



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

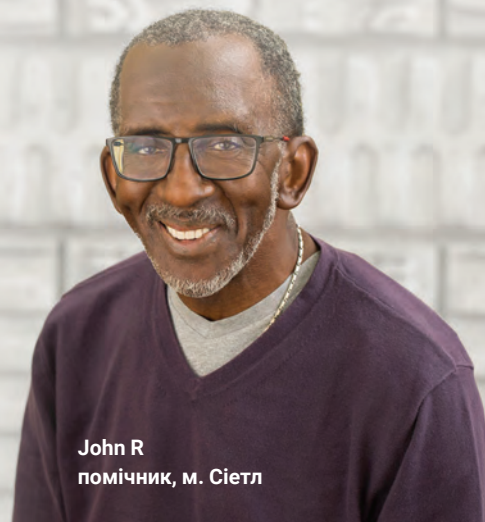
- Заповніть заявку до кінцевого терміну на сайті myseiu.be/magnacare. Дізнайтеся більше про кінцеві терміни й те, як подати заявку поштою, на сторінці 8.
- **Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).** Подаючи заявку, подайте документи з підтвердженням наявності дітей на утриманні. Дізнайтеся,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



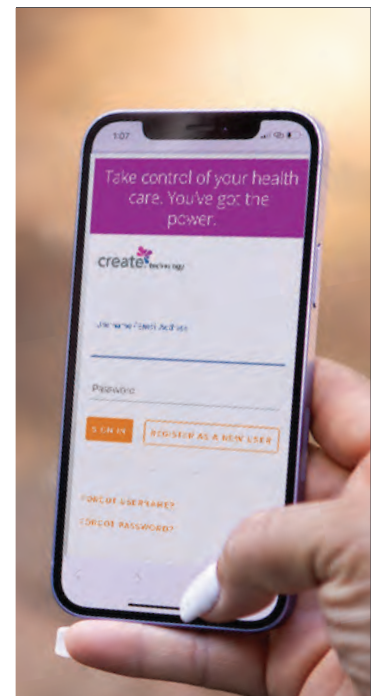
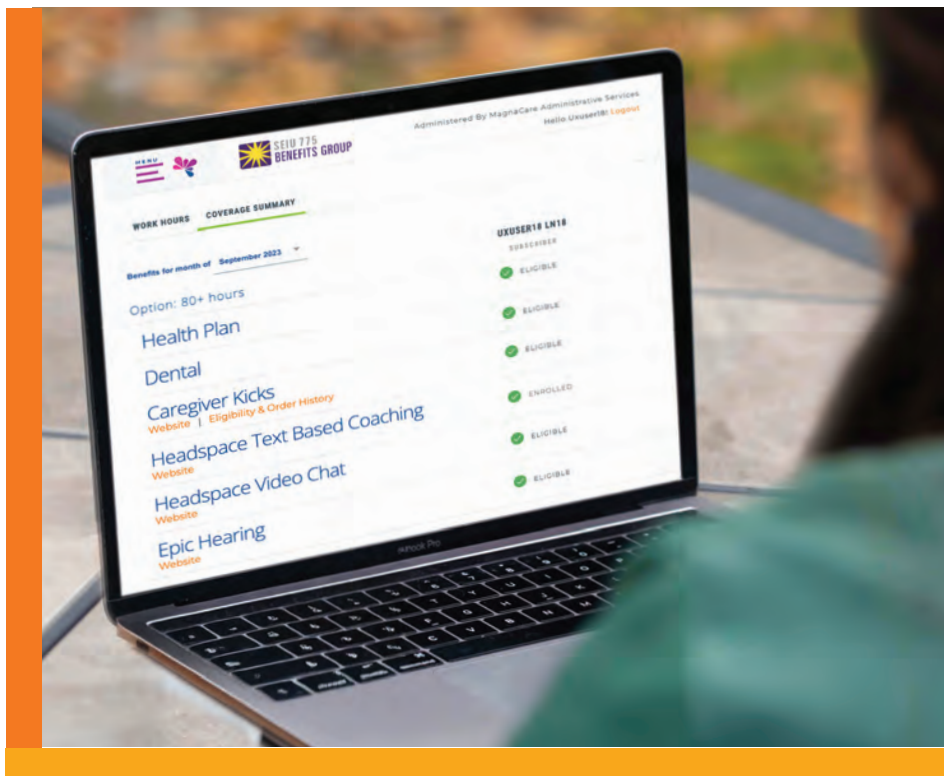
Подавайте заявку на змінення страхового покриття

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, 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.

