



Sonja T.

Помічниця, м. Рентон



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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសាមවស់អ្នក។

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 seymiska 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.

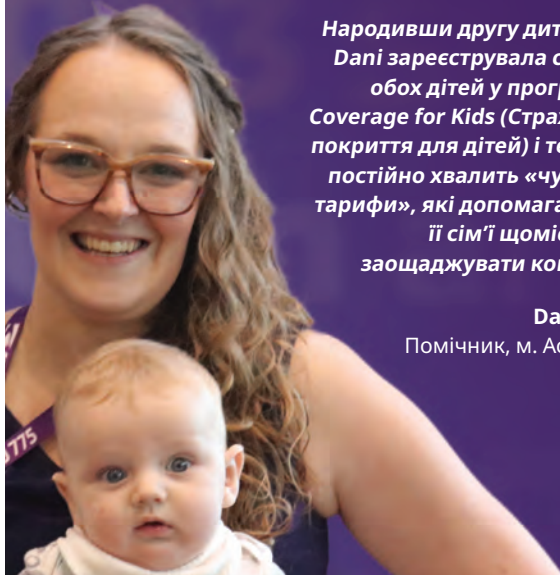
3) Створіть обліковий запис медичного страхування

- 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 її 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.

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.

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.

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 ортодонції	Так	Так
Мережа постачальників послуг	Delta Dental має широку мережу постачальників послуг, зокрема в сільській місцевості. Вам слід буде знайти стоматолога PPO Delta Dental, щоб отримати максимум переваг.	Willamette Dental має багато 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 впродовж 30 днів. Якщо зворотного зв'язку немає, зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Коли я можу подати заявку?

Існує 3 часових періоди, у які ви можете подати заявку на медичне страхування:

- 1. Початкова відповідність вимогам:** впродовж 60 днів від дати, показаної 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):** впродовж 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)** онлайн 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 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.

Як відпрацьовані години впливають на дію покриття?

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

Місяць роботи	Місяць покриття
СІЧЕНЬ →	БЕРЕЗЕНЬ
ЛЮТИЙ →	КВІТЕНЬ
БЕРЕЗЕНЬ →	ТРАВЕНЬ
КВІТЕНЬ →	ЧЕРВЕНЬ
ТРАВЕНЬ →	ЛИПЕНЬ
ЧЕРВЕНЬ →	СЕРПЕНЬ
ЛИПЕНЬ →	ВЕРЕСЕНЬ
СЕРПЕНЬ →	ЖОВТЕНЬ
ВЕРЕСЕНЬ →	ЛИСТОПАД
ЖОВТЕНЬ →	ГРУДЕНЬ
ЛИСТОПАД →	СІЧЕНЬ
ГРУДЕНЬ →	ЛЮТИЙ

Оплачувані години, які ви відпрацьовали цього місяця:

Визначення покриття в цьому місяці:

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.

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 відпрацьовали необхідну кількість годин. Дізнайтеся більше на сайті museiu.be/gm.

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

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.



Patrick M.
помічник, м. Пуїаллап

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

2026–2027
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Відомості про план



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 Kaiser Permanente Northwest. 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

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.

