшиза	0 доларів США
Візити в клініку	
Звичайний профілактичний медогляд	0 доларів США
Первинна медична допомога	0 доларів США
Допомога в спеціалізованому кабінеті	15 доларів США
Невідкладна допомога	30 доларів США
Тести	
Профілактичні тести	0 доларів США
Лабораторія	0 доларів США
Рентген, візуалізація та спеціальні діагностичні процедури	0 доларів США
КТ, МРТ, ПЕТ	50 доларів США на візит у відділення. Деякі послуги можуть передбачати попередню авторизацію.
Препарати (амбулаторний хворий)	
Рецептурні препарати (запас до 30 днів)	Генеричний 5 доларів США / бажаної торгової марки 25 доларів США / неперіоритетний бренд 50 доларів США Інсулін: генеричний 0 доларів США / бажаної торгової марки 0 доларів США / неперіоритетний бренд 0 доларів США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Генеричний 5 доларів США / бажаної торгової марки 25 доларів США
Замовлення рецептурних препаратів поштою (запас до 90 днів)	Генеричний 10 доларів США / бажаної торгової марки 50 доларів США / неперіоритетний бренд 100 доларів США
Прийом ліків, зокрема ін'єкції (у всіх амбулаторних умовах)	0 доларів США
Відвідування процедурного кабінету медсестри для отримання ін'єкцій	5 доларів США
Охорона материнства	
Плановий допологовий нагляд і перший післяпологовий візит	0 доларів США
Лабораторія	0 доларів США
Рентген, візуалізація та спеціальні діагностичні процедури	0 доларів США
Послуги лікарні в разі стаціонарного лікування	100 доларів США на прийом
Послуги щодо безпліддя	
Медичні й хірургічні послуги з лікування стерильності та безпліддя, а також усі супутні послуги.	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
Послуги лікарні	
Послуги швидкої допомоги (на одне транспортування)	75 доларів США

Візит у відділення невідкладної допомоги	200 доларів США (у разі госпіталізації доплата не стягується)
Послуги лікарні в разі стаціонарного лікування	100 доларів США на прийом
Візити для хіміотерапії/радіотерапії	15 доларів США
Довговічне медичне обладнання, зовнішні протези, ортопедичні пристрої	Доплата за страхування 0 %
Фізіотерапія, логопедія й трудотерапія (до 20 відвідувань на одну терапію впродовж календарного року)	15 доларів США
Послуги закладу кваліфікованого догляду	
Послуги закладу кваліфікованого догляду в стаціонарі (до 100 днів на календарний рік)	0 доларів США
Послуги з боротьби із залежністю від хімічних речовин	
Амбулаторні послуги	0 доларів США
Лікарняні та житлові послуги в разі стаціонарного лікування	100 доларів США на прийом.
Психіатрична допомога	
Амбулаторні послуги (на груповий візит доплата становить ½ суми)	0 доларів США
Лікарняні та житлові послуги в разі стаціонарного лікування	100 доларів США на прийом
Альтернативний догляд	
Акупунктура	0 доларів США доплати, до 20 візитів без направлення на рік
Хіропрактика	0 доларів США доплати, до 20 візитів без направлення на рік
Лікувальний масаж	25 доларів США доплати, до 12 візитів без направлення на рік
Натуропатична медицина	0 доларів США доплати, необмежена кількість візитів
Послуги щодо зору	
Планове обмеження зору (перший місяць після досягнення 19-річного віку)	0 доларів США
Апаратне забезпечення для перевірки зору й оптичні послуги (перший місяць після досягнення 19-річного віку)	Лінзи, оправы для окулярів чи контактні лінзи надаються безкоштовно кожні 12 місяців.
Планова перевірка зору (від 19 років)	0 доларів США
Апаратне забезпечення для перевірки зору й оптичні послуги (від 19 років)*	Початкова знижка розміром до 600 доларів США на окуляри чи контактні лінзи, не частіше одного разу на рік.
Послуги щодо слуху	
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

