



**Kandie L.**  
**Помощник, г. Кент**

# Open Enrollment (ежегодный период регистрации на получение медицинского страхования) в 2021 году

**С 1 по 20 июля для индивидуальных  
поставщиков услуг**

**Данный пакет содержит  
информацию для следующих лиц:**

- ✓ Помощники, уже зарегистрированные для получения покрытия при медицинском страховании.

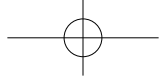
**Во время Open Enrollment (ежегодного периода  
регистрации на получение медицинского страхования)  
вы можете:**

- ✓ Внести желаемые изменения в свой план стоматологического обслуживания.
- ✓ Узнать, как получить максимум выгоды от ваших страховых льгот по медицинскому обслуживанию.

**Внести дополнительные изменения онлайн или почтой  
до 20 июля включительно.**

**Новости для индивидуальных поставщиков услуг (IP).** Вы можете внести изменения в текущее покрытие во время Open Enrollment (ежегодного периода регистрации на получение медицинского страхования). Дополнительные изменения в плане вступают в силу с 1 августа. Если вы не предпринимаете никаких действий, вы продолжите получать прежнее покрытие.

June 15, 2021 3:02 PM



# Информация и инструкции на вашем языке



Gói này cũng được cung cấp bằng ngôn ngữ của bạn tại địa chỉ **myseiu.be/oe2021-vi**. Nếu bạn có câu hỏi, hãy gọi theo số **1-877-606-6705**, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ Thái Bình Dương, Thứ Hai tới Thứ Sáu.

此套文档可提供您的语言版本，网址：**myseiu.be/oe2021-zh**。如有任何疑问，请致电 **1-877-606-6705** 太平洋时间周一至周五早上 8 点至下午 6 点。

이 패킷은 **myseiu.be/oe2021-ko** 에서 귀하의 모국어로 제공됩니다. 궁금한 사항은 태평양 표준시 기준으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-877-606-6705** 로 전화하십시오.

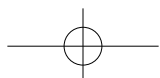
Este paquete está disponible en su idioma en **myseiu.be/oe2021-es**. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-877-606-6705**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Пакет доступен на вашем языке на сайте: **myseiu.be/oe2021-ru**. Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-877-606-6705** с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00 часов (по Тихоокеанскому времени).

هذه الحزمة متوفرة بلغتك على **myseiu.be/oe2021-ar**. إذا كانت لديك أسئلة، اتصل على الرقم **1-877-606-6705** من الساعة 8 صباحا حتى 6 مساء بتوقيت المحيط الهادئ، من الإثنين إلى الجمعة.

ይህ ፓኬት በእርስዎ ቋንቋ **myseiu.be/oe2021-am** ሊገኝ ይችላል። ጥያቄዎች ካልዎት ወደ **1-877-606-6705**፣ ከ 8 a.m. እስከ 6 p.m. በፓሲፊክ ሰዓት አቆጣጠር ከሰኞ እስከ ዓርብ መደወል ይችላሉ።

Xirmadan iyada oo luuqadaada ah waxaa laga heli karaa bogga intarnetka ee **myseiu.be/oe2021-so**. Haddii aad wax su'aalo ah qabto, wac **1-877-606-6705**, 8 a.m. ilaa iyo 6 p.m. Pacific time, Isniin-Jimce.



# Оглавление

В ваш пакет включены основные сведения о вашем плане медицинского страхования, краткое содержание планов медицинского и стоматологического обслуживания, а также основные термины медицинского страхования. Вы также получите формы для внесения дополнительных изменений в свой план.

## Новости для индивидуальных поставщиков услуг (IP).

Ваш период регистрации изменился! До 2021 года индивидуальные поставщики (IP) могли вносить изменения в покрытие в течение всего года. Начиная с июля 2021 года вы сможете внести дополнительные изменения в свое покрытие только во время Open Enrollment (ежегодного периода регистрации на получение медицинского страхования) или при наступлении установленного жизненного события.

## My Plan (Мой план)

Зарегистрируйте или внесите ..... Стр. 4-5  
изменения онлайн

## Обзор

Основные сведения о плане ..... Стр. 6-7  
медицинского страхования

## Медицинское обслуживание

Краткое содержание плана ..... Стр. 8-10  
медицинского страхования

## Стоматология

Краткое содержание ..... Стр. 11-14  
плана стоматологического  
обслуживания

Основные термины ..... Стр. 15  
страхования

# Как внести изменения

## Онлайн

Вы можете заполнить онлайн-форму на сайте *My Plan (Мой план)*.  
Посетите страницу [myseiu.be/oe-myplan](https://myseiu.be/oe-myplan), чтобы узнать больше.

## По почте или факсу

Отправьте свою заявку по адресу, указанному в Health Benefits Application (Заявке на получение льгот по медицинскому обслуживанию).  
Необходимо оплатить почтовые расходы. Или отправьте ее факсом на номер 516-723-7395.

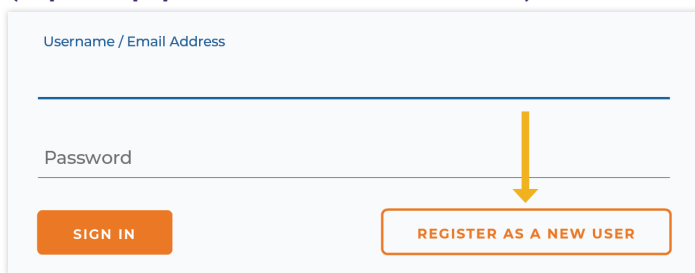
Если у вас есть вопросы, обращайтесь в отдел обслуживания SEIU 775 Benefits Group | 1-877-606-6705 | с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00 часов | [myse iubenefits.org](https://myse iubenefits.org)

# Зарегистрируйтесь или внесите изменения на сайте *My Plan* (Мой план)!

## Создайте логин для сайта *My Plan* (Мой план)

Перейдите на сайт [myseiu.be/oe-myplan](https://myseiu.be/oe-myplan), чтобы зарегистрироваться в качестве нового пользователя, выполнив следующие действия:

