SEIU 775
BENEFITS GROUP

2026-2027

Посібник із медичного страхування

Дізнайтеся про варіанти для себе та подальші кроки.

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

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសារបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

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/hc

Помічники щодня дбають про інших, проте ви також заслуговуєте на догляд і підтримку.

Наша ціль — полегшити вам доступ до високоякісної та доступної медичної допомоги, щоб ви могли зосередитися на власному здоров'ї, здоров'ї вашої сім'ї та важливій роботі, яку ви виконуєте.

У цьому посібнику ви зможете знайти інформацію про варіанти покриття та кроки з подання заявки на нього. Ми пишаємося тим, що можемо підтримати вас і сприяти тій важливій допомозі, яку ви надаєте.

Переглянувши варіанти медичного страхування, приділіть кілька хвилин розгляду інших пільг для помічників. Від можливостей для навчання та пільг для виходу на пенсію до безкоштовного нековзного взуття та підбору вакансій через сайт Carina — усі ці пільги створено, щоб підтримати вас. Докладні відомості див. на сайті myseiu.be/bg.

Merissa Clyde,
генеральний директор
SEIU 775 Benefits Group

Покроковий посібник із подання заявки на страхове покриття

1) Дізнайтеся про своє страхове покриття

- ◯ **Ознайомтеся з варіантами покриття та перегляньте відомості про план,** щоб зрозуміти витрати з власних коштів на ліки за призначенням, лікування та поширені послуги.
- ◯ **Перевірте інформацію про відповідність вимогам** на сторінці 5, щоб дізнатися, чи маєте ви право на покриття.
- ◯ **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.** Більше інформації та інструкції див. сайті **myseiu.be/cfk**.

3) Створіть обліковий запис медичного страхування

- ◯ **Дізнайтеся, як створити обліковий запис, тут: myseiu.be/hba.** Вашим обліковим записом керує MagnaCare, ваш адміністратор страхових пільг. Облікові записи зараз доступні англійською мовою. Якщо вам потрібні допомога чи послуги з мовної підтримки, зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

4) Надішліть свою заявку

- ◯ **Заповніть заявку до кінцевого терміну** на сайті **myseiu.be/magnacare** або надішліть її поштою. Дізнайтеся більше на сторінці 5.
- ◯ **Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей). Надайте документи з підтвердженням наявності дітей на утриманні,** подаючи заявку. Дізнайтеся, як подати документи, тут: **myseiu.be/cfk**.

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

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 їй сім'ї щомісяця заощаджувати кошти.

Dani R.
Помічник, м. Асотін

Варіанти 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.

Варіант 1

Індивідуальне покриття медичне та стоматологічне

25 дол. США на місяць

Щомісячна франшиза за покриття

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

Щомісячна доплата за покриття: сума, яку ви сплачуєте щомісяця за страхове покриття. Докладні відомості про це див. на сторінці 6.

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 дол. США 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 дол. 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.

Відповідність критеріям

Працюйте 120 і більше годин на місяць.

Пільги в межах покриття

Безкоштовні візити для отримання первинної медичної допомоги

Оздоровчі візити чи візити через хворобу до постачальника первинної медичної допомоги цілком безкоштовні. Також доступна віртуальна допомога й ви зможете отримати допомогу, перебуваючи вдома. За аналізи чи додаткові послуги можуть стягуватися кошти.

Невідкладна й екстрена допомога

Ваш план покриває візити у відділення невідкладної та першої допомоги. Перша допомога – зручний варіант для вирішення нетермінових питань, якщо у вас немає можливості звернутися до свого лікаря. Невідкладна допомога надається в разі серйозних чи небезпечних для життя станів.

Рецептурні препарати

У вас є доступ до великого асортименту рецептурних ліків, зокрема зручної доставки на дім поштою.

Психічне здоров'я

Ваше страхування охоплює професійну психологічну підтримку, медикаментозне лікування, групову терапію, альтернативні методи лікування, а також доступ до інструментів і програм для догляду за собою.

Навчання й програми зі здорового способу життя

Отримуйте персоналізовану підтримку для лікування хронічних захворювань і покращення загального стану здоров'я. Ваш план охоплює навчання зі здорового способу життя, рекомендації команди з догляду та інструменти, які допоможуть відстежувати свій прогрес.

Масаж і хіропрактика

Доступні недорогі варіанти фізіотерапії, масажу та хіропрактики, акупунктури та віртуальних оздоровчих програм.

Зір

Страхове покриття на послуги щодо зору через VSP охоплює планові офтальмологічні обстеження, знижки на окуляри чи контактні лінзи й доступ до великої мережі офтальмологів.

Слух

Через програму EPIC Hearing ви й ваші діти зможете пройти обстеження слуху та отримати допомогу з отриманням слухових апаратів у постачальників послуг із мережі.

Створення сім'ї, підтримка щодо репродуктивного здоров'я та середнього віку

Завдяки програмі Progyny ви можете отримати пільги 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, а також доступ до особистої та віртуальної допомоги.

Повний список пільг див. у відомостях про план.

Він надає комплексну інформацію про ваші плани медичного та стоматологічного обслуговування, зокрема прямі витрати й страхове покриття на рецептурні препарати, візити й лікувальні процедури.

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

Melissa E.
помічник, м. Сіетл

Варіанти планів стоматологічного обслуговування

Стоматологія є частиною вашого медичного страхування. Ознайомтеся таблицею, щоб порівняти плани й вибрати з них той, який найкраще відповідатиме вашим потребам.