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 – премолари	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 (Варітність 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 (Варітність і післяпологовий період Progyny) не вимагає від вас доплат.
Чи потрібна доплата за страхування?	Ні	План Progyny Pregnancy and Postpartum (Варітність 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 (Варітність 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 (Варітність 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 (Варітність 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 опис пільг і покриття: що покриває цей план і скільки ви платите за послуги

Період страхування: 1 серпня 2025 року-31 липня 2026 року

 KAISER PERMANENTE® : SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Core Plan APs & IPs

Покриття для: окремої особи / сім'ї | Тип плану: ЕРО

Усі [плани](#) надає і страхує Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest



Документ «Короткий виклад пільг і покриття» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) допоможе вам вибрати [план](#) медичного страхування. У SBC описано, які витрати буде покривати [план](#), а що вам потрібно буде сплачувати додатково. ПРИМІТКА. Інформацію про вартість цього [плану](#) (що називається [страховим платежем](#)) буде надано окремо.

Це лише короткий виклад. Для отримання додаткової інформації про покриття або копії повних умов покриття відвідайте сайт www.kp.org/plandocuments або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711). Визначення загальних термінів, таких як [дозволена сума](#), [виставлення рахунків на оплату залишкового балансу](#), [співстрахування](#), [доплата](#), [франшиза](#), [постачальник](#) або інші [підкреслених термінів](#), наведено в Глосарії. Ви можете переглянути Глосарій на сторінці <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711), щоб подати запит на копію.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо:
Яка загальна франшиза ?	\$0	Перегляньте таблицю «Поширені медичні події», щоб ознайомитися з витратами на послуги, які охоплює цей план .
Чи надається покриття окремих послуг до досягнення встановленого розміру франшизи ?	Не застосовується.	Цей план покриває деякі товари й послуги навіть до сплати повної суми франшизи . Але може застосовуватися доплата чи співстрахування . Наприклад, цей план покриває певні профілактичні послуги без поділу витрат і до сплати повної суми франшизи . Перегляньте список профілактичних послуг , що покриваються планом, на сторінці https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Чи існують інші франшизи за певні послуги?	Ні.	Вам не потрібно сплачувати повну суму франшизи за певні послуги.
Який ліміт особистих витрат передбачено цим планом ?	\$1250 для окремої особи / \$2500 для сім'ї	Ліміт особистих витрат – це максимальна сума, яку ви можете заплатити за рік за послуги, що покриваються планом. Якщо до плану включено інших членів сім'ї, вони повинні сплачувати свої власні ліміти особистих витрат , доки не буде досягнуто загального ліміту особистих витрат на сім'ю.
Що не включено до ліміту особистих витрат ?	Страхові внески , медичне обслуговування, яке цей план не покриває, і послуги, зазначені в таблиці, що починається на сторінці 2.	Навіть якщо ви сплачуєте ці витрати, вони не враховуються в ліміт особистих витрат .

Чи платитимете ви менше, якщо будете користуватися послугами постачальника, що входить до мережі ?	Так. Відвідайте сторінку www.kp.org або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711), щоб переглянути список постачальників , які беруть участь у програмі.	Для надання цього плану використовується мережа постачальників . Ви заплатите менше, якщо користуватиметеся послугами постачальника , що входить до мережі плану . Ви заплатите більше, якщо користуватиметеся послугами постачальника, що не входить до мережі , і ви можете отримати рахунок від постачальника на оплату різниці між вартістю послуги, установленою постачальником , і сумою, яку покриває ваш план (виставлення рахунків на оплату залишкового балансу) . Зверніть увагу, що навіть постачальник, що входить до мережі , може залучати сторонніх постачальників, які не входять до мережі , для надання окремих послуг (наприклад, лабораторних досліджень). Проконсультуйтеся з вашим постачальником , перш ніж користуватися послугами.
Чи потрібне направлення , щоб звернутися до фахівця ?	Так, але ви можете самостійно звернутися до певних фахівців .	Цей план покриває частину або всі витрати на відвідування фахівця для отримання послуг, що покриваються планом, але тільки якщо у вас є направлення на відвідування фахівця .



Усі витрати на [доплату](#) й [співстрахування](#), указані в цій таблиці, діють після того, як ви сплатили повну суму [франшизи](#), якщо [вона](#) застосовується.

