



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



**Sonja T.
Помощник, Рентон**

2026-2027 гг.

Руководство по медицинскому страхованию

**Изучите ваши возможности
и дальнейшие шаги.**

Позвоните по телефону 1-877-606-6705, если у вас есть вопросы или вам нужна помощь при подаче 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
ភាសាបស់អ្នក។

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 seymiska daryeelka
saafimaadka 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/hc

Помощники приходят каждый день, чтобы заботиться о других, и вы тоже заслуживаете заботы и поддержки.

Наша цель — сделать высококачественное и недорогое медицинское обслуживание более доступным для вас, чтобы вы могли сосредоточиться на своем здоровье, своей семье и той важной работе, которую вы выполняете.

Это руководство поможет вам разобраться в ваших вариантах страхового покрытия и шагах по подаче заявки. Мы гордимся тем, что поддерживаем вас и ту жизненно необходимую помощь, которую вы предоставляете.

После ознакомления с вашим покрытием при медицинском страховании изучите другие ваши льготы помощника. От возможностей обучения и пенсионных льгот до бесплатной обуви с нескользящей подошвой и подбора рабочих мест через Carina — эти льготы созданы для вашей поддержки. Посетите страницу myseiu.be/bg, чтобы узнать больше.



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

Пошаговая инструкция для подачи заявки на получение страхового покрытия

1) Узнайте больше о вашем страховом покрытии

- Изучите варианты покрытия и сведения о плане, чтобы узнать о собственных расходах на рецептурные препараты, лечение и популярные услуги.
- Проверьте сведения о правомочности на странице 5, чтобы узнать, имеете ли вы право на получение льгот.
- Выберите вариант покрытия и стоматологический план.

2) Подготовьтесь к подаче заявки

- Соберите информацию. Для подачи заявки вам понадобится ваш номер социального страхования и имя работодателя.
- Coverage for Kids (Страхование для детей). Соберите документы для подтверждения связи с иждивенцем. Подробности и инструкции см. на сайте myseiu.be/cfk.

3) Создайте учетную запись для страховых льгот по медицинскому обслуживанию

- Узнайте, как создать учетную запись, на сайте myseiu.be/hba. Ваша учетная запись управляется MagnaCare, администратором ваших льгот по медицинскому обслуживанию. В настоящее время учетные записи доступны на английском языке. Если вам нужна помощь или языковая поддержка, позвоните по телефону 1-877-606-6705.

4) Отправьте заявку

- Заполните заявку до истечения установленного срока на сайте myseiu.be/magnacare или отправьте почтой. Подробнее на стр. 5.
- Coverage for Kids (Страхование для детей). Подайте документы для подтверждения связи с иждивенцем при подаче заявки. Узнайте, как подать документы, на сайте myseiu.be/cfk.

Вы получите подтверждающее письмо о получении заявки по электронной почте в течение 1 дня, а решение о предоставлении покрытия — по электронной почте в течение 30 дней. В противном случае позвоните по телефону 1-877-606-6705.



После рождения второго ребенка Dani зарегистрировала обоих детей в программе Coverage for Kids (Страхование для детей), похвалив «отличные тарифы», которые помогают ее семье ежемесячно экономить.

Dani R.
Помощник, Асотин

Варианты покрытий при медицинском страховании

Получите качественное медицинское страховое покрытие всего за \$25 в месяц. Вы можете выбрать страхование только для себя или добавить Coverage for Kids (Страхование для детей) для ваших детей-иждивенцев.

Вариант 1



Индивидуальное страховое покрытие: медицинские и стоматологические услуги

\$25 в месяц

Ежемесячная совместная премия

Получите медицинскую и стоматологическую страховку для себя всего за \$25 в месяц.

Ежемесячная совместная премия: сумма, которую вы платите каждый месяц за свое медицинское страховое покрытие. Подробнее см. на стр. 6.

Правомочность

Отработайте 80 часов в месяц (или более).

Вариант 2



Индивидуальное страховое покрытие + Coverage for Kids (Страхование для детей): медицинские и стоматологические услуги

\$125 в месяц

Ежемесячная совместная премия

Получите медицинскую и стоматологическую страховку для вас и ваших детей всего за \$125 в месяц.

Стоимость не зависит от количества детей!

Вы можете добавить соответствующих требованиям детей-иждивенцев до 26 лет, включая биологических, приемных, пасынков, падчериц и детей сожителей.

Правомочность

Отработайте 120 часов в месяц (или более).

Вариант 3



Индивидуальное страховое покрытие + Coverage for Kids (Страхование для детей): только стоматологические услуги

\$35 в месяц

Ежемесячная совместная премия

Получите медицинскую и стоматологическую страховку для себя, а также стоматологическую страховку для ваших детей всего за \$35 в месяц.

Льготы покрытия при медицинском страховании

Бесплатные приемы первичной медицинской помощи

Прием врача первичной медицинской помощи для оздоровления или лечения бесплатный. Доступна также виртуальная медицинская помощь, чтобы вы могли получать уход у себя дома.

Анализы и дополнительные услуги могут быть платными.

Скорая и экстренная помощь

В покрытие вашего плана входят скорая помощь и визиты в отделение неотложной помощи. Неотложная помощь — это удобный вариант для неэкстренных проблем, когда ваш врач недоступен. За экстренной помощью следует обращаться при серьезных или угрожающих жизни состояниях.

Рецептурные препараты

У вас есть доступ к широкому спектру рецептурных препаратов, включая удобные варианты заказа по почте с доставкой на дом.

Психическое здоровье

Ваше покрытие включает профессиональную поддержку психического здоровья, медикаментозную терапию, групповую терапию и процедуры альтернативной медицины, а также доступ к приложениям и программам для заботы о себе.

Наставник и программы по оздоровлению

Получите персональную помощь для управления хроническими заболеваниями и улучшения общего состояния здоровья. Ваш план включает наставника по оздоровлению, рекомендации от группы ухода и инструменты для отслеживания своего прогресса.

Массаж и мануальная терапия

Недорогие программы физиотерапии, массажа, мануальной терапии, иглоукалывания и виртуального оздоровления.

Офтальмологическое обслуживание

Офтальмологическое покрытие от VSP включает обычное обследование глаз, скидку на очки или контактные линзы и доступ к обширной сети специалистов по зрению.

Сурдологическое обслуживание

В рамках услуг EPIC Hearing вы и ваши дети можете пройти обследование слуха и получить поддержку по слуховым аппаратам через поставщиков услуг в пределах сети.

Планирование семьи, репродуктивное здоровье и уход в период среднего возраста

С Prognity вы получаете льготы на каждом этапе своей жизни — от лечения бесплодия и планирования семьи до беременности, послеродового периода и менопаузы. Получите покрытие новейших методов лечения, индивидуальную поддержку и очную или виртуальную медицинскую помощь.

Полный список льгот см. в сведениях о плане.

В нем содержится полная информация о ваших медицинских и стоматологических планах, включая собственные расходы и покрытие рецептурных препаратов, приемов врачей и лечебных процедур.

Deborah нуждалась в операции на открытом сердце, которая без страхового покрытия обошлась бы в сотни тысяч долларов. Ей почти не пришлось беспокоиться о расходах, и она признается: «Я смогла сосредоточиться на себе и своем выздоровлении».

Deborah M.
Помощник, Ванкувер





Melissa E.
Помощник, СिएТл

Варианты планов стоматологического обслуживания

Стоматологическое обслуживание включено в ваше медицинское страховое покрытие. Используйте таблицу для сравнения планов и выберите план, который подходит именно вам.

	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
Ежегодный максимум льгот	\$5 000	Нет
Вычитаемая франшиза	\$0	\$0
Плановые осмотры	Полное покрытие	Полное покрытие
Ортодонтические льготы	Да	Да
Сеть поставщика услуг	Delta Dental — это широкая сеть поставщиков с охватом сельских районов. Чтобы получить максимальную выгоду от ваших льгот, найдите стоматолога Delta Dental PPO.	У Willamette Dental множество филиалов в западном Вашингтоне, что облегчает поиск стоматолога Willamette вдоль коридора I-5.
Найдите ближайшего стоматолога	deltadentalwa.com/fad/search Для фильтрации результатов поиска выберите «Delta Dental PPO».	locations.willamettedental.com Введите в строку поиска свой почтовый индекс.
Подробная информация	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette

Вопросы и ответы о медицинском страховом покрытии

Как получить право на индивидуальное страховое покрытие?

Чтобы получить право на индивидуальное страховое покрытие, вы должны в течение 2 месяцев подряд отработать **не менее 80 оплачиваемых часов в месяц**.

Как подать заявку?

Подайте заявку на сайте myseiu.be/magnacare.

Если вы получили Health Benefits Application (Заявку на получение страховых льгот по медицинскому обслуживанию), вы можете отправить заполненную заявку по почте или по факсу на адрес или номер факса, указанный в заявке. Необходимо оплатить почтовые расходы.

Вы получите подтверждающее письмо о получении заявки по электронной почте в течение 1 дня, а решение о предоставлении покрытия — письмом или по электронной почте в течение 30 дней. В противном случае позвоните по телефону 1-877-606-6705.

