



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  
ភាសាមවស់អ្នក។

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).

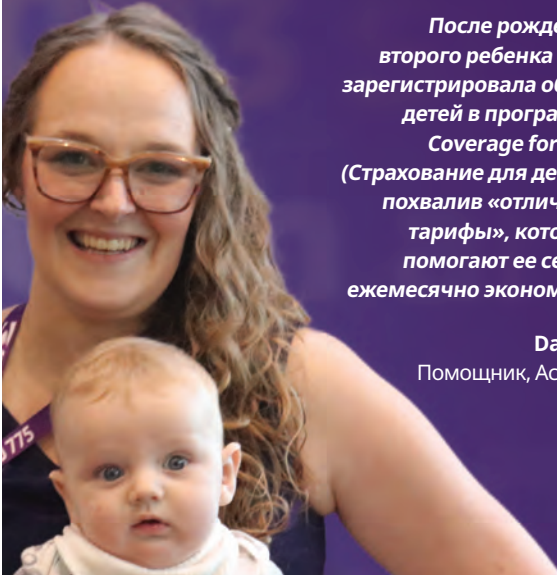
## 3) Создайте учетную запись для страховых льгот по медицинскому обслуживанию

- 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>myseiou.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

## 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**

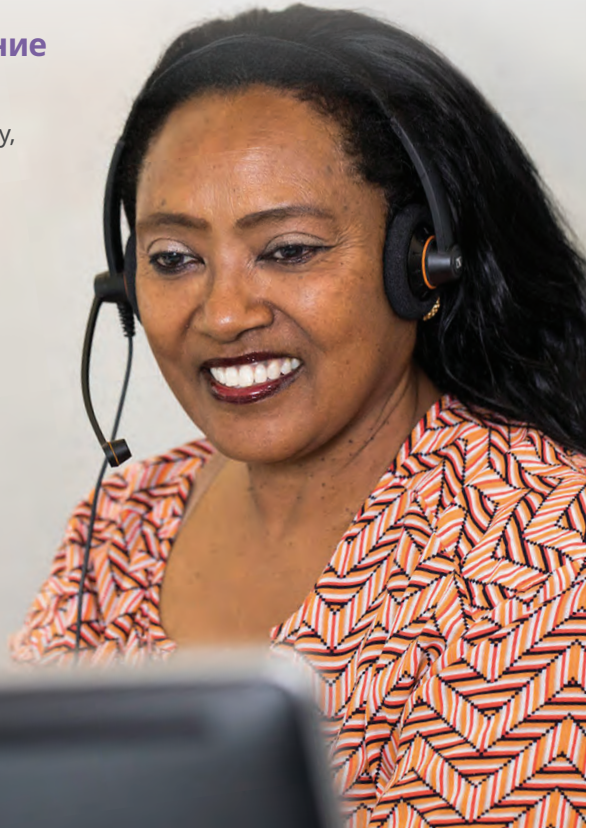
Доступна языковая поддержка.