Поширені медичні події	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплачуєте		Обмеження, виключення та інша важлива інформація
		Постачальник, що бере участь у плані (ви платите менше)	Постачальник, що не бере участі в програмі (ви платите більше)	
Якщо ви відвідуєте кабінет або клініку постачальника медичних послуг	Первинний прийом для лікування травми або захворювання	Безкоштовно	Не покривається	Немає
	Прийом у фахівця	\$15 за прийом	Не покривається	Немає
	Профілактична допомога / діагностичне обстеження / вакцинація	Безкоштовно	Не покривається	Можливо, вам доведеться платити за послуги, які не є профілактичними. Запитайте у свого постачальника , чи потрібні послуги є профілактичними. Потім перевірте, що саме покриває ваш план .
Якщо вам потрібне обстеження	Діагностичне обстеження (рентген, аналіз крові)	Рентген: безкоштовно Лабораторні аналізи: безкоштовно	Не покривається	Немає
	Візуалізація (КТ/ПЕТ-сканування, МРТ)	\$50 за прийом	Не покривається	Деякі послуги можуть потребувати попереднього погодження.

Поширені медичні події	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплачуєте		Обмеження, виключення та інша важлива інформація
		Постачальник, що бере участь у плані (ви платите менше)	Постачальник, що не бере участі в програмі (ви платите більше)	
Якщо вам потрібні ліки для лікування вашого захворювання чи стану Додаткову інформацію про покриття рецептурних препаратів можна знайти на сайті www.kp.org/formulary	Генеричні препарати	\$5 (роздрібна аптека); \$10 (замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Тривалість забезпечення препаратом: до 30 днів (роздрібна аптека); до 90 днів (замовлення поштою). Відповідно до вимог формуляра .
	Пріоритетні брендовані препарати	\$25 (роздрібна аптека); \$50 (замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Тривалість забезпечення препаратом: до 30 днів (роздрібна аптека); до 90 днів (замовлення поштою). Відповідно до вимог формуляра .
	Непріоритетні брендовані препарати	\$50 (роздрібна аптека); \$100 (замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Тривалість забезпечення препаратом: до 30 днів (роздрібна аптека); до 90 днів (замовлення поштою). Відповідно до вимог формуляра , за умови схвалення через процес виключення.
	Спеціалізовані лікарські засоби	Застосовуються відповідні частки витрат для генеричних, пріоритетних брендованих і непріоритетних брендованих препаратів.	Не покривається	Тривалість забезпечення препаратом: до 30 днів (роздрібна аптека). Відповідно до вимог формуляра , за умови схвалення через процес виключення.
Якщо вам потрібна амбулаторна хірургічна операція	Плата за послуги медичного закладу (наприклад, амбулаторний хірургічний центр)	\$50 за прийом	Не покривається	Потрібне попереднє погодження.
	Плата за послуги лікаря/хірурга	Безкоштовно	Не покривається	Плата за послуги лікаря/хірурга включена в плату за послуги медичного закладу.
Якщо вам потрібна негайна медична допомога	Невідкладна допомога в приймальному відділенні	\$200 за прийом	\$200 за прийом	Доплата скасовується, якщо пацієнта госпіталізовано безпосередньо в стаціонар лікарні.
	Невідкладне медичне транспортування	\$75 за поїздки	\$75 за поїздки	Немає
	Термінова медична допомога	\$30 за прийом	Не покривається	Покриття постачальниками, що не беруть участь у плані, якщо пацієнт тимчасово перебуває поза зоною обслуговування: \$30 за прийом.