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

Покриття в мережі	
Максимум власних коштів	
Для одного учасника	1250 дол. США
Для всієї сім'ї	2500 дол. США
Франшиза	0 дол. США
Візити в клініку	
Звичайний профілактичний медогляд	0 дол. США
Первинна медична допомога	0 дол. США
Допомога в спеціалізованому кабінеті	15 дол. США
Невідкладна допомога	30 дол. США
Тести	
Профілактичні тести	0 дол. США
Лабораторія	0 дол. США
Рентген, візуалізація та спеціальні діагностичні процедури	0 дол. США
КТ, МРТ, ПЕТ	50 дол. США на візит у відділення. Деякі послуги можуть передбачати попередню авторизацію.
Препарати (амбулаторний хворий)	
Рецептурні препарати (запас до 30 днів)	Генеричний 5 дол. США / бажаної торгової марки 25 дол. США / неперіоритетний бренд 50 дол. США Інсулін, генеричний 0 дол. США / бажаної торгової марки 0 дол. США / неперіоритетний бренд 0 дол. США Інгалятори й автоматичні шприци з епінефрином. Генеричний 5 дол. США / бажаної торгової марки 25 дол. США
Замовлення рецептурних препаратів поштою (запас до 90 днів)	Генеричний 10 дол. США / бажаної торгової марки 50 дол. США / неперіоритетний бренд 100 дол. США
Ліки, які вводяться, зокрема ін'єкції (у всіх амбулаторних умовах)	0 дол. США
Відвідування процедурного кабінету медсестри для отримання ін'єкцій	0 дол. США
Охорона материнства	
Плановий допологовий нагляд і перший післяпологовий візит	0 дол. США
Лабораторія	0 дол. США
Рентген, візуалізація та спеціальні діагностичні процедури	0 дол. США
Послуги лікарні в разі стаціонарного лікування	100 дол. США на прийом
Послуги щодо безпліддя	
Медичні й хірургічні послуги з лікування стерильності та безпліддя, а також усі супутні послуги.	Діє покриття окремими перевагами: Фертильність і створення сім'ї від Progyny. 2+1 Smart Cycles, які допоможуть учасникам пройти шлях, що стосується фертильності та створення сім'ї. Дізнайтеся більше на myseiu.be/progyny

Послуги лікарні	
Послуги швидкої допомоги (на одне транспортування)	75 дол. США
Візит у відділення невідкладної допомоги	200 дол. США (у разі госпіталізації доплата не стягується)
Послуги лікарні в разі стаціонарного лікування	100 дол. США на прийом
Візити для хіміотерапії/радіотерапії	15 дол. США
Довговічне медичне обладнання, зовнішні протези, ортопедичні пристрої	Доплата за страхування 0 %
Фізіотерапія, логопедія та ерготерапія (до 20 візитів на терапію на календарний рік)	15 дол. США
Послуги закладу кваліфікованого догляду	
Послуги закладу кваліфікованого догляду в стаціонарі (до 100 днів на календарний рік)	0 дол. США
Послуги з боротьби із залежністю від хімічних речовин	
Амбулаторні послуги	0 дол. США
Лікарняні та житлові послуги в разі стаціонарного лікування	100 дол. США на прийом.
Психіатрична допомога	
Амбулаторні послуги (на груповий візит доплата становить ½ суми)	0 дол. США
Лікарняні та житлові послуги в разі стаціонарного лікування	100 дол. США на прийом
Альтернативний догляд	
Акупунктура	0 дол. США доплати, до 20 візитів без направлення на рік
Хіропрактика	0 дол. США доплати, до 20 візитів без направлення на рік
Лікувальний масаж	25 дол. США доплати, до 12 візитів без направлення на рік
Натуропатична медицина	0 дол. США доплати, необмежена кількість візитів
Послуги щодо зору	
Офтальмологічні обстеження, оптичні вироби та оптичні послуги	Діє покриття окремими перевагами: VSP Vision Care. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/vsp
Послуги щодо слуху	
Слухові апарати	Діє покриття окремими перевагами: EPIC Hearing. Без доплат, без ліміту на кожне вухо кожні 3 роки в рахунок вартості слухового апарату. Дізнайтеся більше на myseiu.be/epic

Це короткий огляд доступних переваг, який призначений лише для порівняння та не є договором. Після реєстрації в плані ви отримаєте доступ до буклету з перевагами, у якому буде надано докладнішу інформацію про ваш план PPO від Delta Dental. Телефонуйте у відділ обслуговування клієнтів Delta Dental за номером **1-800-554-1907** або відвідайте **DeltaDentalWA.com**, якщо у вас є запитання.