	DELTA DENTAL®	Willamette Dental
Річний ліміт для пільг	**5000 дол. США**	**–**
Франшиза	**0 дол. США**	**0 дол. США**
Планові обстеження	**Повне покриття**	**Повне покриття**
Переваги щодо ортодонтії	**Так**	**Так**
Мережа постачальників послуг	Delta Dental має широку мережу постачальників послуг, зокрема в сільській місцевості. Вам слід буде знайти стоматолога PPO Delta Dental, щоб отримати максимум переваг.	Willamette Dental має багато локацій у західному Вашингтоні, тому вам буде легко знайти стоматолога Willamette вздовж коридору I-5.
Знайдіть стоматолога неподалік	**deltadentalwa.com/fad/search** Виберіть Delta Dental PPO, щоб відфільтрувати результати пошуку.	**locations.willamettedental.com** Введіть поштовий індекс у поле пошуку.
Докладніше	**1-800-554-1907** **DeltaDentalWA.com**	**1-855-433-6825** **myseiu.be/willamette**

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 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 впродовж 1 дня, а рішення щодо страхового покриття — на електронну пошту чи як лист упродовж 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 періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація).

Надішліть заявку*, щоб отримати індивідуальне страхове покриття, якщо ви працюєте 80+ годин на місяць. Покриття за програмою Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) почне діяти, коли ви працюватимете 120+ годин на місяць.

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

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.

Вони 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) онлайнової або надрукованої 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 отримати більше інформації про те:

- Як подати заявку на програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).
- Кого можна додати в страховий план.
- Надіслати підтверджувальну документацію.

Sandra C.
Помічник, м. Кенневік

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 припинити дію покриття?

Щоб завершити дію покриття для себе чи своїх дітей, надішліть форму Waive Coverage (Відмова під покриття). У разі отримання до 15 числа місяця, покриття перестане діяти 1 числа наступного місяця. У разі отримання після 15 числа місяця, покриття перестане діяти 1 числа місяця, що слідує за ним.

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

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 електронною, у якому буде вказано, що вам потрібно сплатити франшизу. Ви можете оплатити чеком або за допомогою свого облікового запису медичного страхування.

Помічники CDWA: вашу першу оплату потрібно буде внести вручну.

Що робити, якщо я не відпрацьовую достатньо годин?

Пільга «Пільгові місяці» надає до двох додаткових місяців медичного страхування на рік. Це допомагає вам і вашим утриманцям зберегти медичне покриття, навіть якщо ви не відпрацювали необхідну кількість годин. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/gm.

Якщо ви втратите покриття та забажаєте продовжити його дію за щомісячну плату, буде надано інформацію COBRA. Якщо ви перестаєте працювати помічником, перевірте свою відповідність вимогам для покриття від Washington Apple Health або перейдіть на сайт wahealthplanfinder.org.

Як відпрацьовані години впливають на дію покриття?

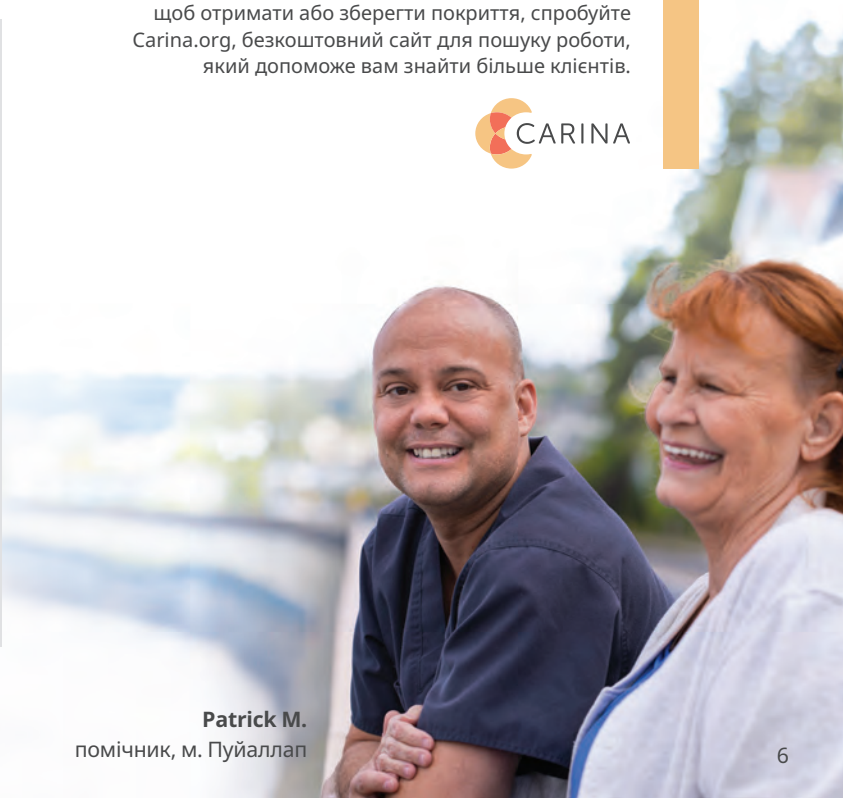
Коли ви зареєструєтеся для отримання покриття, кількість відпрацьованих вами годин за поточний місяць визначатиме ваш статус покриття через 2 місяці. Приклад. Години за січень визначають покриття на березень.

Оплачувані години, які ви відпрацювали 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	

Працюйте більше годин, щоб покриття продовжувало діяти.

Якщо вам потрібно отримати більше годин, щоб отримати або зберегти покриття, спробуйте Carina.org, безкоштовний сайт для пошуку роботи, який допоможе вам знайти більше клієнтів.