### Шаг 1. Выберите Register as a New User (Зарегистрировать нового пользователя).

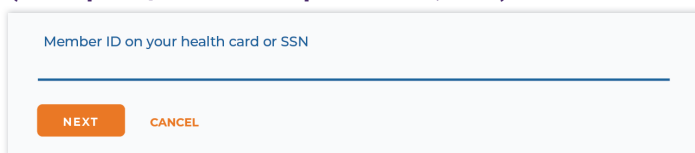


Username / Email Address

Password

**SIGN IN** **REGISTER AS A NEW USER**

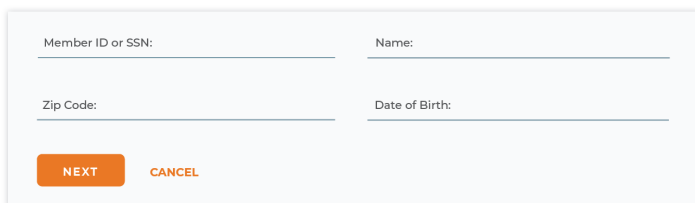
### Шаг 2. Введите Member ID (Идентификационный номер участника) или Social Security Number (Номер социального страхования, SSN).



Member ID on your health card or SSN

**NEXT** **CANCEL**

### Шаг 3. Укажите Zip Code (Почтовый индекс) и Date of Birth (Дата рождения).

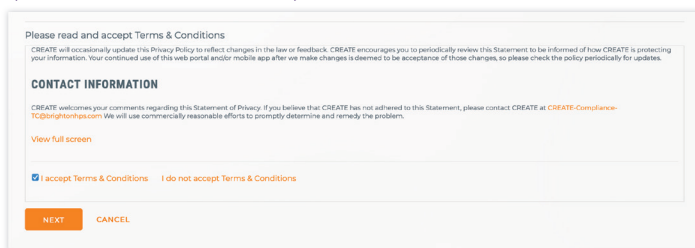


Member ID or SSN: Name:

Zip Code: Date of Birth:

**NEXT** **CANCEL**

### Шаг 4. Изучите и примите Terms & Conditions (Условия пользования).



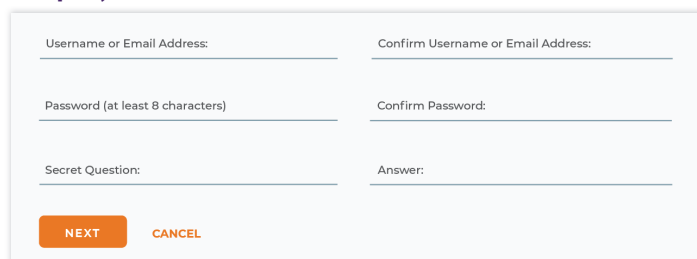
Please read and accept Terms & Conditions

**CONTACT INFORMATION**

☒ I accept Terms & Conditions ☐ I do not accept Terms & Conditions

**NEXT** **CANCEL**

### Шаг 5. Заполните поля Username (Имя пользователя), Password (Пароль) и Security question (Контрольный вопрос).



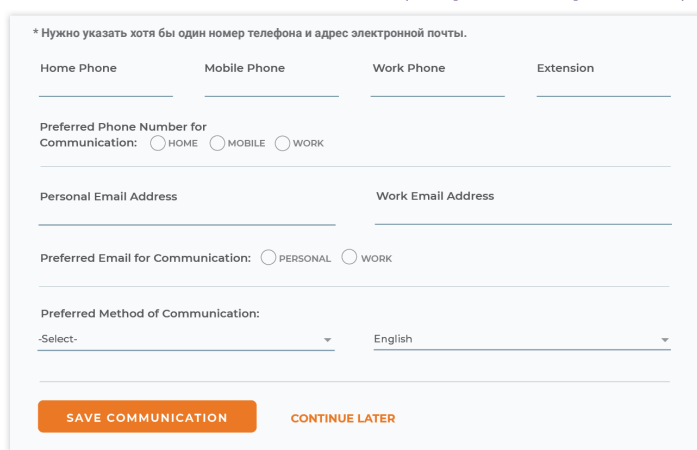
Username or Email Address: Confirm Username or Email Address:

Password (at least 8 characters): Confirm Password:

Secret Question: Answer:

**NEXT** **CANCEL**

### Шаг 6. Заполните Contact Info (Контактные данные) и нажмите Save Communication (Сохранить обращение).



\* Нужно указать хотя бы один номер телефона и адрес электронной почты.

Home Phone Mobile Phone Work Phone Extension

Preferred Phone Number for Communication: ☐ HOME ☐ MOBILE ☐ WORK

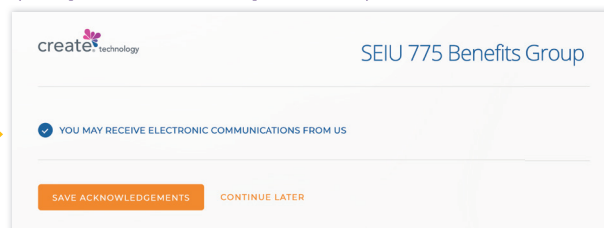
Personal Email Address Work Email Address

Preferred Email for Communication: ☐ PERSONAL ☐ WORK

Preferred Method of Communication:  English

**SAVE COMMUNICATION** **CONTINUE LATER**

### Шаг 7. Нажмите Save Acknowledgements (Сохранить подтверждения).



create technology SEIU 775 Benefits Group

☒ YOU MAY RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS FROM US

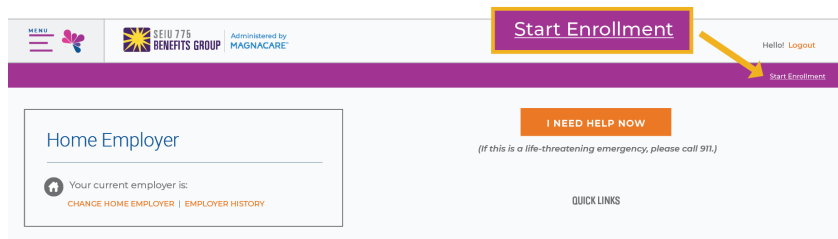
**SAVE ACKNOWLEDGEMENTS** **CONTINUE LATER**

**Есть вопросы?** Звоните по телефону **1-877-606-6705** (08:00–18:00 с понедельника по пятницу по Тихоокеанскому времени) или пишите по адресу [peer.mentorship@myseiubenefits.org](mailto:peer.mentorship@myseiubenefits.org).