### 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 of Washington HMO.

**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>Льготы</b>	<b>Внутри сети</b>
<b>Вычитаемая франшиза плана</b>	Нет ежегодной вычитаемой франшизы
<b>Перенос индивидуальной вычитаемой франшизы</b>	Не применимо
<b>План страхования с участием страхователя в оплате</b>	Не применимо
<b>Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания</b>	<b>Индивидуальный предел расходов страхователя на оплату покрываемого обслуживания:</b> \$1 200 <b>Семейный предел расходов страхователя на оплату покрываемого обслуживания:</b> \$2 400 Собственные издержки на оплату следующих покрываемых услуг включены в предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания. Все совместные покрытия затрат на покрываемые услуги
<b>Период ожидания при изначально имеющемся состоянии (ПЕС)</b>	Нет
<b>Максимум за весь срок обслуживания</b>	Нет
<b>Амбулаторное обслуживание (посещения кабинета)</b>	Нет доплаты за первичную медпомощь / доплата — \$15 за специализированную медпомощь
<b>Экстренная помощь</b>	Сетевой центр оказания экстренной помощи: Нет доплаты за первичную медпомощь / доплата — \$15 за специализированную медпомощь
<b>Больничное обслуживание</b>	<b>Услуги, оказываемые в стационаре:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется. <b>Амбулаторная хирургия:</b> Доплата — \$50
<b>Рецептурные препараты (некоторые инъекционные лекарственные препараты могут покрываться в рамках амбулаторного обслуживания)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>По стоимости / предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) Доплата — \$4 / \$8 / \$25 за количество на 30 дней</li> <li>Инсулин. Предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2). Доплата — \$0/\$0</li> <li>Ингаляторы и шприц-ручки: предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2). Доплата — \$8/\$25</li> </ul>
<b>Заказ рецептурных препаратов по почте</b>	Скидка \$5 за количество на 30 дней
<b>Иглоукалывание</b>	Покрытие до 20 посещений на один медицинский диагноз за календарный год без предварительного разрешения; дополнительные посещения, если одобрены планом, — полное покрытие.
<b>Служба скорой медицинской помощи</b>	По плану оплачивается 80 %, вы платите 20 %
<b>Химическая зависимость</b>	<b>Стационарные:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется. <b>Амбулаторные:</b> Доплата — \$0
<b>Изделия, оборудование и расходные материалы</b>	Покрытие в размере 100 %. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется. <ul style="list-style-type: none"> <li>Медицинские изделия длительного пользования</li> <li>Ортопедические приспособления</li> <li>Бюстгальтеры для использования после удаления молочной железы ограничены двумя (2) каждые шесть (6) месяцев</li> <li>Материалы для ухода за стомой</li> <li>Протезные приспособления</li> </ul>
<b>Материалы для диабетиков</b>	Инсулин, иглы, шприцы, ланцеты — см. «Рецептурные препараты». Внешние инсулиновые помпы, глюкометры, реактивы для анализов и расходные материалы — см. «Изделия, оборудование и расходные материалы». При покрытии статьи «Изделия, оборудование и расходные материалы» или «Рецептурные препараты» с предельными размерами льгот материалы для диабетиков этими предельными размерами не ограничиваются.

Льготы	Внутри сети
<b>Диагностическая лаборатория и рентгеновские исследования</b>	<b>Стационарные:</b> Покрытие по статье «Больничное обслуживание» <b>Амбулаторные:</b> Полное покрытие, КТ, МРТ и ПЭТ-сканирования с доплатой \$50 Услуги высококачественной лучевой диагностики — КТ, МРТ, ПЭТ — должны быть признаны медицинской потребностью и требуют предварительного разрешения, кроме оказания скорой помощи и услуг, оказываемых в стационаре.
