



SEIU 775
BENEFITS GROUP

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.

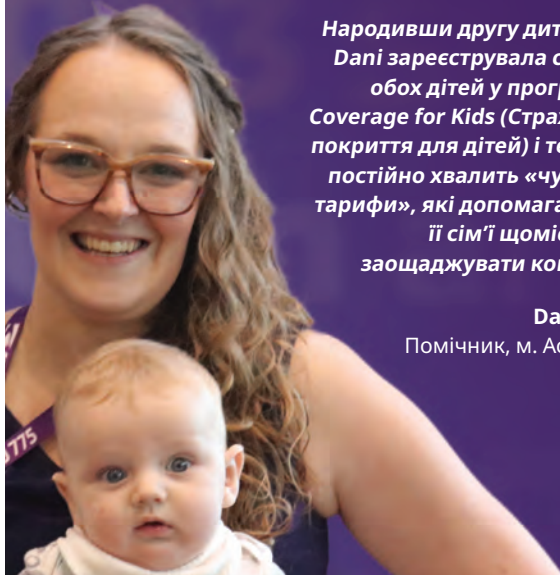
3) Створіть обліковий запис медичного страхування

- 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 відпрацюєте 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 вирахуватиме 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 of Washington HMO.

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.

Переваги	У мережі
Франшиза за планом	Без річної франшизи
Перенесення індивідуальних франшиз	Не застосовно
Доплата за страхування за планом	Доплата за страхування за планом відсутня
Ліміт власних коштів	Ліміт власних коштів особи: 1200 дол. США Ліміт власних коштів сім'ї: 2400 дол. США Витрати на наведені далі послуги, на які діє покриття, належать до ліміту власних коштів: Усі частки витрат на послуги, на які діє покриття
Період очікування для попередньо наявних захворювань (PEC)	PEC відсутні
Максимум для всього життя	Необмежено
Амбулаторні послуги (Відвідування лікаря)	Без доплати для послуг основного лікаря / 15 дол. США для послуг спеціаліста
Невідкладна допомога	Мережевий центр невідкладної допомоги: Без доплати для послуг основного лікаря / 15 дол. США для послуг спеціаліста
Послуги лікарні	Стационарні послуги: Доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. Амбулаторна хірургія: доплата 50 дол. США
Рецептурні препарати (на деякі ін'єкційні препарати може діяти покриття згідно з розділом «Амбулаторні послуги»)	<ul style="list-style-type: none"> • Доплата за ціннісно-орієнтовані / бажані генеричні (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) 4/8/25 дол. США доплати за 30-денний запас • Інсулін. Доплата за бажаний генеричний (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) – 0/0 дол. США • Інгалатори й автоматичні шприци з епінефрином. Доплата за бажаний генеричний (рівень 1) / бажаної торгової марки (рівень 2) – 8/25 дол. США
Замовлення поштою за рецептом	Знижка 5 дол. США на 30-денний запас
Голковколювання	Діє покриття на максимум 20 візитів на медичний діагноз на календарний рік без попередньої авторизації; додаткові візити, якщо вони схвалюються планом, покриваються в повному обсязі.
Послуги швидкої допомоги	План сплачує 80%, ви сплачуєте 20%
Залежність від хімічних речовин	Стационарно: доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. Амбулаторно: Доплата 0 дол. США
Прилади, обладнання та витратні матеріали	Покривається на 100%. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. <ul style="list-style-type: none"> • Довговічне медичне обладнання • Ортопедичні вироби • Бюстгальтери після мастектомії: максимум два (2) на кожні шість (6) місяців • Витратні матеріали для стоми • Протезні вироби
Товари для діабетиків	Інсулін, голки, шприци та ланцети – див. «Рецептурні препарати». Зовнішні інсулінові помпи, глюкометри, тест-реагенти та витратні матеріали – див. «Прилади, обладнання та витратні матеріали». Якщо на прилади, обладнання та витратні матеріали або рецептурні препарати діє покриття та вони мають ліміти пільг, то на товари для діабетиків ці ліміти не поширюються.
Діагностична лабораторія та рентгенологічні послуги	Стационарно: діє покриття в межах послуг лікарні Амбулаторно: покриття в повному обсязі, на МРТ/ПЕТ/КТ доплата 50 дол. США Послуги високотехнологічної радіологічної візуалізації, як-от КТ, МРТ й ПЕТ, підлягають визнанню як послуги, необхідні з медичного погляду, і передбачають отримання переднього дозволу, за винятком випадків, коли вони пов'язані з невідкладною допомогою чи стационарними послугами.