CARINA



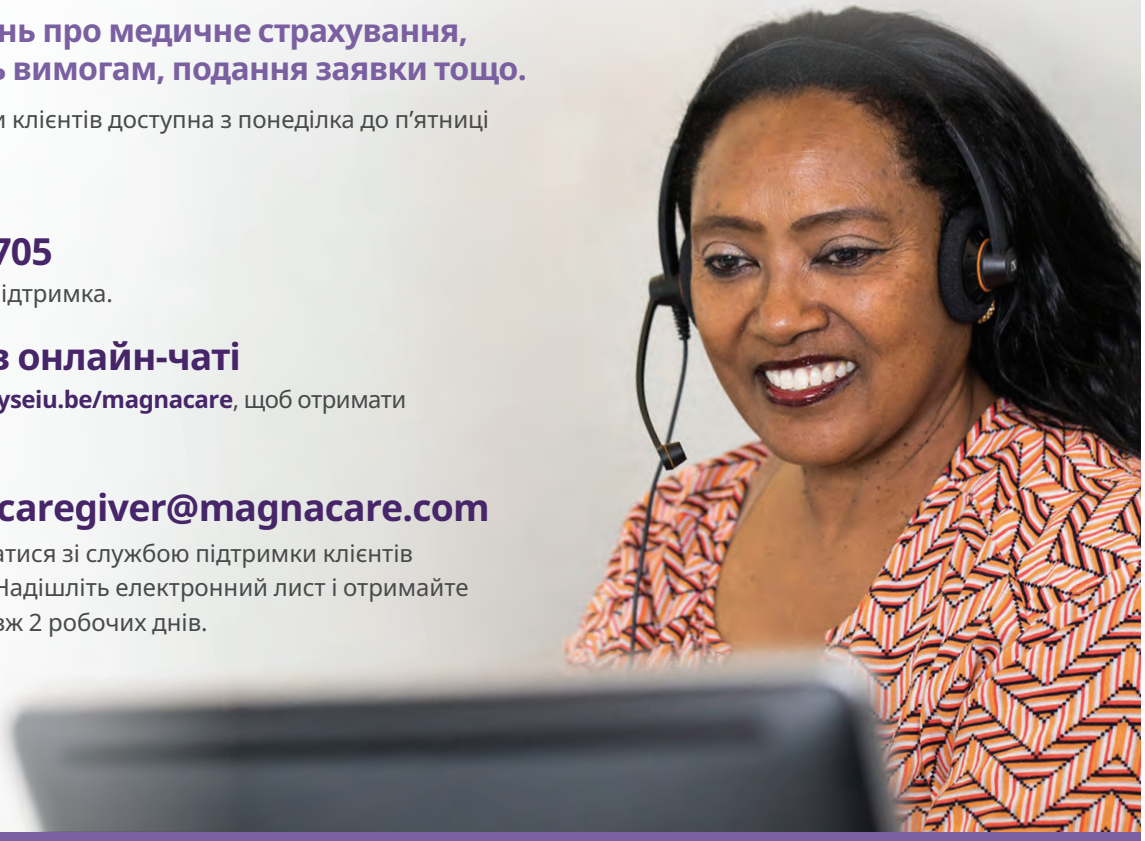
Patrick M.
помічник, м. Пуйаллап

SEIU 775
BENEFITS GROUP

Отримайте підтримку

в разі запитань про медичне страхування, відповідність вимогам, 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.

Розуміння загальних термінів, що стосуються страхування

Ознайомтеся з визначеннями загальних термінів, щоб краще зрозуміти, що входить до вашого страхування.

myseiu.be/hc-terms

Докладніше про програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Дізнайтеся, як подати заявку та заповнити форму.

myseiu.be/cfk

Перейдіть у свій обліковий запис медичного страхування

Дізнайтеся, як створити обліковий запис і подати заявку на медичне страхування через Інтернет.

myseiu.be/hba

Взуття Caregiver Kicks. Безкоштовне взуття для помічників

Доступне в понад 90 стилях від Reebok до Sketchers, нековзне взуття Caregiver Kicks розроблено, щоб гарантувати безпеку й ще більше комфорту на робочому місці. Помічники, які відповідають вимогам, можуть отримувати безкоштовну пару взуття щороку!

myseiu.be/kicks

SEIU 775
BENEFITS GROUP

2026–2027
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Відомості про план

aetna®

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

Короткий огляд змін матеріалів (SMM).
тут зазначаються будь-які оновлення або зміни у вашому плані, що набувають чинності з 1 серпня 2026 року.

Medical & Dental Plan Snapshot (Огляд плану медичного й стоматологічного обслуговування):
Стислий і зрозумілий огляд ваших переваг за варіантами плану медичного й стоматологічного обслуговування, створений SEIU 775 Benefits Group.

Summary of Benefits and Coverage (Огляд переваг і покриття, SBC).
Детальне пояснення вашого плану, зокрема:
- як покриваються загальні медичні потреби й рецепти (наприклад, візити до лікаря, аналізи, лікування діабету тощо);
- що оплачуєте ви й що оплачує план (франшизи, доплати, співстрахування);
- що включено, а що – ні (обмеження або виключення з покриття).

Ресурси плану.
Контактні телефони й вебсайти для використання після реєстрації.

Ви маєте право на участь у медичному плані Aetna. Цей план діє з 1 серпня 2026 року до 31 липня 2027 року.

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

1-877-606-6705
З понеділка до п'ятниці, 08:00–18:00

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
помічник, м. Сіетл

Огляд суттєвих змін і скорочень

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

Цей короткий огляд суттєвих змін (SMM) охоплює зміни деякої інформації, указаної в Summary Plan Description (Опис короткого огляду плану, SPD) для покриття медичного страхування за основним планом (План), що описує План станом на 1 серпня 2026 року.

З 1 серпня 2026 року зміняться пільги за планом і правила отримання права на медичне страхування. AP та IP мають знати про наведені нижче покращення пільг.

- Вашим новим постачальником послуг із питань щодо зору, зокрема із обстежень зору, оптичних виробів і контактних лінз, буде VSP Vision Care.
- Обмеження на покриття слухових апаратів у доларах через програму EPIC Hearing знято.
- Ви матимете змогу отримати майже 12-місячний запас препаратів для гормональної терапії чи контрацептивів за один раз.

Цей короткий огляд суттєвих скорочень (SMR) охоплює зміни деякої інформації, указаної в Summary Plan Description (Опис короткого огляду плану, SPD) для покриття медичного страхування за основним планом (План), що описує План станом на 1 серпня 2026 року.

З 1 серпня 2026 року зміняться пільги за планом і правила отримання права на медичне страхування. AP та IP мають знати про наведені нижче скорочення

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust більше не пропонуватиме послуги через Headspace.