<b>Экстренные службы</b> (при госпитализации доплата не требуется)	Доплата — \$200 в рекомендованном учреждении Доплата — \$200 в прочих учреждениях
<b>Обследование слуха</b> (плановое)	Доплата — \$0
<b>Аппаратные компоненты слуховых аппаратов</b>	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="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> .
<b>Услуги медицинской помощи на дому</b>	Полное покрытие. Количество посещений не ограничено. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется.
<b>Услуги хосписа</b>	Полное покрытие. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется.
<b>Услуги по лечению бесплодия</b>	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="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a> .
<b>Мануальная терапия</b>	Покрытие до 20 посещений за календарный год без предварительного разрешения — с доплатой \$0.
<b>Услуги массажа</b>	См. «Услуги по реабилитации»
<b>Услуги по ведению беременности</b>	<b>Стационарные:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию <b>Амбулаторные:</b> Доплата — \$0. Обычный медицинский осмотр не предусматривает доплату за амбулаторное обслуживание.
<b>Психическое здоровье</b>	<b>Стационарные:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется. <b>Амбулаторные:</b> Доплата — \$0
<b>Натуропатия</b>	Неограниченное число посещений за календарный год без предварительного одобрения. Полное покрытие.
<b>Услуги для новорожденных</b>	Пребывание в больнице после рождения: См. «Больничное обслуживание»; «Посещение кабинета»; См. «Амбулаторное обслуживание»; «Обычный медицинский осмотр»; См. «Профилактика». Любое применяемое совместное покрытие затрат на услуги для новорожденных считается отдельно от покрытия для матери.
<b>Услуги, связанные с наличием ожирения</b>	Покрывается с совместным покрытием затрат при выполнении медицинских критериев
<b>Трансплантация органов</b>	Не ограничено, нет периода ожидания <b>Стационарные:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию <b>Амбулаторные:</b> Доплата — \$0
<b>Профилактика:</b> Физическая профилактика, иммунизация, осмотр с цитологическим мазком, маммограммы	Полное покрытие Услуги по профилактике для женщин (включая противозачаточные лекарственные препараты и устройства, а также стерилизацию) покрываются полностью.
<b>Услуги по реабилитации:</b> Посещения для прохождения реабилитации входят в общую льготу для комплексного лечения в течение календарного года	<b>Стационарные:</b> 60 дней за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено. Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Требуется предварительное разрешение; в противном случае покрытие не предоставляется. <b>Амбулаторные:</b> 60 посещений за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено. Нет доплаты за первичную медпомощь / доплата — \$15 за специализированную медпомощь
<b>Учреждение с квалифицированным сестринским уходом</b>	Полное покрытие до 60 дней за календарный год.
<b>Стерилизация</b> (вазэктомия, перевязка маточных труб)	Полное покрытие.
<b>Услуги для височно-челюстных суставов (TMJ)</b>	<b>Стационарные:</b> Доплата — \$100 в день, до 5 дней за каждую госпитализацию <b>Амбулаторные:</b> Доплата — \$0
<b>Консультации по отказу от потребления табака</b>	Программа Quit for Life — полное покрытие
<b>Обычный уход за зрением и линзы для оптических изделий</b>	Покрытие в рамках отдельной льготы: VSP Vision Care. Подробнее на сайте: <a href="http://myseiu.be/vsp">myseiu.be/vsp</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