Переваги	У мережі
Невідкладна допомога (у разі госпіталізації доплата не стягується)	Доплата 200 дол. США в уповноваженій установі Доплата 200 дол. США в неуповноваженій установі
Обстеження слуху (планові)	Доплата 0 дол. США
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 .
Медичні послуги на дому	Повне покриття. Без обмежень на візити. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.
Послуги хоспісу	Повне покриття. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.
Послуги з лікування безпліддя	Діє покриття окремими перевагами: Фертильність і створення сім'ї від Progyny. 2+1 Smart Cycles, які допоможуть учасникам пройти шлях, що стосується фертильності та створення сім'ї. Дізнайтеся більше на myseiu.be/progyny
Мануальна терапія	Діє покриття до 20 візитів на календарний рік без попереднього дозволу – доплата 0 дол. США.
Послуги масажу	Див. розділ «Реабілітаційні послуги»
Послуги для вагітних	Стационарно: доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: доплата 0 дол. США. Планове лікування, яке не підлягає доплаті за амбулаторні послуги.
Психічне здоров'я	Стационарно: Доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. Амбулаторно: Доплата 0 дол. США
Натуропатія	Необмежена кількість візитів на календарний рік без попередньої авторизації. Повне покриття.
Послуги для новонароджених	Первинне перебування в лікарні: див. розділ «Послуги лікарні»; «Відвідування лікарня»: див. розділ «Амбулаторні послуги»; «Планове лікування»: див. розділ «Профілактика». Будь-яка застосовна частка витрат на послуги для новонароджених стягується окремо від витрат матері.
Послуги, пов'язані з надмірною вагою	Діє покриття в рахунок частки витрат за умови відповідності медичним критеріям
Трансплантація органів	Необмежено, без періоду очікування Стационарно: доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: Доплата 0 дол. США
Профілактика: Планові медичні огляди, вакцинація, гінекологічні обстеження (ПАП-тест), мамографія	Повне покриття Для послуг із профілактики захворювань у жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби, стерилізація) діє повне покриття.
Реабілітаційні послуги: Реабілітаційні візити – це загальна кількість комбінованих терапевтичних візитів за календарний рік	Стационарно: 60 днів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. Амбулаторно: 60 візитів на календарний рік. Для послуг із діагностики психічного здоров'я покриття діє без обмежень. Без доплати для послуг основного лікаря / 15 дол. США для послуг спеціаліста
Заклад кваліфікованого догляду	Діє повне покриття до 60 днів за календарний рік.
Стерилізація (вазектомія, перев'язування маткових труб)	Повне покриття.
Послуги, що стосуються скронево-нижньощелепного суглоба (TMJ)	Стационарно: доплата розміром 100 дол. США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію Амбулаторно: Доплата 0 дол. США
Консультації з питань відмови від тютюнопаління	Програма Quit for Life (Кинути назавжди) – повне покриття
Планове обстеження зору та оптичні вироби	Діє покриття окремими перевагами: VSP Vision Care. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/vsp

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

Ортодонція— 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

Резюме страхового покриття та обсягу послуг, що покриваються: які послуги покриває план і скільки ви платитимете за послуги, що покриваються

Період страхового покриття: 01.08.2026 — 31.07.2027

 KAISER PERMANENTE: SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Core Plan-R HMO
Усі плани надаються та забезпечуються компанією Kaiser Foundation Health Plan of Washington


Покриття: індивідуальне / для родини | Тип плану: НМО



Цей документ, резюме страхового покриття та обсягу послуг, що покриваються (Summary of Benefits and Coverage, SBC), допоможе вам вибрати план медичного страхування. У документі SBC пояснюється, яким чином витрати на медичні послуги, що покриваються, розподілятимуться між вами та планом. ПРИМІТКА. Відомості про вартість цього плану («страховий внесок») будуть надані окремо. Цей документ є лише резюме. Докладнішу інформацію про ваше покриття або повний виклад умов покриття ви можете отримати на сайті www.kp.org/plandocuments або зателефонувавши за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Загальні визначення найуживаніших термінів, як-от дозволена сума, рахунок на різницю у вартості, частка участі в оплаті, доплата, франшиза, постачальник медичних послуг, а також інших підкреслених термінів див. в глосарії. Глосарій можна знайти на сайті www.healthcare.gov/sbc-glossary або ж зателефонувати за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711) і замовити примірник.