## Зарегистрируйтесь на получение покрытия

**Шаг 1. Войдите в систему и просмотрите информацию о своем покрытии при медицинском страховании или зарегистрируйтесь для его получения.**

Если у вас есть право на регистрацию, вы сможете нажать **Start Enrollment** (Начать регистрацию).



**Шаг 2. Пройдите регистрацию на сайте *My Plan* (Мой план).**

- Выберите свою компанию надомного обслуживания. Это работодатель, который будет вычитать из вашей зарплаты ежемесячную доплату в размере 25 долл. В зависимости от количества отработанных вами часов в месяц ваш работодатель впоследствии может быть переназначен добавочному работодателю.
- Для каждой льготы вы увидите информацию о правомочности как для сотрудников агентств — поставщиков услуг (AP), так и для индивидуальных поставщиков услуг (IP).

**Шаг 3. Измените свои предпочтения, например:**

- Предпочтительный способ связи с вами: по телефону, электронной или обычной почте.
- Ваш предпочтительный язык.

**Шаг 4. Зарегистрируйтесь для получения покрытия при медицинском страховании:**

- План медицинского страхования: выбирается с учетом вашего места жительства.
- План стоматологического обслуживания: сравните и выберите один из доступных планов стоматологического обслуживания.
- Другие доступные вам ресурсы для поддержания здоровья, такие как Caregiver Kicks, EPIC Hearing и Ginger.

**Шаг 5. Изучите выбранные варианты.**

**Шаг 6. Для завершения регистрации поставьте подпись с помощью мыши или сенсорного экрана.**

Вы увидите экран подтверждения, и вам будет отправлено письмо с подтверждением по электронной и обычной почте.

## Просмотрите свой план или внесите в него изменения

**Шаг 1. Войдите на сайт *My Plan* (Мой план), чтобы просмотреть свое страховое покрытие или внести в него изменения.**

**Шаг 2. Значок меню в верхнем левом углу позволяет:**

- Изучить Coverage Summary (Обзор покрытия).
- Просмотреть информацию о правомочности и льготах.
- Изменить план стоматологического обслуживания.
- Посмотреть количество рабочих часов.
- Совершать самостоятельные платежи и многое другое!

**Для удобства работы с сайтом *My Plan* (Мой план) загрузите мобильное приложение MyCreateHealth на свой смартфон.**

Мобильное приложение MyCreateHealth доступно в App Store на вашем устройстве iPhone или в Google Play Market на вашем телефоне Android.



# Основные сведения о плане медицинского страхования

## Получите высококачественную медицинскую и стоматологическую страховку всего за 25 долл. в месяц

### Ваше покрытие включает следующие льготы:

- Бесплатные приемы врачей
- Медицинское обслуживание
- Ортодонтия
- Стоматология
- Зрение
- Слух
- Бесплодие
- Рецептурные препараты
- Эмоциональная поддержка

## Максимальная выгода от вашей страховки

### Найдите подходящего врача

Позаботьтесь о себе. Выберите и посещайте без доплаты доверенного врача первичной медицинской помощи. Вы можете обратиться к этому врачу для оздоровления, лечения или направления к специалисту.

Выбрать врача первичной медицинской помощи можно на веб-сайте Kaiser Permanente. Выбрать этого врача быстро и легко. Если вам нужна помощь в создании учетной записи или поиске врача, посетите страницу [myseiu.be/oe-doctor](https://myseiu.be/oe-doctor).

### Получение медицинских услуг где угодно

Благодаря вашему покрытию при медицинском страховании вы получаете удобное, бесплатное или недорогое медицинское обслуживание в удобной форме — по телефону, планшету или компьютеру, а также в рамках личных посещений. К вашим услугам высококачественный персональный уход, безопасные и удобные посещения и широкий выбор технологий. Подробнее см. на странице [myseiu.be/ha-2021](https://myseiu.be/ha-2021).

## Больше льгот специально для вас

### Забота о себе — это важно: льготы для эмоционального здоровья

Эмоциональное здоровье так же важно, как и физическое. Покрытие включает психотерапию, прием лекарств, групповую терапию, дополнительные лекарства и лекарства альтернативной медицины, а также:

- Приложение Ginger, позволяющее легко связаться с опытным экспертом, который может дать совет и оказать поддержку в бесплатных и безопасных текстовых сообщениях. Узнайте больше на странице [myseiu.be/oe-ginger](https://myseiu.be/oe-ginger).
- Позвоните на Behavioral Health Access Line (Линия для вопросов психического здоровья) Kaiser по телефону **1-888-287-2680** или посетите веб-сайт [myseiu.be/kaiser-bh](https://myseiu.be/kaiser-bh).
- Помощь в личной жизни с Resource Finder (Поиск ресурсов)\*. С помощью Resource Finder вы можете получить доступ к ресурсам для поддержания эмоционального здоровья, ухода за детьми, юридической помощи и многого другого. Посетите страницу [myseiu.be/oe-resource](https://myseiu.be/oe-resource), чтобы узнать больше.



Получайте бесплатную пару Caregiver Kicks с нескользящей подошвой каждый год! Стильные и удобные, они гарантируют комфорт и безопасность на работе. В ассортименте более 70 моделей, включая такие популярные бренды, как Reebok и Skechers. Получите кроссовки Caregiver Kicks на сайте [myseiu.be/oe-kicks](https://myseiu.be/oe-kicks).

\* С 1 августа 2021 года программа Employee Assistance Program (Программа помощи сотрудникам) через Health Advocate больше не будет доступна помощникам.



John R.  
Помощник, г. Сиэтл



## Разумно управляйте своими рецептами

Эффективно используйте льготы на рецептурные препараты: научитесь разбираться в вариантах и их стоимости.

\* Эти недорогие непатентованные лекарственные препараты используются для лечения различных заболеваний.