**Краткое описание страхового покрытия и объема покрываемых услуг:**

что покрывает этот план и сколько вы платите за покрываемые услуги

Период действия страхового покрытия: 01.08.2026 — 31.07.2027

 **KAISER PERMANENTE**: SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Core Plan HMO

Страховое покрытие для: одного человека / семьи | Тип плана: HMO

Все планы предлагаются и предоставляются компанией Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.



**Краткое описание страхового покрытия и объема покрываемых услуг (Summary of Benefits and Coverage, SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC указано, как между вами и планом будет распределена плата за покрываемые медицинские услуги. ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого плана (размере страхового взноса) будет предоставлена отдельно. В настоящем документе приводится только краткое описание.** Чтобы узнать больше о своем страховом покрытии или получить полную версию условий покрытия, перейдите на страницу

[www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711). Определения общих терминов, таких как допустимая сумма, выставление счета за разницу стоимости, сострахование, доплата, франшиза, поставщик услуг, а также других подчеркнутых терминов см. в глоссарии. Чтобы ознакомиться с глоссарием, перейдите на страницу [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711) и запросите его экземпляр.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u> ?	\$0	Ваши расходы на услуги, которые покрывает данный <u>план</u> , см. в таблице с типичными медицинскими эпизодами ниже.
Покрываются ли планом какие-либо услуги, прежде чем будет достигнута сумма <u>франшизы</u> ?	Не применимо.	Данный <u>план</u> покрывает определенные товары и услуги, даже если сумма ваших расходов не достигла размера <u>франшизы</u> . Но при этом может применяться <u>доплата</u> или <u>сострахование</u> . Например, <u>план</u> покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без вашего участия в <u>оплате</u> и до выплаты <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на странице <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
Применяются ли другие франшизы для конкретных услуг?	Нет.	Выплачивать <u>франшизы</u> для конкретных услуг не требуется.
Каков <u>максимальный размер выплат из собственных средств</u> участника этого <u>плана</u> ?	\$1200 на человека / \$2400 на семью	<u>Максимальная сумма собственных расходов</u> — это максимум, который вы можете заплатить за покрываемые услуги в течение года. Если в этот <u>план</u> включены члены вашей семьи, для них установлены отдельные <u>максимальные суммы собственных расходов</u> , в рамках которых они обязаны оплачивать свои расходы на медицинские услуги, пока не будет достигнута общая <u>максимальная сумма собственных расходов</u> семьи.
Какие платежи не учитываются в <u>максимальной сумме собственных расходов</u> ?	<u>Страховые взносы, оплата счетов за разницу в стоимости, услуг, которые не покрываются этим планом, а также услуг, для которых это указано в таблице, начинающейся на стр. 2.</u>	Несмотря на то что вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u> .
Будете ли вы платить меньше при обращении к <u>поставщику услуг, входящему в систему обслуживания</u> ?	Да. Перейдите на сайт <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711), чтобы ознакомиться со списком входящих в систему обслуживания <u>поставщиков услуг</u> .	В <u>плане</u> существует своя система поставщиков услуг. Вы заплатите меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в эту систему обслуживания <u>плана</u> . Вам придется платить больше всего, если вы воспользуетесь услугами <u>поставщика, не входящего в систему обслуживания</u> . В таком случае вы также можете получить от <u>поставщика услуг</u> счет на оплату разницы между стоимостью его услуг и суммой, которую за них платит ваш план (выставление счета за разницу в стоимости). Обратите внимание: ваш <u>поставщик услуг, входящий в систему обслуживания</u> , при предоставлении определенных услуг (например, для проведения лабораторных анализов) может пользоваться услугами <u>поставщиков, не входящих в систему обслуживания</u> . Уточняйте такие детали у своего поставщика услуг до предоставления обслуживания.
Требуется ли направление для посещения <u>специалиста</u> ?	Да, но к определенным <u>специалистам</u> вы можете обращаться самостоятельно.	Данный <u>план</u> полностью или частично оплачивает расходы на посещение <u>специалиста</u> для получения покрываемых услуг, но только если вы получите <u>направление</u> до визита к <u>специалисту</u> .