Когда подавать заявку?

Подать заявку на страховое покрытие можно 3 раза:

- 1. Первоначальная правомочность:** в течение 60 дней с даты, указанной в ваших новых регистрационных материалах. Первоначальная правомочность — первичное получение права на страховое покрытие.
- 2. Open Enrollment (Ежегодная регистрация на получение медицинского страхования):** с 1 по 20 июля каждого года. **Если вы уже зарегистрированы, ваше покрытие автоматически продлевается, никаких действий не требуется**, если только вы не хотите внести изменения.
- 3. Qualifying Life Event (Установленное жизненное событие, QLE):** в течение 30 дней с наступления QLE, которое меняет ваши потребности в медицинском страховании. Примерами QLE являются усыновление ребенка, потеря другого покрытия при медицинском страховании или развод. Подробная информация представлена на сайте myseiu.be/qlc.

Еще не получили права? Вы все равно можете подать заявку в период Open Enrollment (Ежегодной регистрации на получение медицинского страхования).

Подайте заявку*, и ваше индивидуальное покрытие начнет действовать, когда вы отработаете не менее 80 часов в месяц. Действие Coverage for Kids (Страхования для детей) начнется, когда вы отработаете 120 часов в месяц.

* Если в настоящее время вы не работаете 80 или более часов в месяц, вы не можете заполнить заявку онлайн. Запросите копию формы заявки, отправив письмо по адресу: SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Как получить право на Coverage for Kids (Страхование для детей)?

Чтобы получить право на Coverage for Kids (Страхование для детей), вы должны работать **не менее 120 оплачиваемых часов в месяц**.

Кого можно добавить в Coverage for Kids (Страхование для детей)?

Вы можете добавить правомочных детей (до достижения ими 26 лет). К правомочным детям-иждивенцам относятся биологические дети, приемные дети, пасынки/падчерицы и дети вашего сожителя.

Они регистрируются в том же плане, что и вы, и зарегистрировать их можно только вместе с 1 (одним) помощником. Страховое покрытие может координироваться с внешними планами. Для получения дополнительной информации позвоните по номеру 1-877-606-6705.

Как добавить Coverage for Kids (Страхование для детей)?

- 1. Заполните раздел «Coverage for Kids (Страхование для детей)»** в онлайн- или печатной версии заявки.
 - 2. Выберите вариант покрытия:** медицинское и стоматологическое или только стоматологическое.
 - 3. Предоставьте документ(-ы) для подтверждения связи с иждивенцем** вместе с заявкой или в течение 60 дней с момента подачи заявки**. Примеры принимаемых документов включают копии свидетельств о рождении государственного образца и налоговые декларации, в которых перечислены иждивенцы, которых вы хотите добавить в свое покрытие.
- ** Подтверждение связи с иждивенцем необходимо при первичной регистрации детей. Вам не нужно повторно подавать ранее проверенные документы, если это не запрашивается.

Подробнее см. на сайте myseiu.be/cfk.

- Как подать заявку на Coverage for Kids (Страхование для детей).
- Кого вы можете добавить в покрытие.
- Отправка документов для подтверждения связи с иждивенцем.



Sandra C.
Помощник, Кенневик

Когда начнет действовать покрытие?

Open Enrollment (Ежегодная регистрация на получение медицинского страхования). Подайте заявку или внесите изменения до 20 июля для начала действия покрытия с 1 августа.

Первоначальная правомочность и Qualifying Life Event (Установленное жизненное событие). Покрытие начинает действовать 1-го числа следующего месяца после получения и обработки вашей заявки, что занимает около 2 недель. Например, если заполненная заявка получена:

- до 15 марта, покрытие начнет действовать с 1 апреля.
- в период с 16 по 31 марта, покрытие начнет действовать с 1 мая.

Coverage for Kids (Страхование для детей) не может начать действие до тех пор, пока не будет получено и обработано подтверждение вашей связи с иждивенцем.

Как вносить ежемесячную совместную премию?

Ваш работодатель автоматически вычитает из вашей зарплаты ежемесячную совместную премию (сумму, которую вы платите каждый месяц). Если ваш работодатель не может произвести вычет, вы получите по обычной или электронной почте письмо о самостоятельной оплате, в котором вам будет предложено перечислить совместную премию. Вы можете платить чеком или через свою учетную запись для управления медицинскими льготами.

Помощники CDWA: первый ежемесячный платеж вы вносите самостоятельно.

Как отработанные часы влияют на страховое покрытие?

Если вы зарегистрированы в страховом плане, то отработанные вами часы за один месяц определяют ваш статус страхового покрытия через 2 месяца. Например, часы работы в январе определяют страховое покрытие в марте.

Месяц работы	Месяц покрытия
ЯНВАРЬ →	МАРТ
ФЕВРАЛЬ →	АПРЕЛЬ
МАРТ →	МАЙ
АПРЕЛЬ →	ИЮНЬ
МАЙ →	ИЮЛЬ
ИЮНЬ →	АВГУСТ
ИЮЛЬ →	СЕНТЯБРЬ
АВГУСТ →	ОКТАБРЬ
СЕНТЯБРЬ →	НОЯБРЬ
ОКТАБРЬ →	ДЕКАБРЬ
НОЯБРЬ →	ЯНВАРЬ
ДЕКАБРЬ →	ФЕВРАЛЬ

Оплачиваемые часы, отработанные в этом месяце.

Определяют страховое покрытие в этом месяце.

Как прекратить действие покрытия?

Чтобы прекратить действие покрытия для себя или своих детей, отправьте Waive Coverage Form (Форму отказа от страхового покрытия). Если форма получена до 15-го числа, покрытие заканчивается 1-го числа следующего месяца. Если форма получена после 15-го числа, покрытие заканчивается 1-го числа месяца, который идет за следующим месяцем.

Важно! Вы можете повторно зарегистрироваться только в период Open Enrollment (Ежегодной регистрации на получение медицинского страхования) или после Qualifying Life Event (Установленного жизненного события). Отказы, полученные до 1 июля, обнуляются во время Open Enrollment (Ежегодной регистрации на получение медицинского страхования). Чтобы сохранить статус отказа, вам нужно направить новую Waive Coverage (Форму отказа от страхового покрытия). Если у вас было покрытие в течение последних 12 месяцев, вы будете автоматически повторно зарегистрированы, если только вы не отправите новый отказ.

Что если я не отработаю достаточное количество часов?

Льготные месяцы предоставляют возможность ежегодно продлевать действие медицинского страхования на один месяц не более 2 раз в год. Это позволяет вам и вашим иждивенцам сохранить страховое покрытие, если вы не можете отработать требуемое количество часов. Узнайте больше на странице myseiu.be/gm.

При потере покрытия вам будет предоставлена информация о COBRA, чтобы вы могли продолжить действие покрытия за ежемесячную плату. Если вы прекращаете работу помощником, проверьте свое право на бесплатное страховое покрытие Washington Apple Health или посетите сайт wahealthplanfinder.org.

Работайте больше часов для сохранения покрытия.

Если вам нужно больше рабочих часов, чтобы получить или сохранить покрытие, воспользуйтесь бесплатной льготой по подбору рабочих мест — сайтом Carina.org, который поможет вам найти больше клиентов.



Patrick M.
Помощник, г. Пьюаллуп



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**

Получите поддержку

с ответами на вопросы о медицинском страховом покрытии, ваших правах на получение страхования, процессе подачи заявки и т. д.

Отдел обслуживания клиентов доступен с понедельника по пятницу, 8:00–18:00.

1-877-606-6705

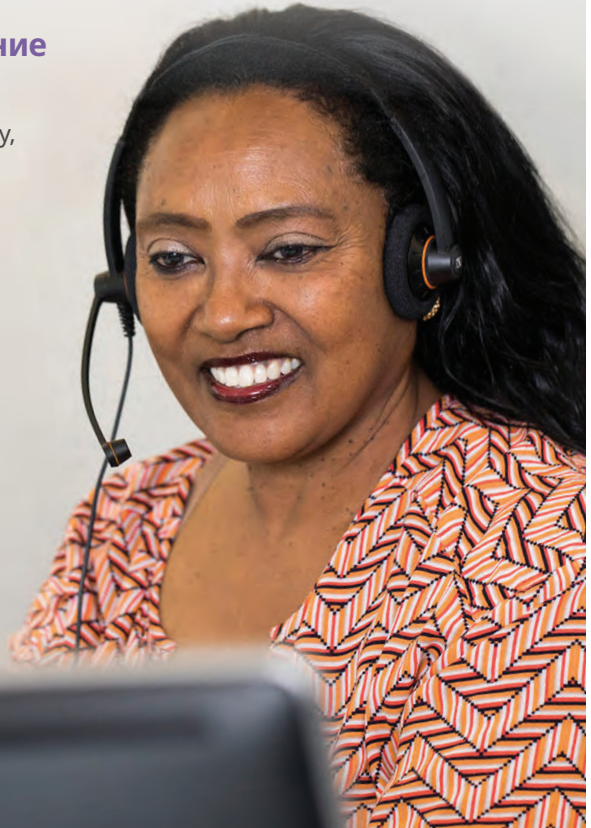
Доступна языковая поддержка.