Період дії переваг:

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 отримаєте 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	○		
Заповнює для вас бланки заяв на отримання компенсації	○	○	
Управління якістю та обмеження витрат	○	○	

Екстрена стоматологічна допомога. Постачальники, що беруть участь у програмі, надаватимуть екстрену стоматологічну допомогу в робочі години. Компанія забезпечуватиме переваги для послуг, на які діє покриття, що надаються постачальниками послуг-учасниками програми, для надання екстреної стоматологічної допомоги. Зареєстрована особа може отримати екстрену стоматологічну допомогу від постачальника, який не є учасником програми, якщо вона перебуває на відстані понад 50 миль від офісу будь-якого постачальника, який є учасником програми.

Гарантовано компанією Willamette Dental of Washington, Inc., цей план надає широке покриття. У наведеному нижче переліку міститься інформація про деякі найпоширеніші процедури, на які діє покриття за вашим планом. Телефонуйте за номером **1-855-433-6825** або відвідайте **myseiu.be/oe-willamette**, щоб дізнатися більше. Для ознайомлення зі списком обмежень і винятків відвідайте **myseiu.be/willamette-exclusions**.

Переваги	Доплати
Річний максимум	Без річного максимуму*
Франшиза	Без франшизи
Відвідування лікаря-терапевта та лікаря-ортодонта	Без доплат за відвідування
Послуги діагностики та профілактики	
Планові та екстрені огляди, рентген, чистка зубів, фторування, установлення пломб (на зуб), скринінг раку голови та шиї, інструктаж із гігієни порожнини рота, складання пародонтальних карт, оцінювання стану пародонту	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Відновлювальна стоматологія	
Пломби (амальгама)	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Металокерамічна коронка	Ви сплачуєте доплату 250 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 ТМJ 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.

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 оправ	600 дол. США
Доплата власними коштами за вдосконалення лінз	
Поликарбонат	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 входять 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 оправ	105 дол. США

Усі плани пропонує та забезпечує страхова компанія Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.



Документ «Короткий опис пільг і страхового покриття» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) допоможе вам обрати [план](#) медичного страхування. У документі SBC показано, як ви та страховий [план](#) розподілятимете витрати на покриті медичні послуги. **ПРИМІТКА.** Інформацію про вартість цього [плану](#) (так званий страховий внесок, або [страхова премія](#)) буде надано окремо. Це лише короткий опис. Щоб отримати додаткову інформацію про страхове покриття або отримати копію повних умов страхування, перейдіть за посиланням <https://kp.org/plandocuments> (англійською мовою) або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (ТТУ: 711). Загальні визначення поширених термінів, таких як [допустима сума](#), [виставлення рахунку на залишок](#), [співстрахування](#), [доплата](#), [франшиза](#), [постачальник медичних послуг](#) або інших [підкреслених](#) термінів, див. у глосарії. Ознайомитися з глосарієм можна за посиланням www.healthcare.gov/sbc-glossary/ або можна замовити його копію, зателефонувавши за номером 1-800-813-2000 (ТТУ: 711).