 Все суммы [доплат](#) и [сострахования](#), указанные в этой таблице, применяются после полной выплаты [франшизы](#), если [франшиза](#) применяется.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичная медицинская помощь при травме или заболевании	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Посещение <a href="#">специалиста</a>	\$15 за посещение	Не покрывается	Нет
	<a href="#">Профилактическое обслуживание / обследования / вакцинация</a>	Плата не взимается	Не покрывается	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются профилактическими. Спросите у поставщика услуг, считаются ли необходимые вам услуги профилактическими. Затем проверьте, что оплачивает ваш <a href="#">план</a> .
Анализы и обследования	<a href="#">Диагностическое исследование</a> (рентген, анализ крови)	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Медицинская визуализация (КТ (computed tomography, CT) / ПЭТ (positron emission tomography, PET), МРТ (magnetic resonance imaging, MRI))	\$50 за посещение	Не покрывается	Требуется <a href="#">предварительное разрешение</a> .
Получение лекарств для лечения заболевания или состояния Дополнительную информацию о <a href="#">покрытии лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту</a> , можно найти на веб-странице <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Препараты, отобранные на основании их эффективности	\$4 (при покупке в розничной аптеке); \$8 (при покупке в розничной аптеке); \$3 (при заказе по почте) за каждый <a href="#">рецепт</a> .	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). За средства контрацепции плата не взимается. Согласно рекомендациям <a href="#">фармакологического справочника</a> .
	Рекомендованные непатентованные препараты	\$25 (при покупке в розничной аптеке); \$20 (при заказе по почте) за каждый <a href="#">рецепт</a> .	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно правилам <a href="#">фармакологического справочника</a> .
	Нерекомендованные препараты	Не покрывается	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно правилам <a href="#">фармакологического справочника</a> .
	<a href="#">Специализированные препараты</a>	Применяются соответствующие суммы участия в оплате для рекомендованных непатентованных, рекомендованных патентованных или нерекомендованных препаратов.	Не покрывается	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке). Согласно правилам <a href="#">фармакологического справочника</a> , если одобрено в рамках процесса предоставления исключения.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	\$50 за посещение	Не покрывается	Нет
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Плата за услуги врача/хирурга включена в стоимость услуг учреждения.
Неотложная медицинская помощь	<a href="#">Уход в отделении экстренной помощи</a>	\$200 за посещение	\$200 за посещение	Если вам оказывает услуги поставщик, <u>не входящий</u> в систему обслуживания, вы обязаны уведомить Kaiser Permanente о поступлении в такое учреждение в течение 24 часов. В этом случае покрытие распространяется только на первоначальную экстренную медицинскую помощь. <u>Доплата</u> не взимается при госпитализации непосредственно в стационар.
	<a href="#">Услуги транспорта скорой помощи</a>	<u>Сострахование</u> : 20 %	<u>Сострахование</u> : 20 %	Нет
	<a href="#">Неотложная помощь</a>	Плата не взимается	\$200 за посещение	Услуги, оказываемые поставщиками, <u>не входящими</u> в систему обслуживания, покрываются, если участник временно находится за пределами зоны обслуживания.
Пребывание в больнице	Плата за услуги учреждения (например, за больничную палату)	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Плата за услуги врача/хирурга включена в стоимость услуг учреждения. Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
Психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь	Услуги в амбулаторных условиях	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Стационарные услуги	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Плата не взимается	Не покрывается	В зависимости от типа услуг может взиматься <u>доплата</u> , применяться <u>сострахование</u> или <u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Услуги специалистов при родах	Плата не взимается	Не покрывается	Услуги специалистов входят в услуги учреждения. Вы обязаны уведомить компанию Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента поступления к специалисту или сразу же, как это станет возможно с медицинской точки зрения. <u>Участие в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от участия в оплате услуг для матери.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
	Услуги учреждения при родах	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Вы обязаны уведомить компанию Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента поступления к специалисту или сразу же, как это станет возможно с медицинской точки зрения. <u>Участие в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от участия в оплате услуг для матери.
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<a href="#">Медицинское обслуживание на дому</a>	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
	<a href="#">Реабилитационные услуги</a>	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день, до \$500 за госпитализацию.	Не покрывается	Учитывается вместе со вспомогательными услугами. В амбулаторных условиях: максимум 60 посещений в год. В стационаре: максимум 60 дней в год; требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<a href="#">Вспомогательные услуги</a>	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день, до \$500 за госпитализацию.	Не покрывается	Учитывается вместе с реабилитационными услугами. В амбулаторных условиях: максимум 60 посещений в год. В стационаре: максимум 60 дней в год; требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<a href="#">Уход квалифицированных медсестер</a>	Плата не взимается	Не покрывается	Максимум 60 дней в год. Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
	<a href="#">Медицинское оборудование длительного пользования</a>	Плата не взимается	Не покрывается	Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> . Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
	<a href="#">Услуги хосписа</a>	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> .
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Офтальмологическое обследование для детей	Не покрывается	Не покрывается	Нет
	Очки для детей	Не покрывается	Не покрывается	Нет
	Стоматологический осмотр для детей	Не покрывается	Не покрывается	Нет