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 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.

Оплачувані години, які ви відпрацьовували цього місяця:	Місяць роботи	Місяць покриття	Визначення покриття в цьому місяці:
	СІЧЕНЬ	→ БЕРЕЗЕНЬ	
	ЛЮТИЙ	→ КВІТЕНЬ	
	БЕРЕЗЕНЬ	→ ТРАВЕНЬ	
	КВІТЕНЬ	→ ЧЕРВЕНЬ	
	ТРАВЕНЬ	→ ЛИПЕНЬ	
	ЧЕРВЕНЬ	→ СЕРПЕНЬ	
	ЛИПЕНЬ	→ ВЕРЕСЕНЬ	
	СЕРПЕНЬ	→ ЖОВТЕНЬ	
	ВЕРЕСЕНЬ	→ ЛИСТОПАД	
	ЖОВТЕНЬ	→ ГРУДЕНЬ	
	ЛИСТОПАД	→ СІЧЕНЬ	
	ГРУДЕНЬ	→ ЛЮТИЙ	

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 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 Kaiser Permanente of Washington POS. 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	У мережі	Поза мережею
Франшиза за планом	Без річної франшизи	Індивідуальні франшизи: 500 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 особи: 1200 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	Ліміт власних коштів сумується з витратами в мережі Витрати на наведені далі послуги, на які діє покриття, належать до ліміту власних коштів. Усі частки витрат на послуги, на які діє покриття
Період очікування для попередньо наявних захворювань (РЕС)	РЕС відсутні	Як і в мережі
Максимум для всього життя	Необмежено	Як максимум у мережі
Амбулаторні послуги (відвідування лікаря)	Без доплати для послуг основного лікаря / 15 доларів США для послуг спеціаліста	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Невідкладна допомога	Мережевий центр невідкладної допомоги: Без доплати для послуг основного лікаря / 15 доларів США для послуг спеціаліста	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги лікарні	Стаціонарні послуги. Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторна хірургія. Доплата 50 доларів США	Стаціонарні 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) / неперіоритетні (рівень 3) Доплата 4/8/25/50 доларів США за 30-денний запас Інсулін. Доплата за бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / неперіоритетні (рівень 3) 0/0/25 доларів США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Доплата за бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / неперіоритетні (рівень 3) Доплата 8/25/35 доларів США	Бажаний генеричний / бажаної торгової марки / неперіоритетний Доплата 13/30/55 доларів США за 30-денний запас Інсулін. Доплата за бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / неперіоритетні (рівень 3) 0/0/25 доларів США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Доплата за бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) / неперіоритетні (рівень 3) Доплата 8/25/35 доларів США
Замовлення поштою за рецептом	Знижка 5 доларів США на 30-денний запас	Не покривається
Акупунктура	Діє покриття на максимум 20 візитів на медичний діагноз на календарний рік без попередньої авторизації; додаткові візити, якщо вони схвалюються планом, без доплати	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Послуги швидкої допомоги	План сплачує 80%, ви сплачуєте 20%	Як і в мережі

* Якщо ви працюєте в релігійній організації, ваш медичний план не покриває контрацептиви, як це дозволено релігійним виключенням Закону про доступне медичне обслуговування. Однак ви отримаєте їх безкоштовно (і без жодних додаткових дій) від Kaiser Permanente, якщо ви зареєстровані в медичному плані. ** Ці ціннісно-орієнтовані ліки – це генеричні препарати для лікування різних розладів здоров'я.