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Який загальний розмір франшизи ?	0 дол. США	Див. таблицю «Стандартні медичні ситуації» нижче, щоб дізнатися про ваші витрати на послуги, які покриває цей план
Чи існують послуги, які покриває план до того, як ви сплатите франшизу ?	Не застосовується	Цей план покриває деякі товари й послуги, навіть якщо ви ще не сплатили суму франшизи . Однак може застосовуватися доплата або співстрахування . Наприклад, цей план покриває певні профілактичні послуги без розподілу витрат і до того, як ви сплатите франшизу . Перелік покритих профілактичних послуг див. за посиланням https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Чи існують інші франшизи для певних послуг?	Ні	Вам не потрібно сплачувати франшизи для певних послуг
Яким є ліміт власних витрат для цього плану ?	1250 дол. США для індивідуальної страховки / 2500 дол. США для сімейної страховки	Ліміт власних витрат — це максимальна сума, яку ви можете сплатити протягом року за послуги, які покриває план. Якщо до цього плану включені інші члени сім'ї, вони повинні сплатити ліміти власних витрат , поки не буде досягнуто загального сімейного ліміту власних витрат
Що не входить до ліміту власних витрат ?	Страхова премія , медичні послуги, яких не покриває цей план , а також послуги, зазначені в таблиці, починаючи зі стор. 2.	Навіть якщо ви сплачуєте ці витрати, вони не зараховуються до ліміту власних витрат
Чи сплачуватимете ви менше, якщо звернетесь до постачальника медичних послуг у мережі ?	Так. Див. на сайті www.kp.org (англійською мовою) або телефонуйте за номером 1-800-813-2000 (ТТУ: 711), щоб отримати перелік постачальників медичних послуг, які співпрацюють із планом	Цей план використовує мережу постачальників медичних послуг . Ви сплачуватимете менше, якщо звернетесь до постачальника медичних послуг у мережі цього плану . Ви сплачуватимете найбільше, якщо звернетесь до постачальника медичних послуг поза мережею , і можете отримати від постачальника рахунок на різницю між вартістю його послуг і сумою, яку сплачує план (балансове виставлення рахунку). Зверніть увагу: постачальник медичних послуг у мережі може залучати постачальника поза мережею для деяких послуг (наприклад, лабораторних досліджень). Уточніть це у свого постачальника медичних послуг перед отриманням послуг
Чи потрібне направлення , щоб звернутися до спеціаліста ?	Так, але до деяких спеціалістів можна звернутися без направлення	Цей план сплачує частину або повну вартість послуг спеціаліста , що входять до покритих послуг, але лише якщо ви отримали направлення до звернення до спеціаліста



Усі [доплати](#) та [суми співстрахування](#), зазначені в цій таблиці, застосовуються після того, як ви сплатите [франшизу](#), якщо [франшиза](#) передбачена цим планом.

Стандартна медична ситуація	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який співпрацює з планом (Ви сплачуєте найменше)	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який не співпрацює з планом (Ви сплачуєте найбільше)	Обмеження, винятки та інша важлива інформація
Якщо ви відвідуєте кабінет або клініку постачальника медичних послуг	Візит до лікаря первинної допомоги в разі травми або захворювання	Безкоштовно	Не покривається	Немає
	Візит до профільного спеціаліста	15 дол. США за візит	Не покривається	Немає
	Профілактичний догляд / скринінгове обстеження / вакцинація	Безкоштовно	Не покривається	Можливо, вам доведеться сплатити за послуги, які не є профілактичними . Уточніть у постачальника медичних послуг , чи є необхідні вам послуги профілактичними . Потім перевірте, за які послуги сплачує план
Якщо вам потрібно пройти обстеження	Діагностичне обстеження (рентген, аналіз крові)	Рентген: безкоштовно. Лабораторні аналізи: безкоштовно	Не покривається	Немає
	Діагностична візуалізація (комп'ютерна томографія (КТ) / позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ))	50 дол. США за візит	Не покривається	Для деяких послуг потрібне попереднє погодження
Якщо вам потрібні лікарські засоби для лікування захворювання або стану Додаткову інформацію про покриття рецептурних лікарських засобів можна знайти за адресою: www.kp.org/formulary (англійською мовою)	Генеричні лікарські засоби	5 дол. США (у разі купівлі в аптеці) і 10 дол. США (у разі замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Запас до 30 днів (у разі купівлі в аптеці) і до 90 днів (у разі замовлення поштою). Діють правила переліку лікарських засобів
	Пріоритетні оригінальні лікарські засоби	25 дол. США (у разі купівлі в аптеці) і 50 дол. США (у разі замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Запас до 30 днів (у разі купівлі в аптеці) і до 90 днів (у разі замовлення поштою). Діють правила переліку лікарських засобів
	Інші оригінальні лікарські засоби	50 дол. США (у разі купівлі в аптеці) і 100 дол. США (у разі замовлення поштою) за рецепт	Не покривається	Запас до 30 днів (у разі купівлі в аптеці) і до 90 днів (у разі замовлення поштою). Діють правила переліку лікарських засобів , за умови схвалення в межах процедури винятків
	Спеціалізовані лікарські засоби	50 дол. США (у разі купівлі в аптеці) за рецепт	Не покривається	Запас до 30 днів (у разі купівлі в аптеці). Діють правила переліку лікарських засобів , за умови схвалення в межах процедури винятків