Щоб отримати додаткову інформацію щодо цих змін, зверніться до служби підтримки клієнтів за телефоном 1-877-606-6705 (з понеділка до п’ятниці, 08:00–18:00) або надішліть електронний лист на адресу SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

SEIU 775 BENEFITS GROUP

aetna®

Огляд плану Self-Insured Aetna (Самострахування Aetna)

Дата набуття чинності 1.08.2026

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

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

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

Переваги	Бажана мережа постачальників послуг	Непріоритетна мережа постачальників послуг
Психічне здоров'я	**Стаціонарно:** доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію **Амбулаторно:** Доплата 0 дол. США	**Стаціонарно:** застосовуються доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування **Амбулаторно:** Застосовуються доплата 15 дол. США, франшиза й доплата за страхування
Натуропатія	Доплата 0 дол. США. Необмежена кількість візитів на календарний рік	Спільно з лімітом на відвідування бажаного постачальника послуг, застосовуються доплата 15 дол. США, франшиза й доплата за страхування
Послуги для новонароджених	**Первинне перебування в лікарні:** див. розділ «Послуги лікарні»; «Відвідування лікаря»: див. розділ «Амбулаторні послуги»; «Планове лікування»: див. розділ «Профілактика». Будь-яка застосовна частка витрат на послуги для новонароджених стягується окремо від витрат матері.	**Первинне перебування в лікарні:** див. розділ «Послуги лікарні»; «Відвідування лікаря»: див. розділ «Амбулаторні послуги»; «Планове лікування»: див. розділ «Профілактика». Будь-яка застосовна частка витрат на послуги для новонароджених стягується окремо від витрат матері.
Хірургічні операції, пов'язані з ожирінням (баріатричні)	Діє покриття в рахунок частки витрат за умови відповідності медичним критеріям	Не покривається
Трансплантація органів	Необмежено, без періоду очікування **Стаціонарно:** доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію **Амбулаторно:** Доплата 15 дол. США	Не покривається
Профілактика (Планові медичні огляди, вакцинація, гінекологічні обстеження (ПАП-тест), мамографія)	Повне покриття Для послуг із профілактики захворювань у жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби, стерилізація) діє повне покриття.	Не покривається Профілактичні послуги для жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби й стерилізація) підлягають оплаті відповідно до застосовної частки витрат на профілактичні послуги та максимального розміру переваг. Планові мамографії: Застосовуються франшиза й доплата за страхування
Реабілітаційні послуги **(Реабілітаційні візити – це загальна кількість комбінованих терапевтичних візитів за календарний рік)**	**Стаціонарно:** 60 днів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію **Амбулаторно:** 60 візитів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Доплата 15 дол. США	**Стаціонарно:** денні ліміти разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг. Доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Застосовуються франшиза й доплата за страхування **Амбулаторно:** ліміти візитів разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг. Застосовуються доплата 15 дол. США, франшиза й доплата за страхування
Заклад кваліфікованого догляду	Діє повне покриття до 60 днів за календарний рік	Денні ліміти разом із лімітом переваг від бажаного постачальника послуг, застосовуються франшиза й доплата за страхування.
Стерилізація (вазектомія, перев'язка труб)	**Стаціонарно:** доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію **Амбулаторно:** Доплата 15 дол. США Для процедури стерилізації жінок діє повне покриття.	**Стаціонарно:** застосовуються доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування **Амбулаторно:** Застосовуються доплата 15 дол. США, франшиза й доплата за страхування Для процедури стерилізації жінок діє покриття відповідно до застосовної частки витрат на профілактику та максимального розміру переваг.
Послуги, що стосуються скронево-нижньощелепного суглоба (TMJ)	**Стаціонарно:** доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію **Амбулаторно:** Доплата 15 дол. США	**Стаціонарно:** застосовуються доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію, франшиза й доплата за страхування **Амбулаторно:** Застосовуються доплата 15 дол. США, франшиза й доплата за страхування
Консультування з питань відмови від тютюнопаління	Програма Quit for Life (Кинути назавжди) – повне покриття	Застосовуються відповідні частки витрат
Планове обстеження зору та оптичні вироби	Діє покриття окремими перевагами: VSP Vision Care. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/vsp	Діє покриття окремими перевагами: VSP Vision Care. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/vsp

SEIU 775 BENEFITS GROUP

DELTA DENTAL®

PPO Dental Plan Snapshot (Огляд плану стоматологічного обслуговування PPO)

Дата набуття чинності 1.08.2026

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:
1 січня–31 грудня

Максимальний період дії переваг* (на людину; не поширюється на клас I):
5000 дол. США

Ортодонтія—дорослі та діти:
50 %, максимум на все життя становить 5000 дол. США на людину

* На стоматологічну допомогу, яку надають стоматологи PDA, діє повне покриття до максимальної суми 2000 дол. 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.**

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Поза мережею
Франшиза періоду дії переваг			
Не застосовується до класу I і ортодонтії Поза мережею (50 дол. США на людину)	0 дол. США	50 дол. США	50 дол. 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	O		
Заповнює для вас бланки заяв на отримання компенсації	O	O	
Управління якістю та обмеження витрат	O	O	

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.