Помощь в чате в режиме реального времени

Войдите на сайт myseiu.be/magnacare для получения поддержки в чате.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Не можете связаться с отделом обслуживания клиентов в рабочее время? Напишите письмо по электронной почте и получите ответ в течение 2 рабочих дней.



Изучите основные термины страхования

Узнайте значения основных терминов, чтобы лучше разбираться в особенностях своего покрытия.

myseiu.be/hc-terms

Подробнее о программе Coverage for Kids (Страхование для детей)

Узнайте, как подать и заполнить заявку.

myseiu.be/cfk

Пользуйтесь учетной записью для управления медицинскими страховыми льготами

Узнайте, как создать учетную запись и подать онлайн-заявку на страховое покрытие.

myseiu.be/hba



Caregiver Kicks: бесплатная обувь для помощников

Доступны более 90 моделей от Reebok до Sketchers. Caregiver Kicks — это обувь с нескользящей подошвой, разработанная для повышения безопасности и комфорта на работе. Правомочные помощники могут бесплатно получать одну пару каждый год!

myseiu.be/kicks

2026–2027

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Сведения о плане



В брошюре содержатся важные документы, которые помогут вам больше узнать о вашем медицинском страховом покрытии.

Сводка существенных изменений (SMM)

Здесь перечислены обновления и исправления, внесенные в ваш план с 1 августа 2026 года.

Краткое описание плана медицинского и стоматологического обслуживания

Короткий и понятный обзор ваших льгот по плану медицинского и стоматологического страхования, составленный SEIU 775 Benefits Group.

Резюме по льготам и покрытию (SBC)

Подробное описание вашего плана, включающее следующую информацию:

- Как покрываются обычные медицинские потребности и выписанные лекарства (посещения врача, лабораторные анализы, лечение диабета и т. д.).
- Что именно оплачиваете вы, и что оплачивает ваш страховой план (вычитаемая франшиза, доплаты, совместное страхование).
- Что включено, а что нет (ограничения и исключения из страхового покрытия).

Материалы по плану

Контактные номера телефонов и веб-сайты для зарегистрированных участников.

У вас есть право на участие в плане медицинского страхования Aetna. Этот план начинает действовать с 1 августа 2026 года по 31 июля 2027 года.

Чтобы получить дополнительную информацию о резюме по льготам и покрытию (SBC) или задать другие вопросы о страховом покрытии, обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по вопросам медицинских льгот по номеру:

1-877-606-6705

с понедельника по пятницу, с 08:00 до 18:00.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Сводка существенных изменений и сокращений

в плане медицинского страхования, предоставляемом фондом SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust для индивидуальных поставщиков услуг (IP), работающих на Consumer Direct of Washington (CDWA), и поставщиков услуг через агентство (AP)

Настоящая сводка существенных изменений (далее — «SMM») изменяет некоторую информацию, включенную в Основное содержание плана (далее — «SPD»), которое относится к покрытию при медицинском страховании по плану обслуживания (далее — «План») и описывает План на дату 1 августа 2026 года.

Начиная с 1 августа 2026 года льготы по плану и правила правомочности на медицинское страховое покрытие будут изменены. AP и IP следует знать о следующем расширении льгот:

- VSP Vision Care станет вашим новым поставщиком услуг по плановым офтальмологическим обследованиям, включая проверку зрения, приобретение оборудования и контактных линз.
- Долларовый лимит на льготы для слуховых аппаратов EPIC снят.
- Вы сможете получить запас препаратов гормональной терапии или противозачаточных препаратов на срок до 12 месяцев за один раз.

Настоящая сводка существенных сокращений (далее — «SMR») изменяет некоторую информацию, включенную в Основное содержание плана (далее — «SPD»), которое относится к покрытию при медицинском страховании по плану обслуживания (далее — «План») и описывает План на дату 1 августа 2026 года.

Начиная с 1 августа 2026 года льготы по плану и правила правомочности на медицинское страховое покрытие будут изменены. AP и IP следует знать о следующем:

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust больше не будет предоставлять услуги через Headspace.

Для получения дополнительной информации об этих изменениях обращайтесь в отдел обслуживания по телефону 1-877-606-6705 с (понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00) или пишите по адресу: SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Это краткое изложение льгот, предоставляемых SEIU 775 Benefits Group. ЭТО НЕ ДОГОВОР И НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ. Все описания льгот, включая альтернативную медицину, приводятся для необходимых медицинских услуг. С участника будет взиматься меньшая из двух сумм: совместное покрытие затрат на покрываемую услугу или фактическая плата за эту услугу. Полные условия покрытия, включая ограничения, см. в вашем свидетельстве о страховом покрытии.

Льготы	Сеть предпочтительного поставщика услуг	Не относящиеся к сети предпочтительного поставщика услуг
Вычитаемая франшиза плана	Нет ежегодной вычитаемой франшизы	Индивидуальная вычитаемая франшиза: \$500 за календарный год Семейная вычитаемая франшиза: \$1 000 за календарный год
Перенос индивидуальной вычитаемой франшизы	Не применимо	Применяется перенос за 4-й квартал
План страхования с участием страхователя в оплате	Не применимо	По плану оплачивается 80 %, вы платите 20 % одобренной суммы.
Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания	Предел собственных расходов на оплату покрываемого медицинского обслуживания: Индивидуальный: \$800 Семейный: \$1 600 Предел собственных расходов на оплату покрываемых рецептурных препаратов: Индивидуальный: \$400 Семейный: \$800 Собственные издержки на оплату следующих покрываемых услуг включены в предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания. Все совместные покрытия затрат на покрываемые услуги.	Входит в общую льготу в пределах сети
Период ожидания при изначально имеющемся состоянии (ПЕС)	Нет	Аналогично сети предпочтительного поставщика услуг
Максимум за весь срок обслуживания	Нет	Аналогично максимуму при обращении к предпочтительному поставщику услуг
Амбулаторное обслуживание (посещения кабинета)	Доплата — \$15. Если вы назначите врача первичной медицинской помощи на веб-сайте Aetna, за все посещения этого врача будет взиматься доплата в размере \$0.	Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Экстренная помощь	Доплата — \$15	Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Больничное обслуживание	Услуги, оказываемые в стационаре: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторная хирургия: Доплата — \$50	Услуги, оказываемые в стационаре: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование. Амбулаторная хирургия: Доплата — \$50, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Рецептурные препараты (некоторые инъекционные лекарственные препараты могут покрываться в рамках амбулаторного обслуживания)	По стоимости / предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) / неpreferred препарат (уровень 3). Доплата — \$4 / \$8 / \$25 / \$50 Инсулин. Предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) / неpreferred препарат (уровень 3). Доплата — \$0 / \$0 / \$25 Ингаляторы и шприц-ручки: предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) / неpreferred препарат (уровень 3). Доплата — \$8 / \$25 / \$35	Предпочтительный непатентованный препарат / предпочтительный оригинальный препарат / неpreferred препарат. Доплата — \$13 / \$30 / \$55 Инсулин. Предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) / неpreferred препарат (уровень 3). Доплата — \$13 / \$30 / \$35 Ингаляторы и шприц-ручки: Предпочтительный непатентованный препарат / предпочтительный оригинальный препарат / неpreferred препарат. Доплата — \$13 / \$30 / \$35
Заказ рецептурных препаратов по почте	2 совместных покрытия затрат на назначенное лечение за количество на 90 дней	Не покрывается
Иглоукалывание	20 посещений за календарный год, доплата — \$0	Учитывается в максимуме посещений предпочтительного поставщика услуг Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование

