



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](http://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](https://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](https://myseiu.be/cfk).

## 3) Создайте учетную запись для страховых льгот по медицинскому обслуживанию

- Узнайте, как создать учетную запись, на сайте [myseiu.be/hba](https://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](https://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](https://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	<a href="https://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> Для фильтрации результатов поиска выберите «Delta Dental PPO».	<a href="https://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a> Введите в строку поиска свой почтовый индекс.
Подробная информация	<b>1-800-554-1907</b> <b>DeltaDentalWA.com</b>	<b>1-855-433-6825</b> <b>myseiu.be/willamette</b>

# 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](http://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](http://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](mailto: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](http://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](http://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](http://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](http://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**

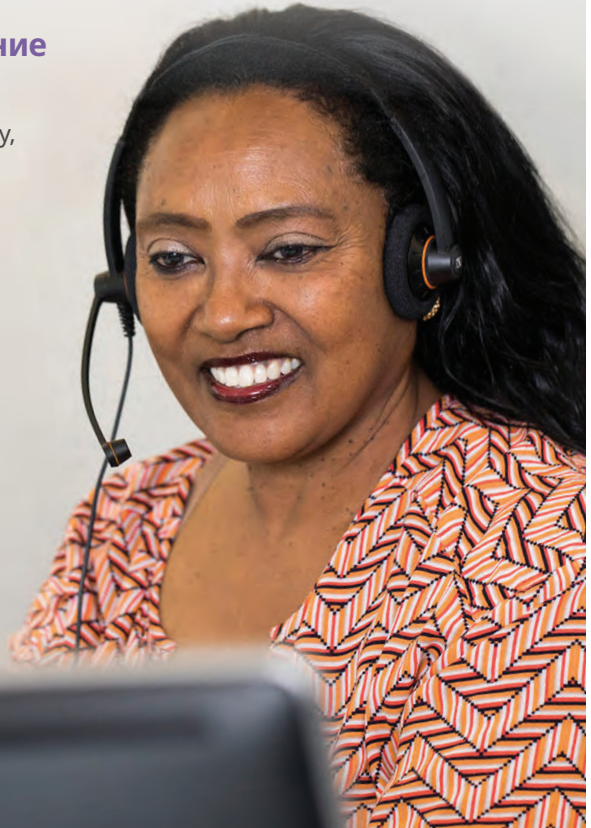
Доступна языковая поддержка.

### Помощь в чате в режиме реального времени

Войдите на сайт [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) для получения поддержки в чате.

**[SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto: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](https://myseiu.be/hc-terms)

### Подробнее о программе Coverage for Kids (Страхование для детей)

Узнайте, как подать и заполнить заявку.

[myseiu.be/cfk](https://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](https://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](https://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 Kaiser Permanente Northwest. 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](mailto: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.

<b>Покрытие в пределах сети</b>	
<b>Максимум собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания</b>	
Для одного участника	\$1 250
Для всей семьи	\$2 500
Вычитаемая франшиза	\$0
<b>Посещения кабинета</b>	
Плановые профилактические физикальные осмотры	\$0
Первичная медицинская помощь	\$0
Специализированная помощь	\$15
Экстренная помощь	\$30
<b>Тестирование</b>	
Профилактические обследования	\$0
Услуги лаборатории	\$0
Рентгеновское исследование, визуализация и специальные диагностические методики	\$0
КТ, МРТ и ПЭТ-сканирования	\$50 за посещение каждого отделения. Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.
<b>Лекарства (амбулаторные)</b>	
Рецептурные препараты (макс. количество — на 30 дней)	Непатентованный препарат — \$5 / предпочтительный оригинальный препарат — \$25 / неpreferred оригинальный препарат — \$50 Инсулин. Непатентованный препарат — \$0 / предпочтительный оригинальный препарат — \$0 / неpreferred оригинальный препарат — \$0 Ингаляторы и шприц-ручки: непатентованный препарат — \$5 / предпочтительный оригинальный препарат — \$25
Заказ рецептурных лекарственных препаратов по почте (макс. количество — на 90 дней)	Непатентованный препарат — \$10 / предпочтительный оригинальный препарат — \$50 / неpreferred оригинальный препарат — \$100
Введенные лекарства, включая инъекции (все амбулаторные условия)	\$0
Посещение процедурного кабинета для инъекций	\$0
<b>Ведение беременности</b>	
Услуги по плановому ведению беременности и первый послеродовой визит	\$0
Услуги лаборатории	\$0
Рентгеновское исследование, визуализация и специальные диагностические методики	\$0
Стационарное больничное обслуживание	\$100 на каждую госпитализацию