SEIU 775 BENEFITS GROUP

Willamette Dental

Dental Plan Snapshot (Огляд плану стоматологічного обслуговування)

Дата набуття чинності 1.08.2026

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 дол. США
Протезування	
Повний верхній або нижній протез	Ви сплачуєте доплату 400 дол. США
Міст (на зуб)	Ви сплачуєте доплату 250 дол. США
Ендодонтія та пародонтологія	
Терапія кореневих каналів – передня частина	Ви сплачуєте доплату 85 дол. США
Терапія кореневих каналів – премоляри	Ви сплачуєте доплату 105 дол. США
Терапія кореневих каналів – моляри	Ви сплачуєте доплату 130 дол. США
Часткове видалення кістки (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 150 дол. США
Вирівнювання поверхні коренів (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 75 дол. США
Хірургічна стоматологія	
Планове видалення (один зуб)	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Хірургічне видалення	Ви сплачуєте доплату 100 дол. США
Ортодонтичне лікування	
Лікування перед ортодонтичним втручанням	Ви сплачуєте доплату 150 дол. США**
Комплексне ортодонтичне лікування	Ви сплачуєте доплату 1500 дол. США
Зубний імплант	
Хірургія зубних імплантів	Максимальна компенсація за імплантацію – 1500 дол. 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 дол. США
Відвідування спеціалізованого кабінету	Ви сплачуєте доплату 30 дол. США за відвідування
Відшкодування витрат на екстрену медичну допомогу за межами області	Ви сплачуєте кошти понад 250 дол. США

* Максимальний річний ліміт для TMJ становить 1000 дол. США / 5000 дол. 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.

SEIU 775 BENEFITS GROUP

VSP VISION

Короткий виклад плану VSP Advantage Plan

Дата набуття чинності 1.08.2026

Це лише огляд. Докладнішу інформацію про ваше нове покриття на послуги щодо зору можна дізнатися, звернувшись до VSP Vision за номером 800-785-0699.

Повний комплекс послуг за планом VSP Advantage Plan

Доплати (обстеження/окуляри)	0 дол. США / 0 дол. США
Періодичність	
Обстеження	Раз на 12 місяців
Лінзи	Раз на 12 місяців
Оправа	Раз на 12 місяців
Пільги через VSP Network Provider	
Комплексне обстеження зору	Доплата 0 дол. США
Обстеження для підбору контактних лінз	0 дол. США
Обстеження сітківки	0 дол. США
Обов'язкове офтальмологічне обслуговування	Покривається планом страхування Стягується застосовна доплата за відвідування лікаря
Лінзи	
Монофокальні	Покривається
Лінійовані біфокальні	Покривається
Лінійовані трифокальні	Покривається
Пільги*	
Компенсація за оправу, доступну для роздрібного продажу	250 дол. США
Компенсація за оправу популярних брендів	270 дол. США
Оправа, аналогічна Costco	250 дол. США
Контактні лінзи на вибір Замість лінз або оправи	600 дол. США
Доплата власними коштами за вдосконалення лінз	
Полікарбонат	Покривається
Антиблікове покриття	Доплата 40 дол. США
Покриття із захистом від подряпин і УФ-випромінювання	Покривається
З високим коефіцієнтом заломлення	Покривається
Фотохром	Покривається
Стандартні прогресивні	Покривається
Індивідуальне виготовлення / преміальні прогресивні	Доплата 55 дол. США
Усі інші вдосконалення лінз за знижкою	30%

Пільги на постачальників, які не входить до мережі VSP	
Обстеження	45 дол. США
Монофокальні	30 дол. США
Біфокальні	50 дол. США
Трифокальні	65 дол. США
Двоопуклі	100 дол. США
Прогресивні лінзи	50 дол. США
Оправа	70 дол. США
Контактні лінзи на вибір Замість лінз або оправи	105 дол. США

aetna : SEIU HEALTHCARE NW HEALTH BENEFITS TRUST
Aetna Choice® POS II — Core Plan

Отримувачі страхового покриття: особа + члени сім'ї | Тип плану: план із покриттям, що залежить від місця обслуговування

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

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

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

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

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

Типовий медичний випадок	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Лікарські засоби для лікування хвороб або станів **Покриття ліків, що відпускаються за рецептом, надає компанія Sav-**RX. Докладнішу інформацію про покриття **ліків, що відпускаються за рецептом**, можна переглянути на сайті www.savrx.com.	Непатентовані препарати	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: препарати, відібрані на підставі ефективності, — $4 за запас на 30 днів, $8 за запас на 60 днів, $12 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); $8 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); непатентовані препарати, яким віддається перевага, — $8 за запас на 30 днів, $16 за запас на 60 днів, $24 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці), $16 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: $13 за запас на 30 днів, $26 за запас на 60 днів, $39 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — доплата $13 за рецепт	Покривається запас на 90 днів (купівля в роздрібній аптеці й замовлення поштою). Покриття включає протизаплідні препарати й засоби контрацепції, які можна придбати в аптеці. Оплата не стягується за непатентовані жіночі протизаплідні засоби, яким віддається перевага, схвалені Управлінням із контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів (FDA), якщо їх придбано в постачальників, що співпрацюють із планом. Перегляньте свій перелік ліків, що покриваються, щоб дізнатись, для покриття яких препаратів потрібно отримати попереднє схвалення або застосовується вимога покрокової терапії. Ваші витрати будуть вищими, якщо ви вибиратимете фірмові, а не непатентовані препарати.
	Фірмові препарати, яким віддається перевага	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: $25 за запас на 30 днів, $50 за запас на 60 днів, $75 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); $50 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: $30 за запас на 30 днів, $60 за запас на 60 днів, $90 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — доплата $30 за рецепт	

Типовий медичний випадок	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
	Фірмові препарати, яким не віддається перевага	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: $50 за запас на 30 днів, $100 за запас на 60 днів, $150 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); $100 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — доплата $25 за рецепт	Доплата за рецепт, франшиза не застосовується: $55 за запас на 30 днів, $110 за запас на 60 днів, $165 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — доплата $35 за рецепт	
	Спеціалізовані препарати	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Перше отримання ліків за рецептом у роздрібній аптеці або через компанію Sav-Rx Prescription Services. Надалі запас ліків необхідно отримувати через компанію Sav-Rx Prescription Services.
Амбулаторні хірургічні процедури	Плата за послуги установи (як-от центру амбулаторної хірургії)	Без оплати	Частка вартості 20%	Немає
	Плата за послуги терапевта або хірурга	Доплата $50 за відвідування, франшиза не застосовується	Частка вартості 20% після доплати $50 за відвідування	Немає