Льготы	Сеть предпочтительного поставщика услуг	Не относящиеся к сети предпочтительного поставщика услуг
Служба скорой медицинской помощи	Доплата — \$200	Аналогично льготе при обращении к предпочтительному поставщику услуг
Химическая зависимость	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$0	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование Амбулаторные: Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Изделия, оборудование и расходные материалы <ul style="list-style-type: none">• Медицинские изделия длительного пользования• Ортопедические приспособления• Бюстгалтеры для использования после удаления молочной железы ограничены двумя (2) каждые шесть (6) месяцев• Материалы для ухода за стомой• Протезные приспособления	Покрытие в размере 100 %	Покрытие в размере 50 %, применяется вычитаемая франшиза
Материалы для диабетиков	Инсулин, иглы, шприцы, ланцеты — см. «Рецептурные препараты». Внешние инсулиновые помпы, глюкометры, реактивы для анализов и расходные материалы — см. «Изделия, оборудование и расходные материалы». При покрытии статьи «Изделия, оборудование и расходные материалы» или «Рецептурные препараты» с предельными размерами льгот материалы для диабетиков этими предельными размерами не ограничиваются.	Инсулин, иглы, шприцы, ланцеты — см. «Рецептурные препараты». Внешние инсулиновые помпы, глюкометры, реактивы для анализов и расходные материалы — см. «Изделия, оборудование и расходные материалы». При покрытии статьи «Изделия, оборудование и расходные материалы» или «Рецептурные препараты» с предельными размерами льгот материалы для диабетиков этими предельными размерами не ограничиваются.
Диагностическая лаборатория и рентгеновские исследования	Стационарные: Покрытие по статье «Больничное обслуживание» Амбулаторные: Полное покрытие	Стационарные: Покрытие по статье «Больничное обслуживание» Амбулаторные: Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование
Экстренные службы (при госпитализации доплата не требуется)	Доплата — \$200	Доплата — \$200
Обследование слуха (плановое)	Доплата — \$15	Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Аппаратные компоненты слуховых аппаратов	Покрытие в рамках отдельной льготы: услуги EPIC Hearing. Без ограничений на каждое ухо каждые 3 года для покрытия стоимости слухового аппарата. Узнайте больше на странице myseiu.be/epic .	Покрытие в рамках отдельной льготы: услуги EPIC Hearing. Без ограничений на каждое ухо каждые 3 года для покрытия стоимости слухового аппарата. Узнайте больше на странице myseiu.be/epic .
Услуги медицинской помощи на дому	Полное покрытие до 130 посещений за календарный год	Учитывается в максимуме посещений предпочтительного поставщика услуг. Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Услуги хосписа	Полное покрытие	Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Услуги по лечению бесплодия	Покрытие в рамках отдельной льготы: лечение бесплодия и планирование семьи по программе Progyny. 2+1 единицы Smart Cycle помогают участникам пройти путь по лечению бесплодия и созданию семьи. Узнайте больше на странице myseiu.be/progyny .	Не покрывается
Мануальная терапия	Покрывается до 20 посещений за календарный год без предварительного разрешения Доплата — \$0	Предельное число посещений входит в общую льготу в пределах сети Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Услуги массажа	Доплата — \$15 (20 посещений за календарный год)	Учитывается в максимуме посещений предпочтительного поставщика услуг Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Услуги по ведению беременности	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$15. Обычный медицинский осмотр не предусматривает доплату за амбулаторное обслуживание.	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование. Амбулаторные: Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование. Обычный медицинский осмотр не предусматривает доплату за амбулаторное обслуживание.

Льготы	Сеть предпочтительного поставщика услуг	Не относящиеся к сети предпочтительного поставщика услуг
Психическое здоровье	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$0	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование Амбулаторные: Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Натуропатия	Доплата — \$0. Неограниченное число посещений за календарный год.	Учитывается в максимуме посещений предпочтительного поставщика услуг Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование
Услуги для новорожденных	Пребывание в больнице после рождения: См. «Больничное обслуживание»; «Посещение кабинета»: См. «Амбулаторное обслуживание»; «Обычный медицинский осмотр»: См. «Профилактика». Любое применяемое совместное покрытие затрат на услуги для новорожденных считается отдельно от покрытия для матери.	Пребывание в больнице после рождения: См. «Больничное обслуживание»; «Посещение кабинета»: См. «Амбулаторное обслуживание»; «Обычный медицинский осмотр»: См. «Профилактика». Любое применяемое совместное покрытие затрат на услуги для новорожденных считается отдельно от покрытия для матери.
Хирургические вмешательства, связанные с наличием ожирения (бариатрические)	Покрывается с совместным покрытием затрат при выполнении медицинских критериев	Не покрывается
Трансплантация органов	Не ограничено, нет периода ожидания Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$15	Не покрывается
Профилактика (Физическая профилактика, иммунизация, осмотр с цитологическим мазком, маммограммы)	Полное покрытие Услуги по профилактике для женщин (включая противозачаточные лекарственные препараты и устройства, а также стерилизацию) покрываются полностью.	Не покрывается Услуги по профилактике для женщин (включая противозачаточные лекарственные препараты и устройства, а также стерилизацию) покрываются с учетом применимого на тот момент совместного покрытия затрат на профилактику и максимумов для льгот. Обычные маммограммы: Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование
Услуги по реабилитации (Посещения для прохождения реабилитации входят в общую льготу для комплексного лечения в течение календарного года)	Стационарные: 60 дней за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено. Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: 60 посещений за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено. Доплата — \$15	Стационарные: Предельное число дней входит в общий предел для предпочтительного поставщика услуг. Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование Амбулаторные: Предельное число посещений входит в общий предел для предпочтительного поставщика услуг. Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Учреждение с квалифицированным сестринским уходом	Полное покрытие до 60 дней за календарный год	Предельное число дней входит в общую льготу при обращении к предпочтительному поставщику услуг, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Стерилизация (Вазэктомия, перевязка маточных труб)	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$15 Полное покрытие процедур женской стерилизации.	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование Амбулаторные: Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование. Полное покрытие процедур женской стерилизации с учетом применимого на тот момент совместного покрытия затрат на профилактику и максимумов для льгот.
Услуги для височно-челюстных суставов (TMJ)	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию Амбулаторные: Доплата — \$15	Стационарные: Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование Амбулаторные: Доплата — \$15, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.
Консультации по отказу от потребления табака	Программа Quit for Life — полное покрытие	Действует применяемое совместное покрытие затрат
Обычный уход за зрением и линзы для оптических изделий	Покрывается в рамках отдельной льготы: VSP Vision Care. Подробнее на сайте: myseiu.be/vsp	Покрывается в рамках отдельной льготы: VSP Vision Care. Подробнее на сайте: myseiu.be/vsp

Это краткое изложение доступных льгот, которое служит только для сравнения и не является договором. После регистрации для участия в плане вы получите доступ к своей брошюре о льготах, в которой содержится более подробная информация о плане Delta Dental PPO. Звоните в отдел обслуживания клиентов Delta Dental по телефону **1-800-554-1907** или посетите веб-сайт **DeltaDentalWA.com**, если у вас есть какие-либо вопросы.

Период предоставления льгот:

1 января — 31 декабря

Максимальный период предоставления льгот*

(на человека; не применяется к классу I): \$5 000

Ортодонтия для взрослых и детей:

50 % при максимуме \$5 000 на человека за весь срок обслуживания

* Стоматологическая помощь, полученная у стоматологов PDA, будет покрываться полностью до максимальной суммы, составляющей \$2 000, при этом совместное страхование не применяется к Классу III — Дорогостоящие услуги.

Сеть Delta Dental

При посещении стоматолога из сети Delta Dental PPO вы можете получить дополнительные льготы. Вам также доступна сеть Delta Dental Premier® с еще более обширным выбором услуг.

Получите бесплатную зубную щетку Sonicare


Участники Delta Dental, которые впервые посещают поставщиков услуг Pacific Dental Alliance (Тихоокеанского альянса стоматологов, PDA) могут бесплатно получить зубную щетку Sonicare.

На странице представлен полный список поставщиков услуг PDA: myseiu.be/oe-pda.

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Услуги специалистов, не входящих в сеть
Вычитаемая франшиза плана за период предоставления льгот			
Не применяется к классу I и ортодонтии Услуги вне сети (\$50 на человека)	\$0	\$50	\$50
Класс I — Диагностика и профилактика			
Обследования Чистка Фторирование Рентгеновские исследования Герметизирующие материалы	100 %	80 %	80 %
Класс II — Восстановление			
Восстановление Задние комбинированные пломбы Эндодонтия (корневые каналы) Периодонтия Челюстно-лицевая хирургия	100 %	60 %	60 %
Класс III — Дорогостоящие услуги			
Зубные протезы Частичные зубные протезы Импланты Зубные мосты Коронки	80 %	40 %	40 %

Особенности			
Минимальные расходы, покрываемые из собственных средств	○		
Предъявление претензии от вашего имени	○	○	
Управление качеством и страховое покрытие расходов	○	○	

Экстренная стоматологическая помощь. Участвующие в плане поставщики услуг будут оказывать экстренную стоматологическую помощь в рабочее время. Компания обеспечит льготы на покрываемые услуги, предоставляемые участвующими поставщиками услуг при оказании экстренной стоматологической помощи. Застрахованный может получить экстренную стоматологическую помощь у не участвующего в плане поставщика услуг, если он находится на расстоянии более 50 миль от офиса участвующего поставщика услуг.

Страхование предоставляется компанией Willamette Dental of Washington, Inc. Этот план включает широкий спектр услуг. В списке ниже описаны наиболее распространенные процедуры, покрываемые вашим планом. Чтобы узнать подробнее, звоните по номеру **1-855-433-6825** или посетите веб-сайт **myseiu.be/oe-willamette**. Список ограничений и исключений можно найти на сайте **myseiu.be/willamette-exclusions**.