## НОВОЕ!

Бесплатные посещения вашего врача первичной медицинской помощи (поставщика первичных медицинских услуг) благодаря вашему покрытию.

| Доплата Rx (в пределах сети) за количество на 30 дней       | Получение в аптеке | Заказ по почте                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Непатентованные противозачаточные лекарственные препараты   | 0 долл.            | 0 долл.                           |
| Недорогие лекарства*                                        | 4 долл.            | 0 долл. за количество на 30 дней  |
| Непатентованные лекарства                                   | 8 долл.            | 3 долл. за количество на 30 дней  |
| Лекарства марок, зарегистрированных в формуляре лекарств    | 25 долл.           | 20 долл. за количество на 30 дней |
| Лекарства марок, не зарегистрированных в формуляре лекарств | 50 долл.           | 45 долл. за количество на 30 дней |

## Альтернативы обращению в отделение неотложной помощи

| Отделение неотложной помощи<br>Ваша доплата — 200 долл. | Экстренная помощь<br>Ваша доплата — 0 долл. | Обращение за первичной медицинской помощью / онлайн<br>Бесплатно |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

### Сэкономьте 200 долл. на экстренной помощи.

Если вам нужна немедленная помощь, поищите ближайший Центр оказания экстренной помощи либо назначьте прием у врача в тот же день. Вы можете сэкономить до 200 долл.

### Немедленная помощь — это не то же самое, что и скорая помощь.

Если у вас угрожающее жизни состояние, например сердечный приступ или инсульт, вам следует обратиться в отделение неотложной помощи. Если у вас есть легкая физическая травма, например растяжение лодыжки, обратитесь в службу экстренной помощи.

# Краткие сведения о льготах плана медицинского страхования



Основное содержание плана Washington POS  
Дата вступления в силу: 01.08.2021 г.

Ниже приводится краткое изложение льгот. 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. В соответствии с Законом о защите пациента и доступном медицинском обслуживании от 2010 года:

- Максимум за весь срок обслуживания в долларовом эквиваленте основных покрываемых льгот, связанных со здоровьем, больше не применяется. Участники, чье покрытие закончилось в связи с достижением максимума за весь срок обслуживания по этому плану, имеют право зарегистрироваться на этот план.

| Льготы                                                                                                                       | Внутри сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Вне сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вычитаемая франшиза плана                                                                                                    | Нет ежегодной вычитаемой франшизы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Индивидуальная вычитаемая франшиза: 500 долл. за календарный год<br>Семейная вычитаемая франшиза: 1000 долл. за календарный год                                                                                                                                                                          |
| Перенос индивидуальной вычитаемой франшизы                                                                                   | Не применимо                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Применяется перенос за 4-й квартал                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| План страхования с участием страхователя в оплате                                                                            | Не применимо                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | По плану оплачивается 80 %, вы платите 20 % одобренной суммы.                                                                                                                                                                                                                                            |
| Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания                                                              | <b>Индивидуальный предел расходов страхователя на оплату покрываемого обслуживания:</b> 1200 долл.<br><b>Семейный предел расходов страхователя на оплату покрываемого обслуживания:</b> 2400 долл.<br>Собственные издержки на оплату следующих покрываемых услуг включены в предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания. Все совместные покрытия затрат на покрываемые услуги | Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания совместно оплачивается в пределах сети<br>Собственные издержки на оплату следующих покрываемых услуг включены в предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания.<br>Все совместные покрытия затрат на покрываемые услуги |
| Период ожидания при изначально имеющемся состоянии (ПЕС)                                                                     | Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Как и в пределах сети                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Максимум за весь срок обслуживания                                                                                           | Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Как и в пределах сети                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Амбулаторное обслуживание (посещения кабинета)                                                                               | Нет доплаты за первичную медпомощь / 15 долл. доплаты за специализированную медпомощь                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                        |
| Больничное обслуживание                                                                                                      | <b>Услуги, оказываемые в стационаре:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторная хирургия:</b> Ваша доплата — 50 долл.                                                                                                                                                                                                                             | <b>Услуги, оказываемые в стационаре:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию. Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторная хирургия:</b> Ваша доплата — 50 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                |
| Рецептурные препараты (некоторые инъекционные лекарственные препараты могут покрываться в рамках амбулаторного обслуживания) | По стоимости / предпочтительный непатентованный препарат (уровень 1) / предпочтительный оригинальный препарат (уровень 2) / непереподчиненный (уровень 3)<br>Ваша доплата — 4 / 8 / 25 / 50 долл. за количество на 30 дней                                                                                                                                                                        | Предпочтительный непатентованный препарат / предпочтительный оригинальный препарат / непереподчиненный Ваша доплата — 13 / 30 / 55 долл. за количество на 30 дней                                                                                                                                        |
| Заказ рецептурных препаратов по почте                                                                                        | Скидка 5 долл. за количество на 30 дней                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Не покрывается                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Иглоукалывание                                                                                                               | Покрытие до 8 посещений на один медицинский диагноз за календарный год без предварительного разрешения; дополнительные посещения, если одобрены планом, — с доплатой 0 долл.                                                                                                                                                                                                                      | Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                        |



## Резюме по льготам плана медицинского страхования Kaiser Permanente of Washington POS, продолжение

| Льготы                                                      | Внутри сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Вне сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Служба скорой медицинской помощи                            | По плану оплачивается 80 %, вы платите 20 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Как и в пределах сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Химическая зависимость                                      | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                     |
| Изделия, оборудование и расходные материалы                 | Вычитаемая франшиза не применяется к материалам для диабетиков<br>Домашнее оборудование для светотерапии покрывается полностью                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Покрытие в размере 50 %, применяется вычитаемая франшиза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Материалы для диабетиков                                    | 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.                                                                                                                                           | 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.         |
| Диагностическая лаборатория и рентгеновские исследования    | <b>Стационарные:</b> Покрытие по статье «Больничное обслуживание»<br><b>Амбулаторные:</b> Полное покрытие<br>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>Стационарные:</b> Покрытие по статье «Больничное обслуживание»<br><b>Амбулаторные:</b> Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>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.                                     |
| Экстренные службы (при госпитализации доплата не требуется) | Ваша доплата — 200 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ваша доплата — 200 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Обследование слуха (плановое)                               | Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Аппаратные компоненты слуховых аппаратов                    | Покрытие в рамках отдельной льготы: услуги EPIC Hearing. Без доплаты; вы также будете получать до 1200 долл. на каждое ухо каждые 3 года для покрытия стоимости слухового аппарата. Узнайте больше на странице: <a href="https://myseiu.be/hearing">myseiu.be/hearing</a>                                                                                                                                                                                                                                                                       | Покрытие в рамках отдельной льготы: услуги EPIC Hearing. Без доплаты; вы также будете получать до 1200 долл. на каждое ухо каждые 3 года для покрытия стоимости слухового аппарата. Узнайте больше на странице: <a href="https://myseiu.be/hearing">myseiu.be/hearing</a>                                                                                                                                     |
| Услуги медицинской помощи на дому                           | Полное покрытие. Количество посещений не ограничено.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Количество посещений не ограничено<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Услуги хосписа                                              | Полное покрытие                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Услуги по лечению бесплодия                                 | Медицинские и хирургические услуги по лечению стерильности и бесплодия, а также все сопутствующие услуги, включая искусственное оплодотворение, экстракорпоральное оплодотворение и медикаментозную терапию, покрываются с учетом применяемого совместного покрытия затрат на амбулаторное обслуживание с ограничением 50 000 долл. — максимум за весь срок обслуживания.<br>К лекарствам от бесплодия применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование в размере 20 % с ограничением 5 000 долл. — максимум за весь срок обслуживания. | Не покрывается                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Мануальная терапия                                          | Покрытие до 10 посещений за календарный год без предварительного разрешения<br>Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Предельное число посещений входит в общую льготу в пределах сети<br>Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Услуги массажа                                              | См. Услуги по реабилитации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | См. Услуги по реабилитации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Услуги по ведению беременности                              | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 0 долл. Обычный медицинский осмотр не предусматривает доплату за амбулаторное обслуживание.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование. Обычный медицинский осмотр не предусматривает доплату за амбулаторное обслуживание. |