Типовий медичний випадок	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Термінова медична допомога	Обслуговування у відділенні екстреної допомоги	Доплата $200 за відвідування, франшиза не застосовується	Доплата $200 за відвідування, франшиза не застосовується	Послуги, надані в екстрених випадках постачальником послуг, що не співпрацює з планом, оплачуються так само, як отримані в постачальника послуг, який співпрацює з планом.
	Екстрене перевезення медичним транспортом	Доплата $200 за перевезення, франшиза не застосовується	Доплата $200 за перевезення, франшиза не застосовується	Послуги, надані в екстрених випадках постачальником послуг, що не співпрацює з планом, оплачуються так само, як отримані в постачальника послуг, який співпрацює з планом. Неекстрене перевезення: не покривається, якщо немає попереднього дозволу.
	Невідкладна медична допомога	Доплата $15 за відвідування, франшиза не застосовується	Частка вартості 20% після доплати $15 за відвідування	Немає
Перебування в лікарні	Плата за послуги установи (як-от за лікарняну палату)	Доплата $100 за день протягом перших 5 днів перебування, франшиза не застосовується; подальше перебування без оплати	Доплата $100 за день протягом перших 5 днів перебування; частка вартості 20% протягом подальшого перебування	Штраф $400 за неотримання попереднього дозволу на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Плата за послуги терапевта або хірурга	Без оплати	Частка вартості 20%	Немає

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

Типовий медичний випадок	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Обслуговування для відновлення здоров'я або в разі інших особливих медичних потреб	Медичне обслуговування вдома	Без оплати	Частка вартості 20%	130 відвідувань протягом календарного року. Штраф $400 за неотримання попереднього дозволу на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Послуги з реабілітації	Доплата $15 за відвідування, франшиза не застосовується	Частка вартості 20% після доплати $15 за відвідування	Сукупно 60 відвідувань спеціалістів із фізіотерапії, ерготерапії та логопедії протягом календарного року, включно з амбулаторними послугами лікарні.
	Послуги з розвитку навичок	Доплата $15 за відвідування, франшиза не застосовується	Частка вартості 20% після доплати $15 за відвідування	Немає
	Послуги кваліфікованого сестринського догляду	Без оплати	Частка вартості 20%	60 днів протягом календарного року. Штраф $400 за неотримання попереднього дозволу на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Медичне обладнання тривалого користування	Без оплати	Частка вартості 50%	Тільки 1 одиниця медичного обладнання тривалого користування з аналогічним/подібним призначенням. Не покривається ремонт у разі неправильного використання або зловживання.
	Хоспісне обслуговування	Без оплати	Частка вартості 20%	Штраф $400 за неотримання попереднього дозволу на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.

Типовий медичний випадок	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Стоматологічні або офтальмологічні послуги для дітей	Обстеження очей дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.
	Окуляри для дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.
	Огляд ротової порожнини дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.

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

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (ознайомтеся зі страховим полісом або документацією плану, щоб отримати докладнішу інформацію та перелік інших послуг, виключених із покриття)

- Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей)
- Окуляри (для дитини)
- Слухові апарати
- Лікування безпліддя
- Довгостроковий догляд
- Неекстрена медична допомога під час подорожей за межами США
- Послуги персональної медсестри
- Стандартні офтальмологічні послуги (для дорослих і дітей)
- Стандартний догляд за стопами
- Програми зниження ваги

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

- Акупунктура — 20 відвідувань протягом календарного року для лікування захворювань, травм і хронічного болю
- Баріатрична хірургія — тільки постачальники послуг, що співпрацюють із планом
- Мануальна терапія — 20 відвідувань протягом календарного року
- Косметична хірургія — обмежене покриття (див. страховий поліс або зателефонуйте на номер, зазначений на вашій ідентифікаційній картці)

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

- Щоб отримати докладнішу інформацію про ваші права на продовження страхового покриття, зателефонуйте в план на номер 1-800-370-4526.
- Якщо до вашого групового медичного страхування застосовується Закон США про пенсійне забезпечення працівників (ERISA), ви також можете звернутися до Управління з питань забезпечення пенсійних і соціальних виплат працівників (Employee Benefits Security Administration) у складі Департаменту праці США (Department of Labor), зателефонувавши на номер 1-866-444-EBSA (3272) або відвідавши сайт http://www.dol/gov/ebsa/healthreform.
- Учасники групових планів медичного страхування, наданих органами влади нефедерального рівня, можуть також звернутися до Центру інформації для споживачів і страхового нагляду (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (Department of Health and Human Services), зателефонувавши на номер 1-877-267-2323, дод. 61565, або відвідавши сайт www.cciio.cms.gov.

- Якщо ваше страхове покриття забезпечує церковний план, то до таких планів не застосовуються правила продовження страхового покриття згідно з Федеральним консолідованим законом про комплексне врегулювання бюджетних суперечностей (COBRA). Якщо страхове покриття забезпечено, необхідно звернутися до органу штату, який регулює страхову діяльність, щоб дізнатися про можливі права на продовження страхового покриття згідно із законодавством штату.

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

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

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

Чи надає цей план мінімально необхідне страхове покриття? **Так.**

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

Чи відповідає цей план мінімальним стандартам щодо обсягу покриття? **Так.**

Якщо ваш план не відповідає мінімальним стандартам щодо обсягу покриття, ви можете мати право на податковий кредит на сплату страхових внесків, що допоможе вам платити за страховий план, придбаний через біржу.