Стандартна медична ситуація	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який співпрацює з планом (Ви сплачуєте найменше)	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який не співпрацює з планом (Ви сплачуєте найбільше)	Обмеження, винятки та інша важлива інформація
У разі амбулаторного хірургічного втручання	Плата за послуги закладу (наприклад, центру амбулаторної хірургії)	50 дол. США за візит	Не покривається	Потрібне попереднє погодження
	Гонорари лікарів/хірургів	Безкоштовно	Не покривається	Гонорари лікаря/хірурга включено до плати за послуги закладу
Якщо вам потрібна невідкладна медична допомога	Невідкладна допомога у відділенні невідкладної допомоги	200 дол. США за візит	200 дол. США за візит	Доплата не стягується в разі безпосередньої госпіталізації до лікарні як стаціонарного пацієнта
	Екстрене медичне транспортування	75 дол. США за поїздку	75 дол. США за поїздку	Немає
	Невідкладна медична допомога	30 дол. США за візит	Не покривається	Послуги постачальників, які не співпрацюють із планом, покриває план у разі тимчасового перебування пацієнта поза зоною обслуговування. 30 дол. США за візит
У разі стаціонарного лікування в лікарні	Вартість послуг закладу (наприклад, палата в лікарні)	100 дол. США за госпіталізацію	Не покривається	Потрібне попереднє погодження
	Гонорар лікарів/хірургів	Безкоштовно	Не покривається	Гонорари лікаря/хірурга включено до плати за послуги закладу
У разі потреби в послугах у сфері психічного здоров'я, поведінкового здоров'я або лікування залежностей	Амбулаторні послуги	Безкоштовно	Не покривається	Немає
	Стаціонарні послуги	100 дол. США за госпіталізацію	Не покривається	Потрібне попереднє погодження
У разі вагітності	Візити до лікаря	Безкоштовно	Не покривається	Залежно від виду послуг план може передбачати доплату , співстрахування або франшизу . Послуги з ведення вагітності можуть охоплювати обстеження та процедури, описані в інших розділах SBC (наприклад, УЗД)
	Професійні послуги під час пологів	Безкоштовно	Не покривається	Вартість професійних послуг зараховано до вартості послуг закладу
	Послуги закладу охорони здоров'я, пов'язані з пологами	100 дол. США за госпіталізацію	Не покривається	Немає

Стандартна медична ситуація	Послуги, які можуть вам знадобитися	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який співпрацює з планом (Ви сплачуєте найменше)	Що ви сплачуватимете Постачальник медичних послуг, який не співпрацює з планом (Ви сплачуєте найбільше)	Обмеження, винятки та інша важлива інформація
У разі потреби у відновленні здоров'я або за наявності інших особливих медичних потреб	Медичне обслуговування вдома	Безкоштовно	Не покривається	Ліміт: 130 візитів на рік. Потрібне попереднє погодження
	Реабілітаційні послуги	Амбулаторно: 15 дол. США за візит. Стационар: 100 дол. США за госпіталізацію	Не покривається	Амбулаторно: ліміт 20 візитів на рік. Потрібне попереднє погодження. Стационар: потрібне попереднє погодження
	Абілітаційні послуги	15 дол. США за візит	Не покривається	Ліміт: 20 візитів на рік. Потрібне попереднє погодження
	Кваліфікований сестринський догляд	Безкоштовно	Не покривається	Ліміт: 100 днів на рік. Потрібне попереднє погодження
	Медичне обладнання тривалого користування	Безкоштовно	Не покривається	Діють правила переліку лікарських засобів . Потрібне попереднє погодження
	Хоспісна допомога	Безкоштовно	Не покривається	Потрібне попереднє погодження
Якщо вашій дитині потрібна стоматологічна допомога або офтальмологічні послуги	Перевірка зору в дітей	Рефракційне обстеження: безкоштовно	Не покривається	Немає
	Окуляри для дітей	Не покривається	Не покривається	Немає
	Стоматологічний огляд у дітей	Не покривається	Не покривається	Немає