Поширені медичні події	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплатите		Обмеження, виключення та інша важлива інформація
		Постачальник, що бере участь у плані (ви платите менше)	Постачальник, що не бере участі в програмі (ви платите більше)	
Якщо вам потрібна госпіталізація	Плата за послуги медичного закладу (наприклад, лікарняна палата)	\$100 за госпіталізацію	Не покривається	Потрібне попереднє погодження.
	Плата за послуги лікаря/хірурга	Безкоштовно	Не покривається	Плата за послуги лікаря/хірурга включена в плату за послуги медичного закладу.
Якщо вам потрібні послуги з психічного здоров'я, поведінкових розладів чи лікування залежностей	Амбулаторні послуги	Безкоштовно	Не покривається	Немає
	Стаціонарні послуги	\$100 за госпіталізацію	Не покривається	Потрібне попереднє погодження.
Якщо ви вагітні	Візити до лікаря	Безкоштовно	Не покривається	Залежно від типу послуг може застосовуватися доплата , співстрахування або франшиза . Допомога під час вагітності може включати аналізи й послуги, описані в інших розділах цього документа (наприклад, ультразвукове дослідження).
	Кваліфікована допомога під час пологів	Безкоштовно	Не покривається	Кваліфікована допомога включена в плату за послуги медичного закладу.
	Послуги закладу під час пологів	\$100 за госпіталізацію	Не покривається	Немає
Якщо вам потрібна допомога в реабілітації або є інші спеціальні потреби	Послуги домашнього медичного догляду	Безкоштовно	Не покривається	Ліміт – 130 візитів на рік. Потрібне попереднє погодження.
	Реабілітаційні послуги	Амбулаторні послуги: \$15 за прийом Стаціонарні послуги: \$100 за госпіталізацію	Не покривається	Амбулаторні послуги: ліміт – 20 прийомів на рік на терапію. Потрібне попереднє погодження. Стаціонарні послуги: потрібне попереднє погодження.

Поширені медичні події	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплатите		Обмеження, виключення та інша важлива інформація
		Постачальник, що бере участь у плані (ви платите менше)	Постачальник, що не бере участі в програмі (ви платите більше)	
	Послуги з адаптації	\$15 за прийом	Не покривається	Ліміт – 20 прийомів на рік на терапію. Потрібне попереднє погодження.
	Послуги кваліфікованого сестринського догляду	Безкоштовно	Не покривається	Ліміт – 100 днів на рік. Потрібне попереднє погодження.
	Медичне обладнання з тривалим терміном служби	Безкоштовно	Не покривається	Відповідно до вимог формуляра . Потрібне попереднє погодження.
	Послуги хоспісу	Безкоштовно	Не покривається	Потрібне попереднє погодження.
Якщо вашій дитині потрібен догляд за зубами або офтальмологічна допомога	Офтальмологічний огляд для дітей	Безкоштовно за рефракційне обстеження	Не покривається	Немає
	Окуляри для дітей	Безкоштовно	Не покривається	Обмежено одним набором оправы й лінз або контактними лінзами на 12 місяців.
	Стоматологічні огляди для дітей	Не покривається	Не покривається	Немає

Виключені послуги й інші послуги, що не покриваються планом

Послуги, які ваш план загалом не покриває (перевірте додаткову інформацію і списку інших виключених послуг у своєму полісі або документі плану.)			
• Косметична хірургія • Стоматологічна допомога (для дорослих і дітей) • Лікування безпліддя	• Довгострокова допомога • Неекстрена медична допомога під час подорожей за межами США • Персональна медсестра	• Профілактичний догляд за ногами • Програми схуднення	
Інші послуги, що покриваються планом (Можливі обмеження для цих послуг, це не повний список. Будь ласка, перегляньте ваш документ плану.)			
• Акупунктура (ліміт – 20 прийомів на рік) • Баріатрична хірургія	• Хіропрактика (ліміт – 20 прийомів на рік) • Слухові апарати (ліміт – \$3000 за вухо на 36 місяців)	• Профілактичний догляд за зором (для дорослих)	

Ваші права на продовження покриття. Є агенції, які можуть допомогти, якщо ви хочете продовжити своє покриття після його завершення. Контактну інформацію цих агенцій наведено в таблиці нижче. Також можуть бути доступні інші варіанти покриття, зокрема купівля індивідуального страхового покриття на [Маркетплейсі медичного страхування](#). Для отримання додаткової інформації про [Маркетплейс](#) відвідайте сторінку www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

Ваші права на подання скарг й апеляцій. Є агенції, які можуть допомогти, якщо у вас є скарга на ваш [план](#) через відхилення [вимоги](#). Це називається [скаргою](#) чи [апеляцією](#). Для отримання додаткової інформації про ваші права ознайомтеся з поясненням пільг, які ви отримаєте для цієї медичної [вимоги](#). Документи вашого [плану](#) також містять повну інформацію про те, як подати [вимогу](#), [апеляцію](#) чи [скаргу](#) з будь-якої причини щодо вашого [плану](#). Щоб отримати додаткову інформацію про ваші права, це повідомлення або допомогу, зв'яжіться з агенціями, наведеними в таблиці нижче.