Льготы	Доплата
Ежегодный максимум	Нет ежегодного максимума*
Вычитаемая франшиза	Нет вычитаемой франшизы
Посещение кабинета врача-стоматолога и ортодонта	Нет доплаты за посещение
Диагностика и профилактические услуги	
Регулярные и неотложные осмотры, рентген, чистка зубов, лечение фтором, герметики (для каждого зуба), скрининг рака головы и шеи, инструкция по гигиене полости рта, пародонтальное картирование, периодонтальная оценка	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Восстановительная стоматология	
Пломбировочный материал (амальгама)	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Металлокерамическая коронка	Вы доплачиваете \$250
Зубопротезирование	
Полный верхне- или нижнечелюстной зубной протез	Вы доплачиваете \$400
Мост (за 1 зуб)	Вы доплачиваете \$250
Эндодонтия и периодонтия	
Лечение корневого канала — передний зуб	Вы доплачиваете \$85
Лечение корневого канала — малый коренной зуб	Вы доплачиваете \$105
Лечение корневого канала — большой коренной зуб	Вы доплачиваете \$130
Частичное (по квадрантам) хирургическое удаление кости	Вы доплачиваете \$150
Выравнивание поверхности корней (по квадрантам)	Вы доплачиваете \$75
Челюстно-лицевая хирургия	
Обычное удаление (один зуб)	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Хирургическое удаление	Вы доплачиваете \$100
Ортодонтическое лечение	
Предортодонтическая подготовка	Вы доплачиваете \$150**
Комплексная ортодонтическая помощь	Вы доплачиваете \$1 500
Стоматологические импланты	
Имплантация зубов	Максимальная льгота на имплантацию составляет \$1 500 за календарный год
Прочее	
Местное обезболивание	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Оплата услуг зуботехнической лаборатории	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Оксид азота	Вы доплачиваете \$40
Визит к специалисту	Вы доплачиваете \$30 за посещение
Страховое возмещение за услуги экстренной медицинской помощи вне обслуживаемой территории	Вы оплачиваете стоимость услуг за вычетом \$250

*TMJ: ежегодный максимум — \$1 000 / максимум за весь срок обслуживания — \$5 000

Доплата учитывается в качестве доплаты за комплексное ортодонтическое лечение, если пациент соглашается с планом лечения. **Экстренная стоматологическая помощь. Участвующие в плане поставщики услуг будут оказывать экстренную стоматологическую помощь в рабочее время. Компания обеспечит льготы на покрываемые услуги, предоставляемые участвующими поставщиками услуг при оказании экстренной стоматологической помощи. Застрахованный может получить экстренную стоматологическую помощь у не участвующего в плане поставщика услуг, если он находится на расстоянии более 50 миль от офиса участвующего поставщика услуг.

Это только краткие сведения. Чтобы узнать больше о вашем новом офтальмологическом страховом покрытии, обратитесь в VSP Vision по телефону 800-785-0699.

План VSP Advantage с полным спектром услуг

Доплаты (обследования, очки)	\$0 / \$0
Частота	
Обследование	Каждые 12 месяцев
Линзы	Каждые 12 месяцев
Оправа	Каждые 12 месяцев
Преимущества обращения к сетевому поставщику услуг VSP	
Комплексное офтальмологическое обследование	Доплата \$0
Обследование для подбора контактных линз	\$0
Скрининг сетчатки	\$0
Основные офтальмологические услуги	Входят в покрытие медицинского плана. В зависимости от размера финансирования визитов к врачу
Линзы	
Монофокальные линзы	Включено в покрытие
Бифокальные с разделительной линией	Включено в покрытие
Трифокальные с разделительной линией	Включено в покрытие
Скидки*	
Розничная скидка на оправу	\$250
Скидка на оправу брендов из подборки	\$270
Оправа, эквивалентная оправе Costco	\$250
Контактные линзы по выбору Вместо линз или оправы	\$600
Дополнительные улучшения линз (оплачиваются из собственных средств)	
Поликарбонат	Включено в покрытие
Антибликовое покрытие	Доплата \$40
Защитное покрытие от царапин и УФ-излучения	Включено в покрытие
С высоким индексом преломления	Включено в покрытие
Фотохромные линзы	Включено в покрытие
Стандартные прогрессивные линзы	Включено в покрытие
Прогрессивные линзы: индивидуальные или премиум-уровня	Доплата \$55
Все остальные улучшения линз со скидкой	30 %

Скидки при обращении к поставщику услуг вне сети VSP

Обследование	\$45
Монофокальные линзы	\$30
Бифокальные линзы	\$50
Трифокальные линзы	\$65
Лентикулярные линзы	\$100
Прогрессивные линзы	\$50
Оправа	\$70
Контактные линзы по выбору Вместо линз или оправы	\$105



Краткое описание страхового покрытия (SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC объясняется, какую часть стоимости покрываемых медицинских услуг будете оплачивать вы, а какую — план. **ПРИМЕЧАНИЕ.** Информация о стоимости этого плана (называемой страховым взносом) будет предоставлена отдельно. Это лишь краткое описание. Для получения более подробной информации о страховом покрытии или документа с полным описанием условий его предоставления посетите сайт www.HealthReformPlanSBC.com либо позвоните по телефону 1-800-370-4526. Определения распространенных терминов, таких как разрешенная сумма, компенсация разницы, доля стоимости, доплата, франшиза, поставщик услуг, а также других подчеркнутых терминов можно найти в Глоссарии. Вы можете ознакомиться с Глоссарием на сайте <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> или заказать его экземпляр, позвонив по телефону 1-800-370-4526.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u> ?	\$0. Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом: \$500 для одного человека или \$1,000 для семьи.	Как правило, вы должны полностью оплачивать услуги <u>поставщиков</u> , пока не выплатите сумму <u>франшизы</u> , прежде чем что-либо начнет платить этот <u>план</u> . Если в <u>план</u> включены другие члены вашей семьи, то каждый из них должен выплачивать свою собственную <u>франшизу</u> , пока общая сумма расходов в рамках <u>франшизы</u> , уплаченная всеми членами семьи, не достигнет общей суммы <u>франшизы</u> для семьи.
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты <u>франшизы</u> ?	Да. Экстренная медицинская помощь и <u>лекарства по рецепту</u> покрываются до выплаты <u>франшизы</u> .	Этот страховой <u>план</u> покрывает некоторые товары и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму <u>франшизы</u> . Однако может потребоваться внести <u>доплату</u> или <u>долю стоимости</u> . Например, этот <u>план</u> покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без вашего участия в оплате и до выплаты <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на странице https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Предусмотрены ли другие <u>франшизы</u> для определенных услуг?	Нет.	Вам не нужно выплачивать <u>франшизы</u> для определенных услуг.
Какова <u>максимальная сумма собственных расходов</u> в рамках этого <u>плана</u> ?	Поставщики услуг, <u>сотрудничающие с планом</u> : \$800 для одного человека или \$1,600 для семьи. Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом: \$800 для одного человека или \$1,600 для семьи. <u>Лекарства по рецепту</u> : \$400 для одного человека или \$800 для семьи.	<u>Максимальная сумма собственных расходов</u> — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить в год за услуги, покрываемые планом. Если другие члены вашей семьи также являются участниками этого <u>плана</u> , их расходы учитываются в их собственной <u>максимальной сумме собственных расходов</u> , пока не будет выплачена общая <u>максимальная сумма собственных расходов</u> на семью.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
<p>Какие расходы не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u>?</p>	<p><u>Страховые взносы</u>, суммы <u>компенсации разницы</u>, медицинское обслуживание, не покрываемое этим <u>планом</u>, и штрафы за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на услуги.</p>	<p>Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u>.</p>
<p>Будете ли вы платить меньше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, сотрудничающему с планом</u>?</p>	<p>Да. Посетите страницу www.aetna.com/docfind или позвоните по телефону 1-800-370-4526, чтобы получить список <u>поставщиков услуг, сотрудничающих с планом</u>.</p>	<p>У этого <u>плана</u> есть <u>поставщики услуг, сотрудничающие с ним</u>. Обращаясь к <u>поставщикам услуг, с которыми план сотрудничает</u>, вы платите меньше. Вы заплатите больше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с планом</u>. Кроме того, вы можете получить счет от <u>поставщика услуг</u> на разницу между взимаемой таким <u>поставщиком</u> оплатой и суммой, уплаченной вашим <u>планом</u> (<u>компенсация разницы</u>). Примите во внимание, что ваш <u>сотрудничающий с планом поставщик услуг</u> может обратиться к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с нами</u>, за определенными услугами (например, для проведения лабораторных анализов). Уточните это у своего <u>поставщика</u> перед получением услуг.</p>
<p>Требуется ли <u>направление</u> для обращения к <u>специалисту</u>?</p>	<p>Нет.</p>	<p>К выбранному вами <u>специалисту</u> можно обращаться без <u>направления</u>.</p>



Все доплаты и доли стоимости, указанные в этой таблице, применяются после выплаты вами франшизы (если франшиза предусмотрена).