Виключені також інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш [план](#) зазвичай НЕ покриває (для отримання додаткової інформації та списку інших [виключених послуг](#) див. свій страховий поліс або документ з описом [плану](#)).

- Довготривалий догляд
- Індивідуальний сестринський догляд
- Косметична хірургія
- Лікування безпліддя
- Неекстрена медична допомога під час подорожей за межами США
- Окуляри для дітей
- Плановий догляд за стопами
- Програми зниження ваги
- Стоматологічна допомога (для дорослих і дітей)

Інші послуги, що покриваються. (До цих послуг можуть застосовуватися обмеження. Це не повний перелік. Див. документ з описом [плану](#))

- Акупунктура (ліміт: 20 візитів на рік)
- Баріатрична хірургія
- Планова перевірка зору (для дорослих)
- Слухові апарати (1 апарат на вухо раз на 36 місяців)
- Хіропрактика (ліміт: 20 візитів на рік)

Ваші права на продовження страхового покриття: існують організації, які можуть допомогти, якщо ви хочете продовжити страхове покриття після завершення терміну його дії. Контактну інформацію цих організацій наведено в таблиці нижче. Вам також можуть бути доступні інші варіанти страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового поліса через [ринку медичного страхування](#). Для отримання додаткової інформації про [ринку медичного страхування](#) відвідайте сайт www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

Ваші права на подання скарг та апеляцій: існують організації, які можуть допомогти, якщо у вас є скарга щодо [плану](#) у зв'язку з відмовою в задоволенні [страхової вимоги](#). Така скарга називається [скаргою](#) або [апеляцією](#). Для отримання додаткової інформації про свої права ознайомтеся з поясненням виплат, яке ви отримуєте для цієї [страхової вимоги](#). Документи вашого [плану](#) також містять повну інформацію про те, як подати [страхову вимогу](#), [апеляцію](#) або [скаргу](#) з будь-якої причини щодо вашого [плану](#). Для отримання додаткової інформації про свої права, це повідомлення або допомогу звертайтеся до організацій, зазначених у таблиці нижче.

Контактна інформація щодо ваших прав на продовження страхового покриття та прав на подання скарг і апеляцій

Служба підтримки учасників Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) або www.kp.org/memberservices (англійською мовою)
Адміністрація з питань гарантій виплат працівникам Міністерства праці США (Employee Benefits Security Administration, Department of Labor)	1-866-444-EBSA (3272) або www.dol.gov/ebsa/healthreform
Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США, Центр інформування споживачів і нагляду за страхуванням (Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 або www.cciio.cms.gov
Департамент страхування штату Орегон (Oregon Department of Insurance)	1-888-877-4894 або https://dfr.oregon.gov/
Департамент страхування штату Вашингтон (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 або www.insurance.wa.gov

Чи забезпечує цей план мінімальне необхідне покриття? Так.

[Мінімальне необхідне покриття](#) зазвичай включає [плани](#), [медичне страхування](#), доступне на [ринку медичного страхування](#) або в межах інших індивідуальних страхових полісів, а також програми Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE і деякі інші види покриття. Якщо ви маєте право на певні види [мінімального необхідного покриття](#), ви можете не мати права на [податковий кредит \(субсидію\) для сплати страхових внесків](#).

Чи відповідає цей план стандартам мінімальної вартості? Так.