## Резюме по льготам плана медицинского страхования Kaiser Permanente of Washington POS, продолжение

| Льготы                                                                                                                        | Внутри сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Вне сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психическое здоровье                                                                                                          | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                    |
| Натуропатия                                                                                                                   | Ваша доплата — 0 долл. Покрытие до 3 посещений на один медицинский диагноз за календарный год без предварительного разрешения; дополнительные посещения, если одобрены планом, —                                                                                                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Услуги для новорожденных                                                                                                      | <b>Пребывание в больнице после рождения:</b> См. Больничное обслуживание; Посещение кабинета: Амбулаторное обслуживание; Обычный медицинский осмотр: См. Профилактика.<br>Любое применяемое совместное покрытие затрат на услуги для новорожденных считается отдельно от покрытия для матери.                                                                                                                                             | <b>Пребывание в больнице после рождения:</b> См. Больничное обслуживание; Посещение кабинета: Амбулаторное обслуживание; Обычный медицинский осмотр: См. Профилактика.<br>Любое применяемое совместное покрытие затрат на услуги для новорожденных считается отдельно от покрытия для матери.                                                                                                                                                                                     |
| Услуги, связанные с наличием ожирения                                                                                         | Покрывается с совместным покрытием затрат при выполнении медицинских критериев                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Покрывается с совместным покрытием затрат при выполнении медицинских критериев                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Трансплантация органов                                                                                                        | Не ограничено, нет периода ожидания<br><b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                            | Входит в общую льготу в пределах сети<br><b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                                          |
| Профилактика<br>Профилактические физикальные осмотры, прививки, исследования со взятием цитологического мазка, маммограммы    | Полное покрытие<br><br>Услуги по профилактике для женщин (включая противозачаточные лекарственные препараты и устройства, а также стерилизацию) покрываются полностью.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>Услуги по профилактике для женщин (включая противозачаточные лекарственные препараты и устройства, а также стерилизацию) покрываются с учетом применимого на тот момент совместного покрытия затрат на профилактику и максимумов для льгот. Обычные маммограммы: Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                             |
| Услуги по реабилитации<br>Реабилитационные визиты — это общее количество посещений комбинированной терапии за календарный год | <b>Стационарные:</b> 60 дней за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено.<br>Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> 60 посещений за календарный год. Покрытие услуг для диагнозов, связанных с психическим здоровьем, не ограничено.<br>Нет доплаты за первичную медпомощь / 15 долл. доплаты за специализированную медпомощь | <b>Стационарные:</b> Предельное число дней входит в общую льготу в пределах сети<br>Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Предельное число посещений входит в общую льготу в пределах сети<br>Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                |
| Учреждение с квалифицированным сестринским уходом                                                                             | Полное покрытие до 60 дней за календарный год                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Предельное число дней входит в общую льготу в пределах сети, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Стерилизация<br>(Вазэктомия, перевязка маточных труб)                                                                         | Полное покрытие                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.<br>Полное покрытие процедур женской стерилизации с учетом применимого на тот момент совместного покрытия затрат на профилактику и максимумов для льгот. |
| Услуги для височно-челюстных суставов (TMJ)                                                                                   | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Стационарные:</b> Ваша доплата — 100 долл. в день, до 5 дней за каждую госпитализацию, применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br>Применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование<br><b>Амбулаторные:</b> Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                         |
| Консультации по отказу от потребления табака                                                                                  | Программа Quit for Life — полное покрытие                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Действует применяемое совместное покрытие затрат                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Обычный уход за зрением<br>(1 посещение каждые 12 месяцев)                                                                    | Ваша доплата — 0 долл.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ваша доплата — 15 долл., применяются вычитаемая франшиза и совместное страхование.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Линзы для оптических изделий<br>Линзы, включая контактные линзы и оправы                                                      | <b>Участники младше 19 лет:</b> 1 пара оправ и линз в год или контактные линзы с покрытием совместного страхования в размере 50 %<br><b>Участники старше 19 лет:</b> 300 долл. за каждые 12 месяцев                                                                                                                                                                                                                                       | Входит в общую льготу в пределах сети                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

# Ваш выбор планов стоматологического обслуживания

| Поставщики                                                                                            | Ежегодный максимум | Вычитаемая франшиза | Плановые осмотры | Особенности                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>DELTA DENTAL</b> | 2000 долл.         | 0 долл.             | Полное покрытие  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Широкая сеть поставщиков, включая сельские районы</li> </ul>                                                                                          |
| <b>Willamette</b><br>Dental Group                                                                     | Нет                | 0 долл.             | Полное покрытие  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Удобно для помощников, которые живут в коридоре I-5</li> <li>Нет годового максимума для помощников с высокими стоматологическими расходами</li> </ul> |

**Ваш план стоматологического обслуживания включен в вашу совместную ежемесячную премию в размере 25 долл.**

**Оба плана стоматологического обслуживания предусматривают ортодонтические льготы.**

**Хотите сменить план стоматологического обслуживания?** Заполните и отправьте Health Benefits Application (Заявку на получение льгот по медицинскому обслуживанию) до 20 июля 2021 г. включительно.