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	<u>Доплата</u> \$15 за прием, за исключением услуг выбранного поставщика первичного медицинского обслуживания, за которые плата не взимается; <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$15 за прием	Плата не взимается за определенные услуги <u>сотрудничающих с планом поставщиков услуг телемедицины</u> в рамках виртуального первичного медицинского обслуживания.
	Прием <u>специалиста</u>	<u>Доплата</u> \$15 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$15 за прием	Нет
	<u>Профилактические услуги, скрининговые обследования, вакцинация</u>	Без оплаты	Не покрываются, за исключением <u>скрининговых обследований</u> на рак молочной железы, которые выполняются без оплаты	Возможно, вам придется заплатить за услуги, которые не являются профилактическими. Узнайте у своего <u>поставщика услуг</u> , являются ли нужные вам услуги профилактическими. Затем уточните, за какие услуги заплатит ваш <u>план</u> .
Анализы и обследования	<u>Диагностические обследования</u> (рентген, анализ крови)	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	Нет
	Визуализационные обследования (КТ, ПЭТ, МРТ)	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	Нет

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
<p>Получение лекарств для лечения заболевания</p> <p><u>Покрытие лекарств по рецепту предоставляется компанией Sav-RX.</u></p> <p>Более подробная информация о <u>покрытии лекарств по рецепту</u> представлена на сайте www.savrx.com.</p>	Непатентованные лекарства	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): выбранные на основании ценности лекарства — \$4 за запас на 30 дней, \$8 за запас на 60 дней, \$12 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$8 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); предпочтительные непатентованные лекарства — \$8 за запас на 30 дней, \$16 за запас на 60 дней, \$24 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$16 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: без оплаты</p>	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$13 за запас на 30 дней, \$26 за запас на 60 дней, \$39 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$13 за 1 рецепт</p>	<p>Покрывается запас лекарств на 90 дней (в розничной аптеке или при заказе по почте). Покрытие не распространяется на противозачаточные препараты и средства контрацепции, которые приобретаются в аптеке. Противозачаточные препараты для женщин не покрываются. Применяется требование поэтапного лечения. Ваши расходы будут больше, если вы выберете фирменное лекарство, а не непатентованное.</p>
	Предпочтительные фирменные лекарства	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$25 за запас на 30 дней, \$50 за запас на 60 дней, \$75 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$50 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: без оплаты</p>	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$30 за запас на 30 дней, \$60 за запас на 60 дней, \$90 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$30 за 1 рецепт</p>	

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
	Непредпочтительные фирменные лекарства	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$50 за запас на 30 дней, \$100 за запас на 60 дней, \$150 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$100 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: <u>доплата</u> \$25 за 1 рецепт	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$55 за запас на 30 дней, \$110 за запас на 60 дней, \$165 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$35 за 1 рецепт	
	<u>Специализированные лекарства</u>	Соответствующая стоимость непатентованного или фирменного лекарства, указанная выше	Соответствующая стоимость непатентованного или фирменного лекарства, указанная выше	Первый раз получить лекарство по рецепту можно в розничной аптеке или через компанию Sav-Rx Prescription Services. После этого лекарства следует получать через компанию Sav-Rx Prescription Services.
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	Нет
	Плата за услуги терапевта или хирурга	<u>Доплата</u> \$50 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$50 за прием	Нет
Срочная медицинская помощь	<u>Медицинское обслуживание в отделении экстренной помощи</u>	<u>Доплата</u> \$200 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доплата</u> \$200 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	При обращении в экстренной ситуации участие в оплате услуг поставщиков, не <u>сотрудничающих с планом</u> , такое же, как и в случае поставщиков услуг, <u>сотрудничающих с планом</u> .

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
	<u>Экстренная перевозка медицинским транспортом</u>	<u>Доплата \$200 за поездку, франшиза не применяется</u>	<u>Доплата \$200 за поездку, франшиза не применяется</u>	При обращении в экстренной ситуации участие в оплате услуг поставщиков, не <u>сотрудничающих с планом</u> , такое же, как и в случае поставщиков услуг, <u>сотрудничающих с планом</u> . Услуги транспорта в неэкстренных случаях: покрываются только при наличии предварительного разрешения.
	<u>Неотложная медицинская помощь</u>	<u>Доплата \$15 за прием, франшиза не применяется</u>	<u>Доля стоимости 20% после доплаты \$15 за прием</u>	Нет
Пребывание в больнице	Плата за услуги больницы (например, за больничную палату)	<u>Доплата \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания, франшиза не применяется; после этого без оплаты</u>	<u>Доплата \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого доля стоимости 20%</u>	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	Без оплаты	<u>Доля стоимости 20%</u>	Нет
Психиатрическая, психологическая, наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	Прием в кабинете врача и другие амбулаторные услуги: без оплаты	Прием в кабинете врача: <u>доля стоимости 20% после доплаты \$15 за прием</u> ; другие амбулаторные услуги: <u>доля стоимости 20%</u>	Нет
	Услуги в условиях стационара	<u>Доплата \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания, франшиза не применяется; после этого без оплаты</u>	<u>Доплата \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого доля стоимости 20%</u>	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	Ваше участие в оплате не предусмотрено для профилактических услуг. Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ). Может применяться штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	Принятие родов: услуги специалистов	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	
	Принятие родов: услуги учреждения	<u>Доплата</u> \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания, <u>франшиза</u> не применяется; после этого без оплаты	<u>Доплата</u> \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости</u> 20%	
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	130 посещений за календарный год. Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	<u>Услуги реабилитации</u>	<u>Доплата</u> \$15 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$15 за прием	60 посещений за календарный год (в сумме для физиотерапии, эрготерапии и логопедии, включая амбулаторные услуги больницы).
	<u>Услуги по развитию навыков</u>	<u>Доплата</u> \$15 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$15 за прием	Нет
	<u>Квалифицированный сестринский уход</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	60 дней за календарный год. Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 50%	Не более 1 единицы <u>медицинского оборудования длительного пользования</u> одинакового или сходного предназначения. Ремонт по причине ненадлежащего использования не покрывается.
	<u>Услуги хосписа</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 20%	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Обследование глаз ребенка	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается.
	Детские очки	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается.
	Осмотр полости рта ребенка	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается.

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Услуги, которые ваш план обычно НЕ покрывает (изучите свой страховой полис или документацию плана, чтобы получить более подробную информацию и список других исключенных услуг)

- Стоматологические услуги (для взрослых и детей)
- Очки (для детей)
- Слуховые аппараты
- Лечение бесплодия
- Долгосрочный уход
- Медицинская помощь, не являющаяся экстренной, за пределами США
- Частная сиделка
- Стандартные офтальмологические услуги (для взрослых и детей)
- Стандартный уход за стопами
- Программы снижения веса

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список не является исчерпывающим; см. документацию своего плана)

- Иглоукалывание: 20 посещений за календарный год для лечения заболевания, травмы или хронической боли
- Бариатрическая хирургия: только поставщики услуг, сотрудничающие с планом
- Мануальная терапия: 20 посещений за календарный год
- Косметическая хирургия: ограниченное покрытие, ознакомьтесь со страховым полисом или позвоните на номер, указанный на вашей идентификационной карте участника плана

Ваши права на продление страхового покрытия. Некоторые организации могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Их контактная информация приведена ниже.

- Если вы хотите подробнее узнать о своих правах на продление страхового покрытия, позвоните в наш план по телефону 1-800-370-4526.
- Если ваш групповой план медицинского страхования подпадает под действие Закона о пенсионном обеспечении работников (ERISA), вы также можете обратиться в Управление по вопросам страхования и социального обеспечения наемных работников (Employee Benefits Security Administration) при Департаменте труда (Department of Labor) по телефону 1-866-444-EBSA (3272) или через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- В случае групповых планов медицинского страхования, предоставленных органами власти нефедерального уровня, вы также можете обратиться в Центр информации для потребителей и страхового надзора (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services) по телефону 1-877-267-2323, доп. 61565, или через сайт www.cciio.cms.gov.

- Если страховое покрытие вы получаете в рамках церковного плана страхования, на церковные планы не распространяются правила продления страхового покрытия согласно Федеральному консолидированному закону о комплексном урегулировании бюджета (COBRA). Если страховое покрытие обеспечено, физические лица должны обратиться в регулирующий орган по страховому надзору своего штата, чтобы узнать о своих возможных правах на продление страхового покрытия в рамках законодательства штата.

Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной медицинской страховки через биржу медицинского страхования. Для получения более подробной информации о бирже медицинского страхования посетите веб-сайт www.HealthCare.gov или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу претензий и апелляций. Некоторые организации могут помочь вам, если у вас есть жалоба на свой план в связи с отклонением вашего страхового требования. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о своих правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении этого страхового требования. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по любой причине в ваш план. Для получения дополнительной информации о ваших правах и этом уведомлении, а также за помощью обращайтесь в организации, указанные ниже.

- Если ваша групповая медицинская страховка подпадает под действие закона ERISA, вы можете обратиться непосредственно в компанию Aetna, позвонив на номер для бесплатных звонков, указанный на вашей медицинской идентификационной карте, или на нашу общую линию 1-800-370-4526. Вы также можете связаться с Управлением по вопросам страхования и социального обеспечения наемных работников при Департаменте труда по телефону 1-866-444-EBSA (3272) или через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- В случае групповых планов медицинского страхования, предоставленных органами власти нефедерального уровня, вы также можете обратиться в Центр информации для потребителей и страхового надзора при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-877-267-2323, доп. 61565, или через сайт www.cciio.cms.gov.
- Кроме того, подать апелляцию вам могут помочь в программе помощи потребителям. Контактная информация доступна по ссылке <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Предоставляет ли этот план минимально необходимое страховое покрытие? Да.