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

Про ці приклади страхового покриття

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

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

- **Загальна сума франшизи в межах плану** $0
- **Послуги лікаря-спеціаліста, доплата** $15
- **Послуги лікарні (установи), доплата** $100
- **Інші доплати** $0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.
Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста *(ведення вагітності)*
Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів
Пологи / народження дитини: послуги установи
Діагностичні дослідження *(ультразвукові дослідження та аналізи крові)*
Послуги лікаря-спеціаліста *(анестезія)*

Загальна вартість обслуговування в прикладі	$12,700
У цьому прикладі Peg має заплатити:	
Участь в оплаті	
Франшизи	$0
Доплати	$200
Частка вартості	$0
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	$60
Загальна сума, яку заплатить Peg:	$260

Лікування діабету 2-го типу в Joe
(рік стандартного медичного обслуговування щодо добре контрольованого стану в постачальника послуг, що співпрацює з планом)

- **Загальна сума франшизи в межах плану** $0
- **Послуги лікаря-спеціаліста, доплата** $15
- **Послуги лікарні (установи), доплата** $100
- **Інші доплати** $0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.
Відвідування кабінету постачальника первинного медичного обслуговування *(зокрема, просвіта з питань захворювання)*
Діагностичні дослідження *(аналізи крові)*
Ліки, що відпускаються за рецептом
Вироби для діабетиків *(глюкометр)*

Загальна вартість обслуговування в прикладі	$5,600
У цьому прикладі Joe має заплатити:	
Участь в оплаті	
Франшизи	$0
Доплати	$700
Частка вартості	$0
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	$20
Загальна сума, яку заплатить Joe:	$720

Простий перелом у Mia
(відвідування відділення екстреної допомоги, що співпрацює з планом, і подальше обслуговування)

- **Загальна сума франшизи в межах плану** $0
- **Послуги лікаря-спеціаліста, доплата** $15
- **Послуги лікарні (установи), доплата** $100
- **Інші доплати** $0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.
Обслуговування у відділенні екстреної допомоги *(зокрема, медичні витратні матеріали)*
Діагностичне дослідження *(рентгенографія)*
Медичне обладнання тривалого користування *(милиці)*
Послуги з реабілітації *(фізіотерапія)*

Загальна вартість обслуговування в прикладі	$2,800
У цьому прикладі Mia має заплатити:	
Участь в оплаті	
Франшизи	$0
Доплати	$500
Частка вартості	$0
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	$0
Загальна сума, яку заплатить Mia:	$500

Примітка. Ці суми вказано на підставі припущення, що пацієнт не є учасником оздоровчої програми, яку пропонує план. Якщо ви берете участь в оздоровчій програмі, яку пропонує план, ваші витрати можуть бути меншими. Щоб отримати докладнішу інформацію про оздоровчу програму, зателефонуйте на номер 1-800-370-4526.

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

Допоміжні технології

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

Смартфони або планшети

Для перегляду документів на смартфоні або планшеті необхідно встановити безкоштовну програму WinZip. Вона може бути наявна в магазині програм вашого пристрою.

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 االتصال على الرقم 1-800-370-4526.
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 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 lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 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 -	Tajaajiiloota 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 -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સે વિના ઓની પહોંચ માટે, કોલ કરોr 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 -	လၢတၢ်ကမၤနှၢ်ကျဉ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖဉ်လၢတအိဉ်ဒီးအပူၤလၢကဘဉ်ဟုဉ်အီၤအဂီၢ်ဘဉ်နှဉ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó kojį' hólne' 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

Persian-Farsi -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Syriac-Assyrian -	ܠܡܒܚܪ ،ܒܗܝܢ ܕܚܝܢ ܫܠܝܐ ܕܡܝܢ ܒܠܫܢ ܕܝܠܟ ܠܡܐ ،ܫܒܩ ܠܝ 1-800-370-4526.
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services
Coverage Period: 08/01/2026 – 07/31/2027
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.

SEIU 775 BENEFITS GROUP

СПОВІЩЕННЯ ПРО ПРАВА НА ОСОБЛИВУ РЕЄСТРАЦІЮ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНУ НІРАА

Якщо ви відмовляєтеся від реєстрації в плані для себе чи своїх утриманців (зокрема дружини/чоловіка) через наявність іншого медичного страхування або групового плану медичного страхування, то в разі втрати вами чи вашими утриманцями права на таке інше страхування (або якщо роботодавець припинить оплачувати інше страхування для вас чи ваших утриманців) ви матимете змогу зареєструвати себе та своїх утриманців у цьому плані. Проте ви маєте подати заяву на реєстрацію впродовж 30 днів після завершення дії іншого страхування для вас чи ваших утриманців (або після того, як роботодавець припинить оплачувати інше страхування).

Крім того, ви можете мати право на реєстрацію для себе та своїх утриманців, якщо у вас з'явився новий утриманець у результаті укладання шлюбу, народження, усиновлення чи передавання під усиновлення. Однак ви маєте подати заяву на реєстрацію впродовж 30 днів із дня таких укладання шлюбу, народження, усиновлення чи передавання під усиновлення.

Ви також можете мати право зареєструвати себе та своїх утриманців у цьому плані, якщо ви чи ваші утриманці відповідатимуть критеріям для отримання субсидії на оплату страхових внесків від штату за програмою Medicaid або Children's Health Insurance Program (Програмою медичного страхування дітей) штату з огляду на покриття за цим планом, чи якщо ви або ваші утриманці втратите страхування за програмою Medicaid або програмою медичного страхування дітей через невідповідність критеріям. Однак ви маєте подати заяву на реєстрацію впродовж 60 днів після визнання того, що ви або ваші утриманці відповідаєте критеріям для отримання такої допомоги.

Щоб подати заяву на особливу реєстрацію чи отримати більше інформації, зверніться до Довірчого керівника:

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

<u>Важлива примітка щодо ретроактивності</u>

Якщо ви маєте право продовжити покриття COBRA до події, що дає право на отримання покриття COBRA, або право на особливу реєстрацію для нового утриманця, який з'явився в результаті народження чи усиновлення, до дати таких народження чи усиновлення, перш ніж отримати ретроактивне страхування, ви маєте сплатити всі обов'язкові страхові внески. Ретроактивне страхування має бути безперервним від моменту першої відповідності критеріям для отримання такого страхування. Ви можете подавати заяви на послуги впродовж періоду призупинення, проте вони відкладатимуться, доки ви не сплатите всі обов'язкові страхові внески.