## План PPO

**Дата вступления  
в силу: 01.08.2021 г.**

Период предоставления льгот: 01.01.2022 г. — 31.12.2022 г.  
 Максимальный период предоставления льгот\* (на человека; не применяется к классу I): 2000 долл.  
 Ортодонтия для взрослых и детей: 50 %  
 Предельный размер суммарных страховых выплат (на человека): 2000 долл.

|                                                                                                                        | Delta Dental PPO Dentist | Delta Dental Premier Dentist | Стоматолог, не участвующий в программе |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Вычитаемая франшиза плана за период предоставления льгот</b>                                                        |                          |                              |                                        |
| Не применяется к классу 1 в сети — нет вычитаемой франшизы из сети — 50 долл. за период предоставления льгот           | 0 долл. / 50 долл.       | 50 долл.                     | 50 долл.                               |
| <b>Класс 1 — Диагностика и профилактика</b>                                                                            |                          |                              |                                        |
| Обследования<br>Очистка<br>Фторирование<br>Рентгеновские исследования<br>Герметизирующие материалы                     | 100 %                    | 80 %                         | 80 %                                   |
| <b>Класс II — Восстановление</b>                                                                                       |                          |                              |                                        |
| Реставрации<br>Задние композитные пломбы<br>Эндодонтия (Корневой канал)<br>Пародонтология<br>Челюстно-лицевая хирургия | 100 %                    | 60 %                         | 60 %                                   |
| <b>Класс III — Дорогостоящие услуги</b>                                                                                |                          |                              |                                        |
| Зубные протезы<br>Частичные зубные протезы<br>Импланты<br>Зубные мосты<br>Коронки                                      | 80 %                     | 40 %                         | 40 %                                   |

\* Новое в этом году! Ваш годовой максимум — это максимальная сумма, которую ваша страховка покрывает за год. За стоматологическую работу сверх этой суммы вам придется платить из своего кармана, за исключением расходов класса I.

**Обратите внимание!** 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. Пожалуйста, звоните в наш отдел обслуживания клиентов или посетите наш веб-сайт [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com), если у вас есть какие-либо вопросы.

## Получите максимум страховых льгот!

### Создайте свою учетную запись MySmile®

С ней вы получите безопасный круглосуточный доступ к своей идентификационной карте, информации о льготах, сметам расходов, покрываемых из собственных средств, и многому другому! Наш инструмент "Find your member ID" («Найди свой идентификатор участника») облегчает регистрацию. Создайте учетную запись на сайте [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com).

### Выберите стоматолога, входящего в сеть

Ваш план страхования обеспечивает вам доступ к сети Delta Dental PPO. При посещении стоматолога из сети Delta Dental PPO вы можете получить дополнительные льготы. На сайте [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com) указаны стоматологи, входящие в вашу сеть (подробнее см. на следующей странице).

Ваш план страхования также открывает доступ к сети Delta Dental Premier® для поиска стоматолога из сети PPO в другом районе (при необходимости). Это означает, что вам не придется покрывать большие расходы за оказание услуг специалистами, не входящими в сеть (см. таблицу ниже).

### Больше стоматологических работ покрыто страховкой

Расходы класса I не учитываются в вашем годовом максимуме, а это значит, что еще больше ваших расходов класса II и III покрывается страховкой.

|                                                                                        | PPO | Premier | Услуги специалистов, не входящих в сеть |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|-----------------------------------------|
| Стоматологическая сеть по вашему плану страхования                                     | ✓   |         |                                         |
| Большой объем льгот — меньше расходов, покрываемых из собственных средств              | ✓   |         |                                         |
| Предъявление претензии от вашего имени                                                 | ✓   | ✓       |                                         |
| Включены наши услуги управления качеством и страховое покрытие расходов                | ✓   | ✓       |                                         |
| Нет страхового покрытия расходов — больше расходов, покрываемых из собственных средств |     |         | ✓                                       |

### Как найти ближайшего стоматолога, входящего в сеть:

1. Зайдите на сайт [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com)
2. Нажмите "Online Tools" («Онлайн-инструменты») и выберите наш инструмент "Find a Dentist" («Найти стоматолога»)
3. Для фильтрации результатов поиска выберите Delta Dental PPO

### Регулярно посещайте стоматолога.

В ваш план страхования входят ежегодные профилактические приемы. Регулярные чистки и осмотры нужны для поддержания здоровья зубов и проведения профилактики во избежание болезненного дорогостоящего лечения.

### Получайте сметы расходов, покрываемых из собственных средств.

Узнавайте о предстоящих расходах для максимального использования всех преимуществ стоматологического лечения по плану страхования.

Инструмент **MySmile Cost Genie<sup>SM</sup>** мгновенно представит вам смету расходов. Он идеально подойдет для базового лечения: например, установки пломб. Войдите в свою учетную запись MySmile и получите индивидуальную смету расходов.

Если вам понадобится дополнительное лечение (например, установка коронок), попросите своего стоматолога о predetermination («предварительном определении»). Вы получите **Confirmation of Treatment and Cost (Подтверждение о лечении и расходах)** от вашего стоматолога. В нем будут указаны ваш план лечения, информация о страховых льготах и расходах из ваших собственных средств за стоматологические услуги.



Есть вопросы?  
Позвоните в Delta  
Dental.

**1-800-554-1907**

с понедельника по пятницу  
с 07:00 до 17:00 часов (по  
Тихоокеанскому времени)

### План стоматологического обслуживания

Дата вступления в силу: 01.08.2021 г.