Минимально необходимое страховое покрытие обычно включает страховые планы, медицинское страхование, приобретаемое через биржу медицинского страхования, или другие доступные в продаже индивидуальные страховые полисы, программы Medicare, Medicaid, TRICARE, Программу медицинского страхования детей (CHIP) и некоторые другие виды страхового покрытия. Если вы имеете право на получение некоторых видов минимально необходимого страхового покрытия, у вас может не быть права на налоговый кредит на оплату страховых взносов.

Соответствует ли этот план минимальным стандартам в отношении объема покрытия? Да.

Если ваш план не соответствует минимальным стандартам в отношении объема покрытия, вы можете иметь право на налоговый кредит на оплату страховых взносов, который поможет вам платить за страховой план, приобретенный через биржу медицинского страхования.

Примеры того, как этот план может покрывать расходы на медицинские услуги в различных случаях, см. в следующем разделе.



Это не калькулятор расходов. Это просто примеры покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового плана. Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими поставщиками услуг, и многих других факторов. Обратите внимание на суммы участия в оплате (франшизы, доплаты и доли стоимости), а также на услуги, исключенные из покрытия плана. Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам требуется оплачивать в рамках разных планов медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

Мария родила ребенка

(дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, и роды в больнице)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$15
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$100
■ Другое — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета специалиста (ведение беременности)
 Принятие родов: услуги специалистов
 Принятие родов: услуги учреждения
Диагностические обследования (УЗИ и анализы крови)
 Услуги специалиста (анестезия)

Общая стоимость лечения в примере	\$12,700
В данном примере Мария должна будет заплатить:	
<i>Участие в оплате</i>	
<u>Франшизы</u>	\$0
<u>Доплаты</u>	\$200
<u>Доля стоимости</u>	\$0
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$60
Общая сумма, которую заплатит Мария	\$260

Контроль диабета 2-го типа у Андрея

(год стандартного обслуживания в медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, по поводу хорошо контролируемого диабета)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$15
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$100
■ Другое — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета поставщика первичного медицинского обслуживания (в том числе просвещение о заболевании)
Диагностические обследования (анализы крови)
Лекарства по рецепту
Принадлежности для больных диабетом (глюкометр)

Общая стоимость лечения в примере	\$5,600
В данном примере Андрей должен будет заплатить:	
<i>Участие в оплате</i>	
<u>Франшизы</u>	\$0
<u>Доплаты</u>	\$700
<u>Доля стоимости</u>	\$0
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$20
Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$720

Простой перелом у Анны

(прием в отделении экстренной помощи, сотрудничающем с планом, и дальнейшее лечение)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$15
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$100
■ Другое — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Медицинское обслуживание в отделении экстренной помощи (включая медицинские материалы)
Диагностическое обследование (рентген)
Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)
Услуги реабилитации (физиотерапия)

Общая стоимость лечения в примере	\$2,800
В данном примере Анна должна будет заплатить:	
<i>Участие в оплате</i>	
<u>Франшизы</u>	\$0
<u>Доплаты</u>	\$500
<u>Доля стоимости</u>	\$0
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Анна	\$500

План возьмет на себя оплату всех остальных расходов на покрываемые услуги, перечисленные в данных ПРИМЕРАХ.

Вспомогательные технологии

Возможно, лица, использующие вспомогательные технологии, не смогут ознакомиться с приведенной далее информацией в полном объеме. За помощью обращайтесь по телефону 1-800-370-4526.

Смартфоны и планшеты

Чтобы просматривать наши материалы на смартфоне или планшете, необходимо бесплатное приложение WinZip. Оно может быть доступно в магазине приложений.

TTY: 711

- English -** To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.
- Amharic - የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።.
- Arabic - للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526.
- Armenian - Անվճար լեզվակախան ծառայություններից օգտվելու համար գախաբառերը 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
- Carolinian (Kapasal Falawasch) - ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-370-4526.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguâhi ni dibåtde para hâgu, âgang 1-800-370-4526.
- Chinese Traditional - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
- Cushitic-Oromo - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
- French Creole (Haitian) - Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
- German - Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
- Greek - Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
- Gujarati - તમારેકોઈ જાતના બર્થવિના ભાષાની સે વિના ઓની પછીર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.
- Hindi - आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।.
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、 1-800-370-4526 までお電話ください。
- Karen - လာတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Laotian - ຕຳອິດຂ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາເບີ 1-800-370-4526.
- Mon-Khmer, Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដៃលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
- Navajo - T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo báááh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

Краткий обзор страховых выплат и страхового покрытия: что покрывает этот план и какие суммы вы оплачиваете за услуги, на которые распространяется страховка

Период страхового покрытия: 01.08.2026 г.–31.07.2027 г.

Страхование: SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust – **возмещение медицинских расходов компанией Progyny на лечение бесплодия, наблюдение в период беременности и после родов**
Договор

Документ «Краткий обзор страховых выплат и страхового покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC содержится информация о доле распределения затрат между вами и планом за покрываемые медицинские услуги. Данные материалы являются исключительно обзорными. Для получения дополнительной информации о вашем страховом покрытии обратитесь к своему персональному тренеру Progyny по беременности и послеродовому периоду (Pregnancy and Postpartum Coach, PPC) или к консультанту Progyny по лечению бесплодия у пациентов (Fertility Patient Care Advocate, PCA) по телефону (833) 233-0517.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма страховой франшизы?	Индивидуальное страхование – 0\$ Семейное страхование – 0\$	В ваших планах Progyny нет страховой франшизы.
Есть ли у меня доплата?	Нет.	В ваших планах Progyny по лечению бесплодия и наблюдению в период беременности и после родов, нет доплаты.
Есть ли у меня совместное страхование?	Нет.	В ваших планах Progyny по лечению бесплодия и наблюдению в период беременности и после родов нет совместного страхования.
Есть ли какие-либо услуги, покрываемые страховкой до того, как вы достигнете своей страховой франшизы?	Нет.	Вы не будете платить из своего кармана за услуги Progyny по лечению бесплодия и наблюдению в период беременности и после родов. Все услуги, предоставляемые в рамках плана, являются профилактическими и не подлежат долевого участию в расходах.

<p>Предусмотрены ли другие виды страховой франшизы по конкретным услугам?</p>	<p>Нет.</p>	<p>Страховая франшиза не требуется для планов HRA компании Progyny по лечению бесплодия и наблюдению в период беременности и после родов. Все услуги, предоставляемые в рамках плана, являются профилактическими и не подлежат долевному участию в расходах.</p>
<p>Каков лимит не покрываемых страховой компанией расходов по этому плану?</p>	<p>Индивидуальное страхование – 0\$/семейное страхование – 0\$</p>	<p>В ваших планах Progyny не установлен лимит расходов страхователя на оплату покрываемого обслуживания.</p>
<p>Уменьшится ли ваша сумма оплаты, если вы будете пользоваться услугами поставщика, входящего в сеть?</p>	<p>Неприменимо.</p>	<p>Все услуги тренеров Progyny по лечению бесплодия и наблюдению в период беременности и после родов и поставщиков медицинских услуг включены в этот план. При выборе услуги тренеров, не являющихся специалистами Progyny, страховые выплаты не предусмотрены.</p>

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Исключениями являются наборы для прогнозирования овуляции в домашних условиях, услуги и принадлежности, предоставляемые поставщиками, не входящими в сеть, а также методы лечения, которые Американское общество репродуктивной медицины считает экспериментальными. Все расходы, связанные с услугами для суррогатной матери, включая, помимо прочего, плату за лабораторные анализы, не покрываются планом. Если ваш врач запрашивает услуги, не перечисленные в данном руководстве, обратитесь к своему консультанту РСА, чтобы подтвердить страховое покрытие. Некоторые услуги не попадают под страховое покрытие компании Progyny, однако они могут быть предоставлены в рамках вашего медицинского плана.

Ваши права на продление страхового покрытия: существуют агентства, которые могут помочь вам продлить ваше страховое покрытие после истечения его срока действия. Контактная информация этих агентств: HealthCare.gov – посетите веб-сайт www.HealthCare.gov или позвоните по телефону 1-800-318-2596 или на биржу медицинского страхования штата или SHOP. Вам также могут быть доступны другие варианты покрытия, включая покупку индивидуального страхового покрытия через [биржу медицинского страхования](#). Для получения более подробной информации о [бирже](#) посетите веб-сайт www.HealthCare.gov или позвоните по телефону 1-800-318- 2596.

Ваши права на подачу жалоб и апелляций: существуют агентства, которые могут помочь, если у вас есть жалоба на ваш [план](#) в связи с отказом в удовлетворении [иска](#). Такая жалоба называется [претензией](#) или [апелляцией](#). Для получения более подробной информации о ваших правах [ознакомьтесь с разъяснением](#) страховые выплаты, которые вы получите по данному медицинскому [иску](#). Документы вашего [плана](#) также содержат полную информацию о том, как подать [иск](#), [апелляцию](#), или [жалобу](#) по любой причине в ваш [план](#). Дополнительную информацию о ваших правах, настоящем уведомлении или помощи можно получить на сайтах www.dol.gov/ebsa/healthreform и <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

Предоставляет ли этот план минимальное необходимое покрытие? Неприменимо.