Важливі питання	Відповіді	Чому це важливо:
Яка загальна сума франшизи?	\$0	Витрати на послуги, що покриваються цим <u>планом</u> , див. в таблиці «Загальні медичні події» нижче.
Чи є послуги, які покриваються ще до того, як ви досягнете суми франшизи?	Не застосовується.	Цей <u>план</u> покриває певні товари й послуги, навіть якщо ви ще не досягли суми <u>франшизи</u> . Але в такому разі може застосовуватися <u>доплата</u> або <u>частка участі в оплаті</u> . Наприклад, цей <u>план</u> покриває певні <u>профілактичні послуги без вашої участі в оплаті</u> та до виплати суми <u>франшизи</u> . Список <u>профілактичних послуг</u> , які покриваються, див. на сайті www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Чи застосовуються інші франшизи для окремих послуг?	Ні.	Інші <u>франшизи</u> для окремих послуг не застосовуються.
Який <u>максимальний розмір виплат із власних коштів</u> учасника встановлено для цього <u>плану</u> ?	\$1,200 (індивідуально) / \$2,400 (на родину)	<u>Максимальний розмір виплат із власних коштів</u> — це максимум, який ви можете заплатити за послуги, що покриваються, протягом року. Якщо цей <u>план</u> поширюється також на членів вашої родини, для кожного з них слід оплачувати послуги в межах їхнього <u>максимуму</u> до досягнення загального <u>максимального розміру виплат із власних коштів</u> для родини.
Що не включено до <u>максимального розміру виплат із власних коштів</u> учасника?	<u>Страхові внески</u> , витрати за <u>рахунком на різницю у вартості</u> , медичні послуги, які не покриваються цим <u>планом</u> , і послуги, зазначені в таблиці, що починається зі сторінки 2.	Навіть якщо ви оплачуєте такі витрати, вони не зараховуються до <u>максимального розміру виплат із власних коштів</u> .
Чи платитимете ви менше, якщо звертатиметеся до <u>постачальника медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану</u> ?	Так. Див. сайт www.kp.org або зателефонуйте за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711), щоб отримати перелік <u>постачальників медичних послуг</u> , які входять у систему обслуговування плану.	Цей <u>план</u> використовує систему обслуговування, до якої входять певні постачальники медичних послуг. Звертаючись до постачальника медичних послуг, який входить до системи обслуговування <u>плану</u> , ви сплачуватимете менше. Вам доведеться платити найбільше, якщо ви звертатиметеся до <u>постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану</u> . У такому разі ви можете отримати рахунок від <u>постачальника медичних послуг</u> на різницю між вартістю його послуг і сумою, яку сплачує ваш <u>план</u> (<u>рахунок на різницю у вартості</u>). Майте на увазі, що <u>постачальник медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану</u> , під час надання певних послуг (наприклад, для проведення лабораторних аналізів) може звертатися до <u>постачальників медичних послуг, які не входять у систему обслуговування плану</u> . Перш ніж користуватися послугами, уточніть це у свого постачальника медичних послуг.
Чи потрібне вам <u>направлення, щоб відвідати лікаря-спеціаліста</u> ?	Так, але до деяких <u>лікарів-спеціалістів</u> ви можете звернутися самостійно.	<u>План</u> сплачуватиме за послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , що покриваються, повністю або частково, але лише за умови отримання <u>направлення</u> до відвідування <u>лікаря-спеціаліста</u> .

 Розміри [доплат](#) і [часток участі в оплаті](#), зазначені в цій таблиці, чинні після досягнення повної суми [франшизи](#), якщо [франшиза](#) застосовується.