<b>Лечение бесплодия</b>	
Медико-хирургические услуги по лечению стерильности и бесплодия и все сопутствующие услуги	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 <a href="https://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a> .
<b>Больничное обслуживание</b>	
Служба скорой медицинской помощи (за одну перевозку)	\$75
Посещение отделения скорой помощи	\$200 (при госпитализации не оплачивается)
Стационарное больничное обслуживание	\$100 на каждую госпитализацию
Посещения для прохождения химиотерапии / лучевой терапии	\$15
Медицинские изделия длительного пользования, наружные протезы и ортопедические изделия	Совместное страхование 0 %
Физиотерапевты, логопеды и трудотерапевты (до 20 посещений за сеанс терапии в течение календарного года)	\$15
<b>Услуги учреждения с квалифицированным сестринским уходом</b>	
Услуги профессиональной медицинской сестры в стационаре (до 100 дней за календарный год)	\$0
<b>Лечение химической зависимости</b>	
Амбулаторное обслуживание	\$0
Стационарное больничное обслуживание и обслуживание по месту проживания	\$100 на каждую госпитализацию
<b>Психиатрическая помощь</b>	
Амбулаторное обслуживание (групповые посещения — доплата в половину суммы)	\$0
Стационарное больничное обслуживание и обслуживание по месту проживания	\$100 на каждую госпитализацию
<b>Альтернативная медицина</b>	
Иглокалывание	Доплата — \$0, до 20 самостоятельных обращений в год
Дополнительные положения об услугах мануальной терапии	Доплата — \$0, до 20 самостоятельных обращений в год
Лечебный массаж	Доплата — \$25, до 12 самостоятельных обращений в год
Натуропатия	Доплата — \$0, неограниченное количество посещений
<b>Услуги, связанные со зрением</b>	
Обычное обследование глаз, оптические средства и оптические услуги	Покрытие в рамках отдельной льготы: VSP Vision Care. Подробнее на сайте: <a href="https://myseiu.be/vsp">myseiu.be/vsp</a>
<b>Услуги, связанные со слухом</b>	
Аппаратные компоненты слуховых аппаратов	Покрытие в рамках отдельной льготы: услуги EPIC Hearing. Без доплаты; без ограничений на каждое ухо каждые 3 года для покрытия стоимости слухового аппарата. Узнайте больше на странице <a href="https://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> .

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](http://myseiu.be/oe-pda).

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

<b>Особенности</b>			
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
<b>Диагностика и профилактические услуги</b>	
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, пародонтальная оценка	Покрываются доплатой за посещение кабинета
<b>Восстановительная стоматология</b>	
Пломбировочный материал (амальгама)	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Металлокерамическая коронка	Вы доплачиваете \$250
<b>Зубопротезирование</b>	
Полный верхне- или нижнечелюстной зубной протез	Вы доплачиваете \$400
Мост (за 1 зуб)	Вы доплачиваете \$250
<b>Эндодонтия и периодонтия</b>	
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
<b>Челюстно-лицевая хирургия</b>	
Обычное удаление (один зуб)	Покрываются доплатой за посещение кабинета
Хирургическое удаление	Вы доплачиваете \$100
<b>Ортодонтическое лечение</b>	
Предортодонтическая подготовка	Вы доплачиваете \$150**
Комплексная ортодонтическая помощь	Вы доплачиваете \$1 500
<b>Стоматологические импланты</b>	
Имплантация зубов	Максимальная льгота на имплантацию составляет \$1 500 за календарный год
<b>Прочее</b>	
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

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


### Скидки при обращении к поставщику услуг вне сети VSP

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

All plans offered and underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see <https://kp.org/plandocuments> or call 1-800-813-2000 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this <a href="#">plan</a> covers.
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Not Applicable.	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	\$1,250 Individual / \$2,500 Family	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , health care this <a href="#">plan</a> doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) for a list of <a href="#">Participating Providers</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a <a href="#">provider network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan's <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider's charge and what your plan pays <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.
Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?	Yes, but you may self-refer to certain <a href="#">specialists</a> .	This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> .