Контактна інформація щодо ваших прав на продовження покриття та прав на подання скарг й апеляцій:

Відділ обслуговування учасників Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) або www.kp.org/memberservices
Управління із забезпечення допомоги для працівників Міністерства праці США	1-866-444-3272 або www.dol.gov/ebsa/healthreform
Центр інформації для споживачів і нагляду за страхуванням Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США	1-877-267-2323 x61565 або www.cciio.cms.gov
Департамент фінансового регулювання штату Орегон	1-888-877-4894 або www.dfr.oregon.gov
Департамент страхування штату Вашингтон	1-800-562-6900 або www.insurance.wa.gov

Чи забезпечує цей [план](#) мінімальне основне покриття? Так

[Мінімальне основне покриття](#) зазвичай включає [плани](#), [медичне страхування](#), доступне через [Маркетплейс](#), або інші індивідуальні страхові поліси, Medicare, Medicaid, Програму медичного страхування дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE та певні інші види покриття. Якщо ви маєте право на певні види [мінімального основного покриття](#), ви можете не мати права на [податкову знижку для страхових внесків](#).

Чи відповідає цей [план](#) стандартам мінімальної вартості? Так

Якщо ваш [план](#) не відповідає [стандартам мінімальної вартості](#), ви можете мати право на [податкову знижку для страхових внесків](#), щоб допомогти вам оплатити [план](#) через [Маркетплейс](#).

Послуги мовної підтримки:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Щоб побачити приклади того, як цей [план](#) може покривати витрати для медичної ситуації як прикладу, перейдіть до наступного розділу.

Інформація про ці приклади покриття:



Це не оцінка витрат. Лікування, що наведено, є лише прикладами того, як цей [план](#) може покривати медичну допомогу. Фактичні витрати будуть відрізнятися залежно від реальної медичної допомоги, яку ви отримаєте, цін, які стягують ваші [постачальники](#), і багатьох інших факторів. Зосередьтеся на сумах [спільного покриття витрат](#) ([франшизи](#), [доплати](#) й [співстрахування](#)) і [виключених послугах](#) згідно з [планом](#). Використовуйте цю інформацію для порівняння частки витрат, яку ви можете сплатити в межах різних медичних [планів](#). Зверніть увагу, що ці приклади покриття базуються на самостійному страхуванні.

У Пег буде дитина

(9 місяців допологового догляду в межах мережі й пологи в лікарні)

■ Загальна сума франшизи за планом	\$0
■ Доплата за консультацію фахівця	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (медичний заклад)	\$100
■ Доплата за інші послуги (аналіз крові)	\$0

Цей ПРИКЛАД включає такі послуги:

консультації [фахівця](#) (допологовий догляд);
кваліфікована допомога під час пологів;
послуги закладу під час пологів;
[діагностичні обстеження](#) (УЗД й аналізи крові);
візит [фахівця](#) (анестезія).

Загальна вартість для прикладу	\$12,700
--------------------------------	----------

У цьому прикладі Пег заплатить:

Спільне покриття витрат	
Франшизи	\$0
Доплати	\$100
Співстрахування	\$0
Не покривається	
Обмеження або виключення	\$60
Загальна сума, яку сплатить Пег	\$160

У Джо цукровий діабет 2 типу

(рік планового лікування в межах мережі за добре контрольованого стану)

■ Загальна сума франшизи за планом	\$0
■ Доплата за консультацію фахівця	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (медичний заклад)	\$100
■ Доплата за інші послуги (аналіз крові)	\$0

Цей ПРИКЛАД включає такі послуги:

консультації [лікаря-терапевта](#)
(включно з навчанням щодо хвороби);
[діагностичні обстеження](#) (аналіз крові);
[рецептурні лікарські засоби](#);
[медичне обладнання з тривалим терміном служби](#) (глюкометр).