Якщо ваш [план](#) не відповідає [стандартам мінімальної вартості](#), ви можете мати право на [податковий кредит](#), щоб мати змогу оплатити [план](#), придбаний на [ринку медичного страхування](#).

Послуги мовної підтримки

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 Deitsch, 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, a'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

Щоб переглянути приклади того, як цей [план](#) може покривати витрати в типовій медичній ситуації, див. наступний розділ.

Про ці приклади страхового покриття



Не є оцінкою витрат. Наведені методи лікування є лише прикладами того, як план може покривати медичні послуги. Ваші фактичні витрати відрізнятимуться залежно від отриманих послуг, цін, які встановили постачальники послуг, і багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми розподілу витрат (франшиза, доплата та співстрахування), а також на послуги, яких не покриває цей план. Використовуйте цю інформацію, щоб порівняти частку витрат, яку вам, можливо, доведеться сплачувати за різними планами медичного страхування. Зверніть увагу: ці приклади покриття базуються на індивідуальному страхуванні (для однієї особи).

Пег народжує дитину (9 місяців ведення вагітності в мережевого постачальника послуг і пологи в стаціонарі)

■ Загальна <u>франшиза</u> за <u>планом</u>	\$0
■ <u>Доплата за прийом у профільного спеціаліста</u>	\$15
■ <u>Доплата</u> за послуги закладу (стаціонар)	\$100
■ <u>Доплата</u> за інші послуги (аналізи крові)	\$0

Цей ПРИКЛАД страхового випадку охоплює наведені нижче послуги.

Прийоми в профільних спеціалістів (допологове спостереження)
Професійні послуги під час пологів
Послуги закладу охорони здоров'я, пов'язані з пологами
Діагностичні дослідження (УЗД та аналізи крові)
Прийом у профільного спеціаліста (анестезія)

Орієнтовна загальна вартість	\$12,700
У цьому прикладі Пег сплатить:	
<i>Розподіл витрат</i>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$100
<u>Співстрахування</u>	\$0
<i>Чого не покриває страховка</i>	
Обмеження та виключення	\$60
Загальна сума, яку сплатить Пег	\$160

Контроль діабету 2-го типу в Джо (рік планового нагляду в мережевого постачальника послуг для контролю захворювання)

■ Загальна <u>франшиза</u> за <u>планом</u>	\$0
■ <u>Доплата за прийом у профільного спеціаліста</u>	\$15
■ <u>Доплата</u> за послуги закладу (стаціонар)	\$100
■ <u>Доплата</u> за інші послуги (аналізи крові)	\$0

Цей ПРИКЛАД страхового випадку охоплює наведені нижче послуги.

Прийоми в лікаря первинної медичної допомоги (включно з навчанням щодо захворювання)
Діагностичні дослідження (аналіз крові)
Рецептурні лікарські засоби
Медичне обладнання тривалого користування (глюкометр)

Орієнтовна загальна вартість	\$5,600
У цьому прикладі Джо сплатить:	
<i>Розподіл витрат</i>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$300
<u>Співстрахування</u>	\$0
<i>Чого не покриває страховка</i>	
Обмеження та виключення	\$0
Загальна сума, яку сплатить Джо	\$300

Простий перелом у Мії (звернення до мережевого відділення невідкладної допомоги та подальше лікування)

■ Загальна <u>франшиза</u> за <u>планом</u>	\$0
■ <u>Доплата за прийом у профільного спеціаліста</u>	\$15
■ <u>Доплата</u> за послуги закладу (стаціонар)	\$100
■ <u>Доплата</u> за інші послуги (рентген)	\$0

Цей ПРИКЛАД страхового випадку охоплює наведені нижче послуги.