[Минимальное необходимое покрытие](#) обычно включает в себя [планы](#), [медицинское страхование](#), доступное через [биржу](#), или другие индивидуальные рыночные полисы, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и некоторые другие виды страхового покрытия. Если вы имеете право на определенные виды [минимального необходимого покрытия](#), вы можете не иметь права на [налоговый вычет по страховым взносам](#).

Соответствует ли этот план нормам минимальной стоимости? Неприменимо.

Если ваш [план](#) не соответствует [нормам минимальной стоимости](#), возможно, вы можете иметь право на [налоговый кредит на страховые взносы](#), который поможет вам оплатить [план](#) на [бирже](#).



УВЕДОМЛЕНИЕ НРАА О ПРАВАХ НА СПЕЦИАЛЬНУЮ РЕГИСТРАЦИЮ

Если вы отказываетесь от регистрации для себя или своих иждивенцев (включая супруга) из-за наличия другого медицинского страхования или группового медицинского страхования, вы можете зарегистрировать себя и своих иждивенцев в этом плане в случае потери вами или вашими иждивенцами права на это другое покрытие (или при прекращении работодателем внесения взносов в другое покрытие для вас или ваших иждивенцев). Однако вы должны подать запрос на регистрацию в течение 30 дней после окончания срока действия другого покрытия для вас или ваших иждивенцев (или после прекращения работодателем внесения взносов в другое покрытие).

Кроме того, если у вас появился новый иждивенец в результате заключения брака, рождения, усыновления или передачи на усыновление, вы можете зарегистрировать себя и своих иждивенцев. Однако вы должны подать заявку на регистрацию в течение 30 дней после заключения брака, рождения, усыновления или передачи на усыновление.

Если вы или ваши иждивенцы получаете право на субсидию штата на оплату страховых взносов через Medicaid или State Children's Health Insurance Program (Программу медицинского страхования детей, предоставляемую штатом) в отношении покрытия по этому плану или если вы или ваши иждивенцы теряете покрытие от Medicaid или Children's Health Insurance Program (Программы медицинского страхования детей) при потере права, вы можете зарегистрировать себя и своих иждивенцев в этом плане. Однако вы должны подать заявку на регистрацию в течение 60 дней после определения права на получение такой помощи для вас или ваших иждивенцев.

Чтобы подать заявку на специальную регистрацию или получить дополнительную информацию, обратитесь к администратору фонда:

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
Телефон: (877) 606-6705
Факс: (516) 723-7395

Важное примечание о ретроактивности (предварительном действии страхового покрытия до его предоставления)

Обратите внимание, что если вы можете выбрать продление покрытия COBRA до наступления вашего установленного жизненного события или специальную регистрацию для нового иждивенца в связи с рождением или усыновлением до даты рождения или усыновления, вы должны оплатить все обязательные взносы за все месяцы до предоставления ретроактивного страхового покрытия. Ретроактивное покрытие должно быть непрерывным с момента первичного получения права на ретроактивное покрытие. Вы можете подавать заявки на получение услуг в течение периода временного прекращения действия покрытия, но они будут отложены до внесения вами обязательных страховых взносов.

Если у вас есть вопросы о том, как эта информация относится к вам, свяжитесь с отделом обслуживания клиентов SEIU 775 по телефону (877) 606-6705.

877-606-6705
seiu775benefitsgroup.org
PO Box 24811
Seattle, WA 98124

Помощь в оплате страховых премий по Medicaid и Children's Health Insurance Program (Программе медицинского страхования детей, CHIP)

Если вы или ваши дети имеете право на участие в программах Medicaid или CHIP и право на покрытие при медицинском страховании от вашего работодателя, в вашем штате может действовать программа помощи в оплате страховых премий, которая поможет оплатить покрытие средствами программ Medicaid или CHIP. Если у вас или ваших детей нет права на участие в Medicaid или CHIP, вы также не сможете участвовать в этих программах помощи в оплате страховых премий, но сможете приобрести индивидуальное страховое покрытие на Health Insurance Marketplace. Подробнее см. на сайте www.healthcare.gov.

Если вы или ваши иждивенцы уже зарегистрированы в Medicaid или CHIP и живете в одном из штатов, перечисленных ниже, обратитесь в офис Medicaid или CHIP вашего штата, чтобы узнать, доступна ли помощь в оплате страховых премий.

Если вы или ваши иждивенцы в настоящее время НЕ зарегистрированы в Medicaid или CHIP и считаете, что вы или ваши иждивенцы можете иметь право на участие в одной из этих программ, обратитесь в офис Medicaid или CHIP вашего штата либо по телефону **1-877-KIDS NOW** или на веб-сайт www.insurekidsnow.gov, чтобы узнать, как подать заявление. Если ваша правомочность подтвердится, узнайте, есть ли в вашем штате программа, которая поможет вам оплатить страховые премии для плана, спонсируемого работодателем.

Если вы или ваши иждивенцы имеете право на помощь в оплате страховых премий по программам Medicaid или CHIP, а также имеете право на страховой план вашего работодателя, ваш работодатель должен разрешить вам зарегистрироваться в своем плане, если вы еще этого не сделали. Это называется право на «Особый период регистрации», и **вы должны запросить покрытие в течение 60 дней после того, как было установлено, что вы имеете право на получение помощи в оплате страховых премий.** Если у вас есть вопросы по поводу регистрации в плане вашего работодателя, свяжитесь с Department of Labor (Министерством труда) по адресу www.askebsa.dol.gov или позвоните по номеру **1-866-444-EBSA (3272)**.

Если вы живете в одном из следующих штатов, вы можете иметь право на помощь в оплате страховых премий по плану медицинского страхования работодателя. Приведенный ниже список штатов актуален по состоянию на 31 января 2026 года. Обратитесь в свой штат за дополнительной информацией о правомочности.

МОНТАНА: Medicaid	ОРЕГОН: Medicaid и CHIP
Веб-сайт: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Телефон: 1-800-694-3084 Адрес электронной почты: HNSHIPPPProgram@mt.gov	Веб-сайт: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Телефон: 1-800-699-9075
ВАШИНГТОН: Medicaid	
Веб-сайт: https://www.hca.wa.gov/ Телефон: 1-800-562-3022	

Чтобы узнать, добавили ли другие штаты программу помощи в оплате страховых премий после 31 января 2026 года, или получить дополнительную информацию о правах на Особый период регистрации, обратитесь в следующие организации:

U.S. Department of Labor (Министерство труда США)
Employee Benefits Security Administration
(Управление по обеспечению льгот для работников)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
(Министерство здравоохранения и социальных служб США)
Centers for Medicare & Medicaid Services (Центры обслуживания по планам Medicare и Medicaid)
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, далее нажать 4, доб. 61565

Заявление по Paperwork Reduction Act (Закону о сокращении объема документооборота)

Согласно Paperwork Reduction Act of 1995 (Закону о сокращении объема документооборота) (Pub. L. 104-13) (PRA), никто не обязан отвечать на запросы о сборе информации, если такой сбор не имеет действующего контрольного номера Office of Management and Budget (Административно-бюджетного управления, ОМБ). Департамент отмечает, что федеральное агентство не может проводить или спонсировать сбор информации, если он не одобрен ОМБ в соответствии с PRA и не имеет действующего контрольного номера ОМБ, а общественность не обязана отвечать на запрос о сборе информации без действующего контрольного номера ОМБ. См. 44 U.S.C. 3507. Кроме того, несмотря на любые другие положения закона, запрещается штрафовать лиц за невыполнение запроса о сборе информации, если на нем не указан действующий контрольный номер ОМБ. См. 44 U.S.C. 3512.

По оценкам, временные затраты на представление информации в рамках данного сбора составят в среднем около семи минут на одного респондента. Заинтересованные стороны могут направлять комментарии по оценке временных затрат или любого другого аспекта данного сбора информации, включая предложения по снижению таких затрат, по следующему адресу: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PARA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 или по электронной почте ebsa.opr@dol.gov с указанием контрольного номера ОМБ 1210-0137.

Контрольный номер ОМБ 1210-0137 (действует до 31.03.2026 г.)

Материалы по плану

Отдел обслуживания клиентов по вопросам медицинских льгот

MAGNACARE™

По телефону	1-877-606-6705 понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00
По электронной почте	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
Учетная запись для управления медицинскими льготами	myseiu.be/magnacare

Aetna

aetna®

Member Services (Отдел обслуживания участников)	1-855-736-9469	aetna.com
Психиатрическая помощь	1-800-424-4047	aetna.com
Круглосуточная консультация медсестер	1-800-556-1555	aetna.com
Подбор подходящего РСР	1-888-982-3862	aetna.com
Языковая поддержка для членов	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language
Sav-Rx	1-800-228-3108	savrx.com

Стоматологическое обслуживание

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

Другие льготы

Услуги EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny
VSP Vision Care	1-800-785-0699	myseiu.be/vsp

Получайте поддержку на вашем родном языке

Обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-877-606-6705 или по адресу SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. Вас соединят с представителем, который говорит на вашем языке и может помочь с вопросами о подаче заявления и управлении льготами.

Языковая поддержка будет доступна в рамках вашего плана медицинского страхования после регистрации в нем.