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
Якщо ви відвідуєте кабінет чи клініку постачальника медичних послуг	Відвідування для отримання первинної медичної допомоги в разі травми або захворювання	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Відвідування лікаря-спеціаліста	\$15 за відвідування	Не покривається	Немає
	Профілактичне обслуговування / обстеження / імунізація	Плата не стягується	Не покривається	Можливо, вам доведеться сплатити за послуги, які не є профілактичними. Про те, чи є необхідні вам послуги профілактичними, ви можете дізнатись у свого постачальника медичних послуг. Потім перевірте, що саме оплачує ваш план .
Якщо ви проходите дослідження	Діагностичне дослідження (рентген, аналіз крові)	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Медична візуалізація (КТ/ПЕТ, МРТ)	\$50 за відвідування	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл
Якщо для лікування вам необхідні лікарські препарати Додаткову інформацію про покриття лікарських препаратів, які відпускаються за рецептом , можна знайти на сайті www.kp.org/formulary .	Препарати, відібрані на підставі ефективності	\$4 (у роздрібній аптеці); \$8 (у роздрібній аптеці); \$3 (замовлення поштою) / рецепт .	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями довідника . Протизаплідні препарати й механічні засоби контрацепції не покриваються.
	Рекомендовані непатентовані препарати	\$25 (у роздрібній аптеці); \$20 (замовлення поштою) / рецепт .	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями довідника . Протизаплідні препарати й механічні засоби контрацепції не покриваються.
	Препарати, що не є рекомендованими	Не покривається	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями довідника .
	Спеціалізовані ліки	Застосовуються відповідні суми участі в оплаті , установлені для рекомендованих непатентованих, рекомендованих патентованих препаратів чи препаратів, що не є рекомендованими.	Не покривається	Запас на період до 30 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці). Згідно з рекомендаціями довідника , якщо схвалено в межах процесу визначення винятків.
Якщо вам роблять амбулаторну операцію	Плата за послуги установи (наприклад, амбулаторного хірургічного центру)	\$50 за відвідування	Не покривається	Немає

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
	Гонорар лікаря/хірурга	Плата не стягується	Не покривається	Оплату послуг лікаря/хірурга включено до плати за послуги установи.
Якщо вам необхідна негайна медична допомога	Обслуговування у відділенні швидкої допомоги	\$200 за відвідування.	\$200 за відвідування	Вам потрібно повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин, якщо ви потрапили до постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану. Покривається тільки первинна екстрена допомога. <u>Доплата</u> не стягується в разі госпіталізації безпосередньо в стаціонар лікарні.
	Послуги транспорту швидкої допомоги	<u>Частка участі в оплаті</u> 20 %	<u>Частка участі в оплаті</u> 20 %	Немає
	Невідкладна допомога	Плата не стягується	\$200 за відвідування	Обслуговування <u>постачальником медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану</u> , покривається, коли ви тимчасово перебуваєте за межами зони обслуговування.
Якщо ви перебуваєте в стаціонарі	Плата за послуги установи (наприклад, за лікарняну палату)	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
	Гонорар лікаря/хірурга	Плата не стягується	Не покривається	Оплату послуг лікаря/хірурга включено до плати за послуги установи. Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
Якщо вам необхідна психіатрична, психологічна чи наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
Якщо ви вагітні	Відвідування кабінету лікаря	Плата не стягується	Не покривається	Залежно від типу послуг може застосовуватися <u>доплата, частка участі в оплаті або франшиза</u> . Обслуговування вагітної жінки може включати дослідження та послуги, які описані деінде в документі SBC (як-от ультразвук).
	Послуги фахівця під час пологів	Плата не стягується	Не покривається	Послуги фахівця включено до послуг установи. Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього, коли це буде можливо з медичної точки зору. <u>Розподіл витрат</u> на догляд за немовлям розраховується окремо від такого розподілу для породіллі.
	Послуги установи під час пологів	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію	Не покривається	Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього, коли це буде можливо з медичної точки зору. <u>Участь в оплаті послуг для</u>

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
				новонароджені дитини розраховується окремо від послуг для породіллі.
Якщо вам потрібна допомога для відновлення здоров'я або у вас є інші особливі медичні потреби	Медичне обслуговування в домашніх умовах	Плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
	Реабілітаційні послуги	Амбулаторні: плата не стягується В умовах стаціонару: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію	Не покривається	Разом із послугами з адаптації. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	Послуги з адаптації	Амбулаторні: Плата не стягується В умовах стаціонару: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію	Не покривається	Разом із реабілітаційними послугами. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	Догляд кваліфікованих медсестер	Плата не стягується	Не покривається	60 днів на рік. Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
	Медичне обладнання тривалого користування	Плата не стягується	Не покривається	Згідно з рекомендаціями довідника. Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
	Послуги хоспісу	Плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u>
Якщо вашій дитині необхідні стоматологічні або офтальмологічні послуги	Обстеження дитини офтальмологом	Не покривається	Не покривається	Немає
	Дитячі окуляри	Не покривається	Не покривається	Немає
	Стоматологічне обстеження дитини	Не покривається	Не покривається	Немає