Загальна вартість для прикладу	\$5,600
--------------------------------	---------

У цьому прикладі Джо заплатить:

Спільне покриття витрат	
Франшизи	\$0
Доплати	\$500
Співстрахування	\$0
Не покривається	
Обмеження або виключення	\$0
Загальна сума, яку сплатить Джо	\$500

У Мії простий перелом

(відвідування приймального відділення в межах мережі й подальше лікування)

■ Загальна сума франшизи за планом	\$0
■ Доплата за консультацію фахівця	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (медичний заклад)	\$100
■ Інші доплати (рентген)	\$0

Цей ПРИКЛАД включає такі послуги:

[невідкладна допомога в приймальному відділенні](#) (включно з медичними матеріалами);
[діагностичне обстеження](#) (рентген);
[медичне обладнання з тривалим терміном служби](#) (милиці);
[реабілітаційні послуги](#) (фізіотерапія).

Загальна вартість для прикладу	\$2,800
--------------------------------	---------

У цьому прикладі Мія заплатить:

Спільне покриття витрат	
Франшизи	\$0
Доплати	\$400
Співстрахування	\$0
Не покривається	
Обмеження або виключення	\$0
Загальна сума, яку сплатить Мія	\$400

Повідомлення про недискримінацію

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) дотримується чинного федерального й штатного законодавства про громадянські права та не здійснює дискримінацію за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності, статі, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації. Kaiser Health Plan не виключає осіб із програм і не ставиться до них інакше через расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність, стать, гендерну ідентичність або сексуальну орієнтацію. Ми також:

- надаємо безоплатні допоміжні засоби та послуги для осіб з інвалідністю, щоб забезпечити ефективне спілкування з нами, зокрема такі:
 - кваліфіковані сурдоперекладачі;
 - письмова інформація в альтернативних форматах, як-от збільшений шрифт, аудіо й доступні електронні формати;
- надаємо безоплатні мовні послуги для осіб, чия основна мова не є англійською, зокрема:
 - кваліфіковані перекладачі;
 - інформація, перекладена іншими мовами.

Якщо вам потрібні ці послуги, звертайтеся до відділу обслуговування учасників за телефоном **1-800-313-2000** (TTY: **711**).

Якщо ви вважаєте, що вам не було надано вищезазначених послуг із боку Kaiser Health Plan або стосовно вас було здійснено дискримінацію за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності, статі, гендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу до нашого координатора з питань громадянських прав поштою, телефоном або факсом. Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги, наш координатор з питань громадянських прав готовий вам допомогти. Ви можете звернутися до нашого координатора з питань громадянських прав за такими контактними даними: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, телефон: **1-800-813-2000** (TTY **711**), факс: **1-855-347-7239**.

Ви можете також подати скаргу щодо захисту громадянських прав до Управління з питань громадянських прав при Міністерстві охорони здоров'я і соціального забезпечення в електронному форматі через портал подання скарг до Управління з питань громадянських прав на сайті <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або поштою чи телефоном: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, телефон: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Форми для подання скарг доступні на сайті: www.hhs.gov/orc/office/file/index.html.

Для учасників зі штату Вашингтон

Витакж можете подати скаргу до Офісу страхового комісара штату Вашингтонв електронному вигляді через портал подання скарг, доступний за адресою: <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> або зателефонувавши за номером 1-800-562-6900 чи 360-586-0241 (TDD). Форми скарг доступні за посиланням: <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: 711)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: 711)፡

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)፡

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-813-2000** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ជូរទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: 711).

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	

Kaiser Permanente Northwest		 KAISER PERMANENTE®
Обслуговування нових учасників	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
Обслуговування учасників	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
Психіатрична допомога	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
Телефон гарячої лінії медичного консультування	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
Допомога з мовного питання для учасників	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-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
Prognyn (фертильність і створення сім'ї)	1-833-233-0517	myseiu.be/prognyn

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.