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

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
<b>If you visit a health care <a href="#">provider's office or clinic</a></b>	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	Not covered	None
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$15 / visit	Not covered	None
	<a href="#">Preventive care/ screening/ immunization</a>	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a> . Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are <a href="#">preventive</a> . Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for.
<b>If you have a test</b>	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	Xray: No charge. Lab tests: No charge	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	\$50 / visit	Not covered	Some services may require prior authorization.
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Generic drugs	\$5 (retail) & \$10 (mail order) / <a href="#">prescription</a> .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines.
	Preferred brand drugs	\$25 (retail) & \$50 (mail order) / <a href="#">prescription</a> .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail) & \$100 (mail order) / <a href="#">prescription</a> .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines, when approved through exception process.
	<a href="#">Specialty drugs</a>	\$50 (retail) / <a href="#">prescription</a>	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines, when approved through exception process.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	Physician/surgeon fees are included in the Facility fee.
<b>If you need immediate medical attention</b>	<a href="#">Emergency room care</a>	\$200 / visit	\$200 / visit	<a href="#">Copayment</a> waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	\$75 / trip	\$75 / trip	None
	<a href="#">Urgent care</a>	\$30 / visit	Not covered	<a href="#">Non-participating providers</a> covered when temporarily outside the service area. \$30 / visit
<b>If you have a hospital stay</b>	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / admission	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fee	No charge	Not covered	Physician/surgeon fees are included in the Facility fee.
<b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b>	Outpatient services	No charge	Not covered	None
	Inpatient services	\$100 / admission	Not covered	Prior authorization required.
<b>If you are pregnant</b>	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	Professional services are included in the facility fee.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / admission	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
<b>If you need help recovering or have other special health needs</b>	<a href="#">Home health care</a>	No charge	Not covered	130 visit limit / year. Prior authorization required.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	Outpatient: \$15 / visit Inpatient: \$100 / admission.	Not covered	Outpatient: 20 visit limit / year. Prior authorization required. Inpatient: Prior authorization required.
	<a href="#">Habilitation services</a>	\$15 / visit	Not covered	20 visit limit / year. Prior authorization required.
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	No charge	Not covered	100 day limit / year. Prior authorization required.
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	No charge	Not covered	Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. Prior authorization required.
	<a href="#">Hospice service</a>	No charge	Not covered	Prior authorization required.
<b>If your child needs dental or eye care</b>	Children's eye exam	No charge for refractive exam	Not covered	None
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

**Excluded Services & Other Covered Services:**

Services Your <a href="#">Plan</a> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <a href="#">plan</a> document for more information and a list of any other <a href="#">excluded services</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Children's glasses</li> <li>• Cosmetic surgery</li> <li>• Dental care (Adult &amp; Child)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertility treatment</li> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Private-duty nursing</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Weight loss programs</li> </ul>

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <a href="#">plan</a> document.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture (20 visit limit/year)</li> <li>• Bariatric surgery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiropractic care (20 visit limit/year)</li> <li>• Hearing aids (1 aid / ear / 36 months)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine eye care (Adult)</li> </ul>

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

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

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

Kaiser Permanente Member Services	1-800-813-2000 (TTY: 711) or <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Oregon Department of Insurance	1-888-877-4894 or <a href="https://dfr.oregon.gov/">https://dfr.oregon.gov/</a>
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.**

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

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.**

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

**Language Access Services:**

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

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

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

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

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

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

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

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

About these Coverage Examples:



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

**Peg is Having a Baby**  
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

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

This EXAMPLE event includes services like:  
[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)  
 Childbirth/Delivery Professional Services  
 Childbirth/Delivery Facility Services  
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)  
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>
<b>In this example, Peg would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$100
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$160</b>

**Managing Joe's Type 2 Diabetes**  
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

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

This EXAMPLE event includes services like:  
[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)  
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)  
[Prescription drugs](#)  
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>
<b>In this example, Joe would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$300
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$300</b>

**Mia's Simple Fracture**  
(in-network emergency room visit and follow up care)

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

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

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
<b>In this example, Mia would pay:</b>	
<i>Cost Sharing</i>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$400
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$400</b>

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

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department  
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099  
Fax: **1-855-347-7239**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Phone: **1-800-368-1019**  
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**For Washington Members:**

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

## Help in Your Language

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

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) تشبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711)

**中文 (Chinese) 注意事項:** 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است. با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

**Français (French) ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意:** 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Телефон: 1-800-694-3084 Адрес электронной почты: <a href="mailto:HNSHIPProgram@mt.gov">HNSHIPProgram@mt.gov</a>	Веб-сайт: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Телефон: 1-800-699-9075
ВАШИНГТОН: Medicaid	
Веб-сайт: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> 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](http://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](http://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](mailto: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	

## Kaiser Permanente Northwest



Услуги для новых членов	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
Member Services (Отдел обслуживания участников)	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
Психиатрическая помощь	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
Консультации медсестер	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
Языковая поддержка для членов	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-language

## 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](mailto: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.