Якщо у вас є запитання про те, як ця інформація стосується саме вас, зверніться в службу підтримки клієнтів SEIU 775 за номером (877) 606-6705.

Допомога з франшизою за програмою Medicaid і Children's Health Insurance Program (Медичне страхування дітей, CHIP)

Якщо ви або ваші діти відповідаєте вимогам програми Medicaid або CHIP і маєте право на медичне страхування від вашого роботодавця, у вашому штаті може існувати програма допомоги в сплаті франшиз, яка може сприяти оплаті покриття коштами з програм Medicaid або CHIP. Якщо ви або ваші діти не відповідаєте вимогам програми Medicaid або CHIP, ви не матимете права на участь у цих програмах допомоги, але ви можете придбати індивідуальне страхове покриття через Health Insurance Marketplace. Для отримання додаткової інформації відвідайте www.healthcare.gov.

Якщо ви або ваші утриманці вже зареєстровані в програмі Medicaid або CHIP і проживаєте в одному з перелічених нижче штатів, зверніться до офісу Medicaid або CHIP у своєму штаті, щоб дізнатися, чи доступна вам допомога щодо сплати франшизи.

Якщо ви або ваші утриманці НЕ є учасниками Medicaid або CHIP, але вважаєте, що ви або будь-хто з ваших утриманців може відповідати вимогам однієї з цих програм, зверніться до офісу Medicaid або CHIP вашого штату або наберіть 1-877-KIDS NOW чи www.insurekidsnow.gov, щоб дізнатися, як подати заяву на участь. Якщо ви відповідаєте вимогам, поцікавтеся у своєму штаті, чи існує програма, яка може допомогти вам сплачувати франшизи за план, що фінансується роботодавцем.

Якщо ви або ваші утриманці відповідаєте вимогам для отримання допомоги щодо сплати франшиз за програмами Medicaid або CHIP, а також за планом вашого роботодавця, ваш роботодавець має дозволити вам зареєструватися у своєму плані, якщо ви ще не є учасником. Цей процес називається «спеціальною реєстрацією», і **вам слід подати запит на покриття протягом 60 днів із моменту встановлення вашої відповідності вимогам для отримання допомоги в сплаті франшиз.** Якщо у вас виникли запитання щодо реєстрації в плані вашого роботодавця, зверніться до Department of Labor (Міністерство праці) за адресою www.askebsa.dol.gov або зателефонуйте за номером 1-866-444-EBSA (3272).

Якщо ви живете в одному з наведених нижче штатів, ви можете відповідати вимогам для отримання допомоги у сплаті франшиз за медичний план вашого роботодавця. Наведений нижче список штатів є актуальним станом на 31 січня 2026 року. Зв'яжіться з представниками вашого штату, щоб отримати додаткову інформацію про відповідність вимогам —

МОНТАНА – Medicaid	ОРЕГОН – Medicaid і CHIP
Вебсайт: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Телефон: 1-800-694-3084 Електронна пошта: HHSHIPPProgram@mt.gov	Вебсайт: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Телефон: 1-800-699-9075
ВАШИНГТОН – Medicaid	
Вебсайт: https://www.hca.wa.gov/ Телефон: 1-800-562-3022	

Щоб дізнатися, чи додали інші штати програму допомоги зі сплати франшиз із 31 січня 2026 року, або отримати додаткову інформацію про права на особливу реєстрацію, зв'яжіться з:

Employees Benefit Security Administration (Адміністрація захисту переваг працівників, EBSA)
U.S. Department of Labor (Міністерство праці США)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services (Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США)
Centers for Medicare & Medicaid Services (Центри надання послуг Medicare та Medicaid)
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, опція меню 4, код 61565

Заява про Закон про скорочення паперового документообігу

Відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу 1995 року (Публікація L. 104-13) (PRA), жодна особа не зобов'язана відповідати на збір інформації, якщо такий збір не має дійсного контрольного номера Office of Management and Budget (Управління з питань управління та бюджету, OMB). Департамент зазначає, що федеральне агентство не може проводити або спонсорувати збір інформації, якщо він не схвалений OMB відповідно до PRA і не має чинного контрольного номера OMB, а громадськість не зобов'язана відповідати на збір інформації, якщо він не має чинного контрольного номера OMB. Див. 44 U.S.C. 3507. Крім того, незважаючи на будь-які інші положення закону, жодна особа не може бути притягнута до відповідальності за ненадання відповіді у зв'язку зі збором інформації, якщо збір інформації не містить чинного контрольного номера OMB. Див. 44 U.S.C. 3512.

За оцінками, навантаження на публічну звітність для цього збору інформації в середньому становить близько семи хвилин на одного респондента. Зацікавлені сторони можуть надсилати коментарі щодо оцінки навантаження або будь-якого іншого аспекту цього збору інформації, зокрема пропозиції щодо зменшення цього навантаження, на адресу: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 або на адресу електронної пошти ebsa.opr@dol.gov, вказавши контрольний номер OMB 1210-0137.

Контрольний номер OMB 1210-0137 (закінчує діяти 31.03.2026)

Ресурси плану

Відділ обслуговування клієнтів медичного страхування	MAGNACARE℠
Телефон	1-877-606-6705, 8:00–18:00 з понеділка до п’ятниці
Електронна пошта	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
Обліковий запис медичного страхування	myseiu.be/magnacare

Aetna		aetna®
Обслуговування учасників	1-855-736-9469	aetna.com
Психіатрична допомога	1-800-424-4047	aetna.com
Цілодобова медсестринська лінія	1-800-556-1555	aetna.com
Знайдіть правильного PCP	1-888-982-3862	aetna.com
Допомога з мовного питання для учасників	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language
Sav-Rx	1-800-228-3108	savrx.com

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
Progyny	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny
VSP Vision Care	1-800-785-0699	myseiu.be/vsp

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.