Послуги, які не передбачені страховим покриттям, та інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (Перегляньте страховий поліс або документацію плану , щоб дізнатися більше та ознайомитися з переліком інших послуг, які не передбачені страховим покриттям .)		
<ul style="list-style-type: none"> Дитячі окуляри Косметична хірургія Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) Слухові апарати 	<ul style="list-style-type: none"> Лікування безплідності Довгостроковий догляд Неекстрене обслуговування під час перебування за межами США Послуги приватної медсестри 	<ul style="list-style-type: none"> Стандартні офтальмологічні послуги (для дорослих) Планова гігієна ніг Програми схуднення
Інші послуги, що покриваються (На ці послуги можуть поширюватись обмеження. Перелік не є вичерпним. Перегляньте документацію свого плану .)		
<ul style="list-style-type: none"> Акупунктура (20 відвідувань на рік) 	<ul style="list-style-type: none"> Баріатрична хірургія 	<ul style="list-style-type: none"> Мануальна терапія (20 відвідувань на рік)

Ваші права на продовження страхового покриття. Існують організації, які можуть допомогти вам із продовженням страхового покриття після закінчення строку його дії. Контактна інформація цих організацій зазначена в таблиці нижче. Для вас також можуть бути доступні інші варіанти отримання страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового покриття через платформу [медичного страхування](#). Додаткові відомості про платформу можна отримати на сайті www.HealthCare.gov або за телефоном 1-800-318-2596.

Ваші права на подання скарг і апеляцій. Існують організації, які можуть вам допомогти, якщо у вас виникнуть претензії до плану через відмову в задоволенні страхової вимоги. Такі претензії можна викласти у вигляді скарги або апеляції. Додаткову інформацію про свої права ви знайдете в поясненні обсягу послуг, яке ви отримаєте до відповідної страхової вимоги щодо медичного обслуговування. У документації плану також міститься повна інформація про те, як подати страхову вимогу, апеляцію або скаргу на план із будь-якої причини. Щоб отримати додаткову інформацію про свої права чи це повідомлення або звернутися по допомогу, зв'яжіться з організаціями, наведеними в таблиці нижче.

Контактні дані для отримання інформації про ваші права на продовження страхового покриття, а також права на подання скарг і апеляцій:

Відділ обслуговування учасників планів Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) або www.kp.org
Управління із забезпечення страхового покриття працівників Міністерства праці (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) або www.dol.gov/ebsa/healthreform
Відділ охорони здоров'я та соціальних послуг (Department of Health & Human Services), Центр інформації для споживачів і контролю за страхуванням (Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 або www.cciio.cms.gov
Департамент страхування штату Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 або www.insurance.wa.gov

Чи забезпечує цей план мінімально необхідне страхове покриття? Так.

До мінімально необхідного страхового покриття зазвичай належать [плани](#), варіанти [медичного страхування](#), доступні через відповідну [платформу](#), або інші індивідуальні доступні на ринку поліси, програми Medicare та Medicaid, Програма медичного страхування дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP), програма TRICARE, а також деякі інші види покриття. Якщо ви маєте право на певні види мінімально необхідного страхового покриття, ви можете не відповідати вимогам для отримання [податкової знижки на страховий внесок](#).

Чи відповідає цей план стандартам щодо мінімального обсягу покриття? Так Ні

Якщо ваш план не відповідає стандартам щодо мінімального обсягу покриття, ви можете мати право на податковий кредит для сплати страхових внесків, який допоможе вам оплачувати план, придбаний через біржу медичного страхування.

Послуги перекладу

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 (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, 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 alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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

У наступному розділі наведено приклади того, як цей [план](#) може покривати витрати в деяких медичних ситуаціях.