Переваги	У мережі	Поза мережею
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 • 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 %. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.	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 Послуги високотехнологічної радіологічної візуалізації, як-от КТ, МРТ й ПЕТ, підлягають визнанню як послуги, необхідні з медичного погляду, і передбачають отримання переднього дозволу, за винятком випадків, коли вони пов'язані з невідкладною допомогою чи стаціонарними послугами.	Стационарно: діє покриття в межах послуг лікарні Амбулаторно: застосовуються франшиза й доплата за страхування Послуги високотехнологічної радіологічної візуалізації, як-от КТ, МРТ й ПЕТ, підлягають визнанню як послуги, необхідні з медичного погляду, і передбачають отримання переднього дозволу, за винятком випадків, коли вони пов'язані з невідкладною допомогою чи стаціонарними послугами.
Невідкладна допомога (у разі госпіталізації доплата не стягується)	Доплата 200 доларів США	Доплата 200 доларів США
Обстеження слуху (планові)	Доплата 0 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. Без обмежень на візити.	Без обмежень на візити 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	Див. розділ «Реабілітаційні послуги»	Див. розділ «Реабілітаційні послуги»
Послуги для вагітних	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 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 Застосовуються 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	У мережі	Поза мережею
Психічне здоров'я	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 доларів США	Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Застосовуються 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 без попередньої авторизації. Повне покриття.	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.
Послуги, пов'язані з надмірною вагою	Діє покриття в рахунок частки витрат за умови відповідності медичним критеріям	Діє покриття в рахунок частки витрат за умови відповідності медичним критеріям
Трансплантація органів	Необмежено, без періоду очікування Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 доларів США	Послуги, що використовуються спільно з мережею Стационарно: доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Застосовуються франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
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.	Застосовуються франшиза й доплата за страхування 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. Без доплати для послуг основного лікаря / 15 доларів США для послуг спеціаліста	Стационарно: ліміти відвідувань на день спільні з відвідуваннями в мережі Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Застосовуються франшиза й доплата за страхування Амбулаторно: ліміти відвідувань спільні з відвідуваннями в мережі Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Заклад кваліфікованого догляду	Діє повне покриття до 60 днів за календарний рік	Ліміти на день спільні з лімітом переваг у мережі, застосовуються франшиза й доплата за страхування
Стерилізація (вазектомія, перев'язка труб)	Повне покриття.	Стационарно: застосовуються доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування Застосовуються 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 й максимального розміру переваг.
Послуги, що стосуються скронево-нижньощелепного суглоба (TMJ)	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 Застосовуються 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 0 доларів США	Застосовуються доплата 15 доларів США, франшиза й доплата за страхування
Оптичні вироби Лінзи, зокрема контактні, і оправы	Учасники віком до 19 років: 1 оправа та пара лінз на рік або контактні лінзи з покриттям 50% у рахунок доплати за страхування Учасники віком від 19 років: 600 доларів США на 12 місяців	Послуги, що використовуються спільно з мережею

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: 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>.

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.





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. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.kp.org/plandocuments or call 1-888-901-4636 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	In-network: \$0 Out-of-network provider : \$500 Individual / \$1,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	In-Network provider : \$1,200 Individual / \$2,400 Family Shared in and out-of-network	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Specialist visit	\$15 / visit	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Preventive care/screening/immunization	No charge	20% coinsurance , deductible does not apply.	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	20% coinsurance	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Value based drugs	\$4 (retail);	\$13 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Preferred generic drugs	\$8 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription		
	Preferred brand drugs	\$25 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$30 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$55 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Specialty drugs	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	\$50 / visit, then 20% coinsurance	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$200 / visit	\$200 / visit, then No charge, deductible does not apply.	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours if admitted to a out-of-network provider ; limited to initial emergency only. Copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance .	20% coinsurance , deductible does not apply.	None
	Urgent care	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Inpatient services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
If you are pregnant	Office visits	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health	Home health care	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
	Rehabilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance	Combined with Habilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
needs		to \$500 / admission	Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Habilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Combined with Rehabilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Skilled nursing care	No charge	20% coinsurance	60-day limit / year. Limits are combined with in and out-of-network provider networks . Preauthorization required
	Durable medical equipment	No charge	50% coinsurance	Subject to formulary guidelines. Preauthorization required
	Hospice services	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam, deductible does not apply.	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Limited to 1 exam / 12 months
	Children's glasses	No charge	Shared with In- Network	Members age 19 and over limited to \$600 / 12 months; Members under age 19 limited to 1 pair of frames and lenses / year or contact lenses covered at 50% coinsurance
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
• Cosmetic surgery • Dental care (Adult and child) • Hearing aids	• Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (20 visit limit / year) • Bariatric surgery	• Children's glasses • Chiropractic care (20 visit limit / year)	• Routine eye care (Adult)

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 shown in the chart below. 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, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov .
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this [plan](#) provide Minimum Essential Coverage? Yes

[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? Yes

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](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Peg would pay is	\$120

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$600

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (x-ray) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$200
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$400

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

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 of Washington



KAISER
PERMANENTE®

Обслуговування нових учасників	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Обслуговування учасників	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
Психіатрична допомога	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
Телефон гарячої лінії медичного консультування	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
Допомога з мовного питання для учасників	1-888-901-4636	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
Прогну (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.