Допомога у відділенні екстреної допомоги (включно з медичними витратними матеріалами)
Діагностичне обстеження (рентген)
Медичне обладнання тривалого користування (милиці)
Реабілітаційні послуги (фізіотерапія)

Орієнтовна загальна вартість	\$2,800
У цьому прикладі Мія сплатить:	
<i>Розподіл витрат</i>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$400
<u>Співстрахування</u>	\$0
<i>Чого не покриває страховка</i>	
Обмеження та виключення	\$0
Загальна сума, яку сплатить Мія	\$400

План відповідає за оплату решти витрат за послуги, наведені тут як ПРИКЛАД послуг, які покриває страховка.

Повідомлення про недопущення дискримінації

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) дотримується чинних федеральних законів і законів штату про громадянські права та не допускає дискримінації, виключення чи іншого нерівного ставлення до людей за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження (включно з недостатнім володінням англійською мовою), віку, інвалідності або статі (включаючи статеві характеристики, ознаки інтерсексуальності; вагітність або пов'язані з нею стани; сексуальну орієнтацію; гендерну ідентичність та статеві стереотипи).

Kaiser Health Plan надає вказані нижче послуги.

- Надає людям із інвалідністю розумні пристосування, а також відповідні безкоштовні допоміжні засоби та послуги для ефективного спілкування з нами, наприклад:
 - послуги кваліфікованих сурдоперекладачів;
 - письмову інформацію в альтернативних форматах, як-от великий шрифт, аудіозаписи, шрифт Брайля та доступні електронні формати.
- Надає безкоштовні мовні послуги людям, для яких англійська мова не є рідною; до таких послуг належать:
 - послуги кваліфікованих усних перекладачів;
 - виклад інформації іншими мовами.

Якщо вам потрібні ці послуги, зателефонуйте до служби підтримки для учасників плану за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Якщо ви вважаєте, що Kaiser Health Plan не надав зазначені послуги або іншим чином допустив дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності, статі, гендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу координатору з питань цивільних прав поштою, телефоном або факсом. Якщо вам потрібна допомога в поданні скарги, координатор з питань громадянських прав готовий надати вам допомогу. Ви можете зв'язатися з координатором із питань громадянських прав за адресою, вказаною нижче.

Member Relations Department

Attention: Kaiser Civil Rights

Coordinator

500 NE Multnomah St., Suite 100

Portland, OR 97232-2099

Факс: **1-855-347-7239**

Ви також можете подати скаргу щодо порушення громадянських прав до Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services), до Управління з питань цивільних прав (Office for Civil Rights) в електронному вигляді через портал подання скарг Управління з питань цивільних прав, доступний за адресою **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, або поштою чи телефоном.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Телефон: **1-800-368-1019**

TDD: **1-800-537-7697**

Бланки скарг можна отримати за адресою **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Для учасників програми зі штату Вашингтон

Ви також можете подати скаргу до Управління комісара з питань страхування штату Вашингтон (Washington State Office of the Insurance Commissioner) в електронному вигляді через портал для подання скарг доступний за адресою

<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, за телефоном: **1-800-562-6900** або **360-586-0241**

(TDD). Бланки для подання скарг можна отримати за адресою

<https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Це повідомлення можна отримати за адресою

<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) تنبيه: 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 Sprachassistentz 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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល 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**).

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](#).



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

Важлива примітка щодо ретроактивності

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.

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

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: HNSHIPProgram@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

Kaiser Permanente Northwest



Обслуговування нових учасників 1-888-491-1124 myseiu.be/kp-new-member

Обслуговування учасників 1-800-813-2000 myseiu.be/kp-member

Психіатрична допомога 1-800-813-2000 myseiu.be/kpnw-bh

Телефон гарячої лінії медичного консультування 1-800-324-8010 myseiu.be/kp-nurse

Допомога з мовного питання для учасників 1-800-813-2000 myseiu.be/kp-language

Стоматологічні послуги

Delta Dental 1-800-554-1907 deltadentalwa.com

Willamette Dental 1-855-433-6825 myseiu.be/oe-willamette

Інші переваги

EPIC Hearing 1-877-363-5638 myseiu.be/epic

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.