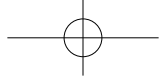
Страхование предоставляется компанией Willamette Dental of Washington, Inc. Этот план включает широкий спектр услуг по профилактике, диагностике и лечению заболеваний или патологических состояний зубов и опорных тканей. Ниже представлены лишь некоторые из наиболее распространенных процедур, описанных в вашем плане. Полное описание плана, ограничения и исключения см. в Свидетельстве о страховом покрытии.

| 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, периодонтальная оценка | Покрываются доплатой за посещение кабинета                                  |
| <b>Восстановительная стоматология</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                             |
| Пломбировочные материалы (амальгама)                                                                                                                                                                                     | Покрываются доплатой за посещение кабинета                                  |
| Металлокерамическая коронка                                                                                                                                                                                              | Ваша доплата — 250 долл.                                                    |
| <b>Зубопротезирование</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                             |
| Полный верхне- или нижнечелюстной зубной протез                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 400 долл.                                                    |
| Мост (за 1 зуб)                                                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 250 долл.                                                    |
| <b>Эндодонтия и периодонтия</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                             |
| Лечение корневого канала — передний                                                                                                                                                                                      | Ваша доплата — 85 долл.                                                     |
| Лечение корневого канала — двусторчатый                                                                                                                                                                                  | Ваша доплата — 105 долл.                                                    |
| Лечение корневого канала — большой коренной зуб                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 130 долл.                                                    |
| Частичное (по квадрантам) хирургическое удаление кости                                                                                                                                                                   | Ваша доплата — 150 долл.                                                    |
| Выравнивание поверхности корней (по квадрантам)                                                                                                                                                                          | Ваша доплата — 75 долл.                                                     |
| <b>Челюстно-лицевая хирургия</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                             |
| Обычное удаление (один зуб)                                                                                                                                                                                              | Покрываются доплатой за посещение кабинета                                  |
| Хирургическое удаление                                                                                                                                                                                                   | Ваша доплата — 100 долл.                                                    |
| <b>Ортодонтическое лечение</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                             |
| Предортодонтическая подготовка                                                                                                                                                                                           | Ваша доплата — 150 долл.**                                                  |
| Комплексная ортодонтическая помощь                                                                                                                                                                                       | Ваша доплата — 2500 долл.                                                   |
| <b>Стоматологические импланты</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                             |
| Имплантация зубов                                                                                                                                                                                                        | Максимальная льгота на имплантацию составляет 1500 долл. за календарный год |
| <b>Прочее</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |
| Местное обезболивание                                                                                                                                                                                                    | Покрываются доплатой за посещение кабинета                                  |
| Оплата услуг зуботехнической лаборатории                                                                                                                                                                                 | Покрываются доплатой за посещение кабинета                                  |
| Оксид азота                                                                                                                                                                                                              | Ваша доплата — 40 долл.                                                     |
| Визит к специалисту                                                                                                                                                                                                      | Ваша доплата — 30 долл. за посещение                                        |
| Страховое возмещение за услуги экстренной медицинской помощи вне обслуживаемой территории                                                                                                                                | Ваша доплата — стоимость услуг за вычетом 250 долл.                         |

\* ТМЖ имеет годовой максимум в 1000 долл. / максимум за весь срок обслуживания в 5000 долл.

\*\* Выплачивается компенсация за доплату за комплексное ортодонтическое лечение, если пациент принимает план лечения.





## Исключения

Мосты, коронки, зубные протезы или протезы, требующие нескольких приемов для лечения или подгонки, если протез установлен или доставлен более чем через 60 дней после прекращения действия покрытия.

Завершение или выполнение лечения или услуг, начатых до даты вступления покрытия в действие. Стоматологические имплантаты, включая крепежные приспособления, техническое обслуживание и услуги, связанные со стоматологическими имплантатами.

Услуги по эндодонтической помощи, услуги по протезированию и имплантаты, которые были предоставлены до даты вступления покрытия в действие. Эндодонтическое лечение завершено более чем через 60 дней после прекращения действия покрытия. Осмотры или консультации, необходимые исключительно в связи с не покрываемой страховкой услугой. Экспериментальные или исследовательские услуги и соответствующие осмотры или консультации.

Полная реконструкция полости рта, включая обширное восстановление рта с помощью коронок, мостов или имплантов; а также исправление прикуса, включая коронки, мосты или импланты, используемые с целью шинирования, изменения вертикального размера, восстановления окклюзии или исправления истирания, патологической стираемости или эрозии.

Служба госпитализации за пределами кабинета стоматолога для проведения стоматологических процедур и оказания врачебных услуг; плата за пребывание в учреждении. Услуги по челюстно-лицевому протезированию.

Капа для ночного использования.

Индивидуализированное восстановление.

Пластическая, реконструктивная или косметическая хирургия и другие услуги или расходные материалы, которые в первую очередь предназначены для улучшения, изменения или совершенствования внешнего вида.

Отпускаемые по рецепту и безрецептурные лекарства и медикаментозная подготовка.

Плата поставщику услуг за пропущенный прием или прием, отмененный без предварительного уведомления за 24 часа.

Замена утерянных, отсутствующих или украденных зубных протезов; замена зубных протезов, поврежденных в результате плохого или небрежного обращения, а также неправильного использования.

Замена качественных восстановлений.

Услуги и связанные с ними осмотры или консультации, которые не входят в назначенный план лечения и / или не рекомендуются и не одобрены стоматологом Willamette Dental Group.

Услуги и связанные с ними осмотры или консультации в той степени, в которой они не требуются для диагностики, ведения или лечения соответствующего состояния.

Услуги любого лица, кроме лицензированного стоматолога, зубопротезиста, гигиениста или медицинской сестры стоматологического кабинета.

Услуги по лечению травм, полученных во время тренировки или участия в профессиональных спортивных соревнованиях.

Услуги по лечению травмы или болезни, которые покрываются за счет компенсации работникам или являются ответственностью работодателя.

Услуги по лечению умышленно нанесенных себе травм.

Услуги, покрытие которых доступно по любой федеральной программе, программе штата или другой государственной программе, если иное не предусмотрено законом.

Услуги, не указанные в договоре как покрываемые.

Услуги в случаях, когда отсутствуют какие-либо признаки патологии, дисфункции или болезни, кроме покрываемых профилактическими услугами.

## Ограничения

Если для лечения какого-либо заболевания могут использоваться альтернативные услуги, покрывается услуга, рекомендованная стоматологом Willamette Dental Group.

Перечисленные в договоре услуги, которые предоставляются для исправления врожденных дефектов или пороков развития, нарушающих функции зубов и опорных структур, будут покрываться для детей-иждивенцев, если будет установлена стоматологическая необходимость. Ортогнатическое хирургическое вмешательство покрывается в соответствии с договором, когда стоматолог Willamette Dental Group устанавливает его стоматологическую необходимость и санкционирует ортогнатическое хирургическое вмешательство для лечения зарегистрированного участника, не достигшего возраста 19 лет, с врожденными или более поздними пороками развития.