Про ці приклади застосування страхового покриття:



Ця інформація не може використовуватися для розрахунку витрат. Лікування та процедури, наведені тут, є лише прикладом того, як цей [план](#) може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати відрізнятимуться залежно від фактично наданих вам послуг, від цін ваших [постачальників медичних послуг](#) і від багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми [участі в оплаті](#) (як-от франшизи, доплати та [частка участі в оплаті](#)) і на [послуги, які не передбачені страховим покриттям](#), у рамках [плану](#). За допомогою цієї інформації ви зможете порівняти, яку частину витрат ви можете оплачувати за різними [планами](#). Зверніть увагу: ці приклади застосування страхового покриття засновані на покритті для однієї особи.

Вагітність і пологи Рег

(9 місяців ведення вагітності та пологи в лікарні в системі обслуговування плану)

- Загальна [франшиза за планом](#) \$0
- [Послуги лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$15
- [Послуги лікарні \(установи\)](#) — [доплата](#) \$100
- [Інші послуги \(аналізи крові\)](#) — [доплата](#) \$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста (*ведення вагітності*)

Послуги фахівця під час пологів

Послуги установи під час пологів

Діагностичні дослідження (*ультразвук і аналіз крові*)

Відвідування лікаря-спеціаліста (*анестезія*)

Загальні витрати за прикладом	\$12,700
--------------------------------------	----------

У цьому прикладі Рег заплатить:

<i>Участь в оплаті</i>	
------------------------	--

Франшиза	\$0
--------------------------	-----

Доплати	\$100
-------------------------	-------

Частка участі в оплаті	\$0
--	-----

<i>Що не покривається</i>	
---------------------------	--

Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$20
--	------

Загалом Рег заплатить	\$120
------------------------------	-------

Контроль діабету 2-го типу в Джо

(ведення захворювання на стадії компенсації в системі обслуговування плану протягом року)

- Загальна [франшиза за планом](#) \$0
- [Послуги лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$15
- [Послуги лікарні \(установи\)](#) — [доплата](#) \$100
- [Інші послуги \(аналізи крові\)](#) — [доплата](#) \$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

Відвідування кабінету лікаря первинної допомоги (*зокрема, інформування про захворювання*)

Діагностичні дослідження (*аналіз крові*)

Рецептурні лікарські препарати

Медичне обладнання тривалого користування

(*глюкометр*)

Загальні витрати за прикладом	\$5,600
--------------------------------------	---------

У цьому прикладі Джо заплатить:

<i>Участь в оплаті</i>	
------------------------	--

Франшиза	\$0
--------------------------	-----

Доплати	\$600
-------------------------	-------

Частка участі в оплаті	\$0
--	-----

<i>Що не покривається</i>	
---------------------------	--

Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
--	-----

Загалом Джо заплатить	\$600
------------------------------	-------

Простий перелом у Міа

(відвідування відділення швидкої допомоги й подальше спостереження в системі обслуговування плану)

- Загальна [франшиза за планом](#) \$0
- [Послуги лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$15
- [Послуги лікарні \(установи\)](#) — [доплата](#) \$100
- [Інші послуги \(рентген\)](#) — [доплата](#) \$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

Обслуговування у відділенні швидкої допомоги (*зокрема, медичні витратні матеріали*)

Діагностичне дослідження (*рентген*)

Медичне обладнання тривалого користування (*милиці*)

Реабілітаційні послуги (*фізіотерапія*)

Загальні витрати за прикладом	\$2,800
--------------------------------------	---------

У цьому прикладі Міа заплатить:

<i>Участь в оплаті</i>	
------------------------	--

Франшиза	\$0
--------------------------	-----

Доплати	\$200
-------------------------	-------

Частка участі в оплаті	\$200
--	-------

<i>Що не покривається</i>	
---------------------------	--

Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
--	-----

Загалом Міа заплатить	\$400
------------------------------	-------

[План](#) оплачуватиме всі інші витрати на послуги, що покриваються, у цих ПРИКЛАДАХ.

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 РЕЕСТРАЦІЮ 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 of Washington



Обслуговування нових учасників 1-888-844-4607 myseiu.be/kp-new-member

Обслуговування учасників 1-888-901-4636 myseiu.be/kp-member

Психіатрична допомога 1-888-287-2680 myseiu.be/kaiser-bh

**Телефон гарячої лінії медичного
консультування** 1-800-297-6877 myseiu.be/kp-nurse

**Допомога з мовного питання
для учасників** 1-888-901-4636 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.