**Услуги, не включенные в страховое покрытие, а также иные покрываемые услуги**

Услуги, которые ваш [план](#) обычно НЕ покрывает (дополнительную информацию и список других [не включенных в страховое покрытие услуг](#) можно найти в страховом полисе или документации [плана](#))

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Очки для детей</li><li>• Косметическая хирургия</li><li>• Стоматологические услуги (для взрослых и детей)</li><li>• Слуховые аппараты</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Лечение бесплодия</li><li>• Долгосрочный уход</li><li>• Неэкстренная медицинская помощь за пределами США</li><li>• Услуги частной медицинской сестры</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Стандартное офтальмологическое обслуживание (для взрослых)</li><li>• Стандартный уход за стопами</li><li>• Программы похудения</li></ul> |
|---|--|--|

**Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список не является полным; См. документацию своего [страхового плана](#).)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Иглоукалывание (максимум 20 посещений в год)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Бариатрическая хирургия</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Мануальная терапия (максимум 20 посещений в год)</li></ul> |
|--|---|--|

**Ваши права на продление страхового покрытия.** Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуального страхового покрытия через биржу [медицинского страхования](#). Более подробную информацию о бирже медицинского страхования вы можете получить, перейдя на сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) или позвонив по номеру 1-800-318-2596.

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

**Контактные данные для получения информации о ваших правах на продление страхового покрытия и правах на подачу претензий и апелляций**

Отдел обслуживания участников страховых планов Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) или <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
Управление по обеспечению страхового покрытия работников при Департаменте труда США (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) или <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Департамент здравоохранения и социальных услуг США (Department of Health & Human Services), Центр информации для потребителей и страхового надзора (Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 или <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Департамент страхования штата Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 или <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**Этот план предоставляет минимально необходимое страховое покрытие? Да**

Минимально необходимое страховое покрытие, как правило, включает [страховые планы](#), [медицинское страхование](#), приобретаемое через [биржу](#), или другие индивидуальные доступные на рынке страховые полисы, программы Medicare и Medicaid, Программу медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP), программу TRICARE, а также некоторые другие виды покрытия. Если вы имеете право на определенные типы минимально необходимого страхового покрытия, вы можете не иметь права на [налоговый кредит для оплаты страховых взносов](#).

**Этот план соответствует стандартам в отношении минимального объема покрытия? Да Нет**

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

**Услуги перевода**

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

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

*Примеры того, как данный [план](#) может покрывать расходы в различных случаях необходимости в медицинском обслуживании, приведены в следующем разделе.*

Об этих примерах страхового покрытия



**Это не калькулятор расходов.** Ниже приведены просто примеры возможного покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового [плана](#). Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими [поставщиками услуг](#), и многих других факторов. Обратите внимание на суммы [участия в оплате](#) (франшизы, доплаты и [сострахование](#)), а также на [услуги, не включенные в покрытие плана](#). Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам, возможно, нужно будет заплатить в рамках разных [планов](#) медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

**Рег родила ребенка**

(9 месяцев дородового наблюдения у поставщиков услуг, входящих в систему обслуживания, и роды в больнице)

- Общая сумма [франшизы по плану](#) \$0
- [Услуги специалиста — доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (анализы крови) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Посещения кабинета специалиста (*дородовое наблюдение*)  
 Услуги специалистов при родах  
 Услуги учреждения при родах  
 Диагностические исследования (*УЗИ и анализы крови*)  
 Услуги специалиста (*анестезия*)

<b>Общая стоимость услуг в примере</b>	\$12,700
--	----------

**В этом случае Рег заплатит:**

Участие в оплате	
<a href="#">Франшизы</a>	\$0
<a href="#">Доплаты</a>	\$100
<a href="#">Сострахование</a>	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$20
<b>Всего Рег заплатит:</b>	<b>\$120</b>

**Контроль диабета 2-го типа у Джо**

(ведение заболевания на стадии компенсации у поставщиков услуг, входящих в систему обслуживания, в течение года)

- Общая сумма [франшизы по плану](#) \$0
- [Услуги специалиста — доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (анализы крови) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Посещения кабинета врача первичного медицинского обслуживания (*включая просвещение о заболевании*)  
 Диагностические исследования (*анализы крови*)  
 Лекарства по рецепту  
 Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

<b>Общая стоимость услуг в примере</b>	\$5,600
--	---------

**В этом случае Джо заплатит:**

Участие в оплате	
<a href="#">Франшизы</a>	\$0
<a href="#">Доплаты</a>	\$600
<a href="#">Сострахование</a>	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
<b>Всего Джо заплатит:</b>	<b>\$600</b>

**У Миа простой перелом**

(обращение в отделение экстренной помощи, входящее в систему обслуживания, и последующее врачебное наблюдение)

- Общая сумма [франшизы по плану](#) \$0
- [Услуги специалиста — доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (рентген) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Уход в отделении экстренной помощи (*включая материалы медицинского назначения*)  
 Диагностические исследования (*рентген*)  
 Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)  
 Реабилитационные услуги (*физиотерапия*)

<b>Общая стоимость услуг в примере</b>	\$2,800
--	---------

**В этом случае Миа заплатит:**

Участие в оплате	
<a href="#">Франшизы</a>	\$0
<a href="#">Доплаты</a>	\$200
<a href="#">Сострахование</a>	\$200
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
<b>Всего Миа заплатит:</b>	<b>\$400</b>

Все остальные расходы на покрываемые услуги в этих ПРИМЕРАХ возьмет на себя [план](#).

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 of Washington



Услуги для новых членов	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Member Services (Отдел обслуживания участников)	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
Психиатрическая помощь	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
Консультации медсестер	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
Языковая поддержка для членов	1-888-901-4636	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.