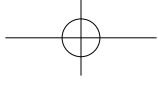
Коронки, слепки и прочие готовые протезы не прямой формовки покрываются только в том случае, если установлена таковая стоматологическая необходимость и есть рекомендация стоматолога Willamette Dental Group.

Если первичное лечение корневого канала проводилось стоматологом Willamette Dental Group, его повторное лечение будет покрываться как часть первоначального лечения в течение первых 24 месяцев. Если первичное лечение корневого канала проводилось неучастующим поставщиком услуг, его повторное лечение стоматологом Willamette Dental Group потребует соответствующих доплат.

Общая анестезия покрывается указанными в договоре доплатами, если она проводится в кабинете стоматолога; предоставляется вместе с покрываемой услугой и стоматологически необходима, поскольку зарегистрированному участнику менее 7 лет, у него имеются нарушения развития или физические недостатки.

Услуги, предоставляемые стоматологом в больничных условиях, покрываются, если в них есть медицинская потребность; они предварительно разрешены стоматологом Willamette Dental Group в письменном виде; предоставляемые услуги — это те же услуги, которые оказываются в кабинете стоматолога и требуют необходимых доплат.

Замена существующего зубного протеза, коронки, пломбы, накладки или другого протеза покрывается, если протезу более 5 лет, а замена необходима по стоматологическим показаниям. Запланируйте процедуры лечения, чтобы максимально использовать свои льготы.



# Основные термины страхования

Узнайте значения некоторых основных терминов в сфере страхования, чтобы лучше разбираться в договоре страхования.

## **Совместное страхование**

Совместное страхование — это процент расходов, которые вы оплачиваете за медицинские услуги после того, как оплатили вычитаемую франшизу (если в вашем плане она предусмотрена).

## **Доплата**

Доплата — это сумма, которую вы платите за посещения врача и отделения неотложной помощи, а часто — и за рецептурные препараты. Некоторые планы предусматривают доплаты вместо удержания вычитаемой франшизы. В других планах может потребоваться и то, и другое. Ваши доплаты не засчитываются в сумму вычитаемой франшизы, но уменьшают предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания.

## **Вычитаемая франшиза**

Вычитаемая франшиза — это сумма, которую вы платите в течение периода покрытия (обычно один год) за покрываемое медицинское обслуживание до оплаты вашим страховым планом. Вычитаемая франшиза может применяться не ко всем услугам и предусмотрена не во всех планах. Для некоторых планов вычитаемая франшиза может применяться только к услугам вне сети.

## **Правомочность**

Вы получите право на покрытие при медицинском страховании от SEIU 775 Benefits Group после того, как отработаете не менее 80 оплачиваемых часов в месяц хотя бы два месяца подряд. Чтобы сохранить право на покрытие, вам нужно продолжать работать 80 часов в месяц.

## **В пределах сети и вне сети**

Услуги в пределах сети — это услуги, которые покрываются вашим планом медицинского страхования и доступны вам по более низкой цене или без доплаты / совместного страхования. Услуги вне сети — это услуги, которые также покрываются вашим планом, но у которых выше сумма доплаты или совместного страхования, чем для услуг в пределах сети.

## **Идентификатор участника**

Ваш идентификатор участника — это уникальный номер, который позволяет поставщикам медицинских услуг и их персоналу проверять ваше страховое покрытие и организовывать оплату услуг. Этот же номер компании медицинского страхования используют для поиска конкретных участников и ответов на вопросы, которые могут возникнуть у вас по заявкам и льготам. Ваш идентификационный номер участника можно найти на идентификационной карте участника.

## **Сеть**

Сеть вашего плана медицинского страхования состоит из учреждений, поставщиков услуг (врачей, медсестер)

и поставщиков, с которыми ваш план медицинского страхования заключил договоры на оказание медицинских услуг.

## **Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания**

Предел собственных расходов на оплату покрываемого обслуживания — это сумма, которую вы должны заплатить, прежде чем ваш план начнет оплачивать 100 % покрываемых расходов на медицинские услуги до конца года. Как правило, в этот лимит засчитываются доплата, вычитаемая франшиза, совместное страхование и покрываемые платежи в пределах сети.

## **Поставщик первичных медицинских услуг или поставщик (врач)**

Поставщик первичных медицинских услуг — это врач или другой поставщик медицинских услуг, к которому вы можете обратиться за длительным лечением. Вы можете выбрать поставщика первичных медицинских услуг на веб-сайте вашего плана медицинского страхования. Некоторые планы могут автоматически назначать вам поставщика, но вы можете изменить его в любое время.

## **Страховой платеж / страховая доплата**

Страховой платеж / страховая доплата — это сумма, которую вы ежемесячно платите за страховое покрытие независимо от посещения врача. Для помощников с покрытием от SEIU 775 Benefits Group страховая доплата составляет всего 25 долл. в месяц.

## **Амбулаторное обслуживание и услуги, оказываемые в стационаре**

Для оказания услуг в стационаре требуется, чтобы вы оставались в больнице на ночь. Например, это могут быть роды или операции. Амбулаторное обслуживание — это любая услуга, которая не требует от вас пребывания в больнице.

## **Отказ от покрытия**

Если вы не хотите регистрироваться для получения покрытия при медицинском страховании или хотите прервать такое покрытие (если вы уже зарегистрированы), вы можете заполнить онлайн-форму на сайте *My Plan* (Мой план) или позвонить в Customer Service (Отдел обслуживания клиентов), чтобы запросить бумажную форму. Если вы решите отказаться от покрытия, возможно, вы не сможете снова зарегистрироваться до начала Open Enrollment (ежегодный период регистрации на получение медицинского страхования) в 2022 году.





**Daniel M.**  
Помощник, г. Линвуд

## **Open Enrollment (ежегодный период регистрации на получение медицинского страхования) продлится с 1 по 20 июля**

Зарегистрируйтесь на получение льгот или внесите изменения  
в текущее покрытие онлайн на сайте *My Plan* (Мой план)!  
**[myseiu.be/oe-myplan](https://myseiu.be/oe-myplan)**

**Есть вопросы?**  
Позвоните по телефону  
**1-877-606-6705**