



OPEN ENROLLMENT 2023
(ВІДКРИТА РЕЄСТРАЦІЯ 2023)

Health Benefits Guide (Посібник щодо страхових пільг)



Evelyn K.
Помічник, Des Moines

**Зареєструйтеся для отримання
медичного страхування
або змініть своє медичне
страхування з 1 по 20 липня
на сайті myseiu.be/oe-ua.**

Якщо ви не бажаєте вносити зміни, ніяких дій виконувати не потрібно.

**Новинка цього року – Coverage for Kids
(Страхове покриття для дітей)!**

Отримайте таке саме високоякісне медичне та стоматологічне покриття, яке маєте ви, для своїх дітей! Open Enrollment (Відкрита реєстрація) – це ваш шанс додати цю нову перевагу.



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**

Ver en español: myseiu.be/oe-es
查看中文版: myseiu.be/oe-zh
한국어로 보기: myseiu.be/oe-ko
Посмотреть на русском: myseiu.be/oe-ru
Переглянути укр: myseiu.be/oe-ua
Xem bằng Tiếng Việt: myseiu.be/oe-vi
Ku eeg Af-Soomaali: myseiu.be/oe-so
ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ: myseiu.be/oe-pa
සෘජුකථන සඳහා: myseiu.be/oe-kh
myseiu.be/oe-ar: عرض باللغة العربية

**Якщо у вас є запитання або
ви потребуєте допомоги
щодо мови: телефонуйте
1-877-606-6705**

8:00–18:00, з понеділка до п'ятниці

Шановний помічник!

З 1 по 20 липня у вас є шанс отримати якісне та доступне медичне страхування під час open enrollment (відкритої реєстрації).

Помічники виконують важливу роботу, оскільки гарантують здоров'я та безпеку наших близьких і груп населення. Але ви теж заслуговуєте на чудовий догляд!

Тому плани медичного обслуговування SEIU 775 Benefits Group створено з урахуванням потреб помічників. Медичні, стоматологічні, ортодонтичні послуги, послуги з лікування зору, слуху, емоційного здоров'я, покриття рецептурних препаратів і багато іншого – усе це лише за 25 доларів США на місяць за страхове покриття для вас.

Ви зазначили, наскільки для вас важливо, щоб ваші діти також мали медичне страхування, і я з радістю ділюся вагомою новинкою цього року – програмою Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)! Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) надає вашим дітям таке ж чудове покриття, яке отримуєте й ви. Дізнайтеся більше про цю нову перевагу на сторінці 4.

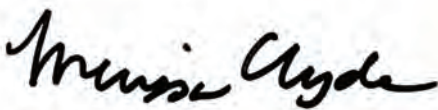
Щороку ми прагнемо вдосконалювати ваше медичне страхування, щоб воно приносило користь вам і вашій родині.

Скористайтеся цим документом Health Benefits Guide (Посібник щодо страхових пільг), щоб:

- Краще зрозуміти свій план медичного обслуговування.
- Дізнатися, як зареєструватися, щоб отримати медичне страхування вперше, як додати дітей до поточного страхування або змінити стоматологічний план.
- Дізнатися більше про інші чудові переваги, доступні для вас.

Від імені SEIU 775 Benefits Group дякуємо вам за турботу про інших! Для нас велика честь пропонувати медичне страхування, створене з урахуванням потреб з огляду на здоров'я та благополуччя для вас і ваших дітей.

Міцного вам здоров'я



Merissa Clyde
Генеральний виконавчий
директор (CEO),
SEIU 775 Benefits Group



ЗМІСТ

3 Медичне страхування для вас

Отримуйте медичне та стоматологічне покриття для себе, якщо працюєте 80 і більше годин на місяць.

4 Програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Отримуйте медичне та стоматологічне покриття для своїх дітей, якщо працюєте 120 і більше годин на місяць.

5 Як взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Дізнайтеся більше про підтвердження наявності утриманців та інші кроки, які потрібно виконати.

6 Коли подавати заявку / вносити зміни

Дізнайтеся, коли ви можете зареєструватися для отримання нового страхового покриття або внести зміни в наявне.

8 Як зареєструватися / внести зміни

Див. інструкції щодо реєстрації або внесення змін до вашого страхового покриття онлайн, або отримавши їх поштою.

9 Як зберегти покриття

Дізнайтеся, як зберегти покриття та що робити, якщо ви його втратите.

10 Інші важливі переваги

Дізнайтеся про інші доступні для вас безкоштовні переваги, які можуть покращити якість вашого життя.

11 Особливості плану медичного страхування

Перегляньте деталі плану та дізнайтеся, як отримати максимальну вигоду від свого страхового покриття.

16 Варіанти для стоматологічних послуг

Дізнайтеся про 2 варіанти стоматологічних планів для вас: Delta Dental і Willamette Dental.

21 Загальні терміни, що стосуються страхування

Дізнайтеся визначення деяких загальних термінів, які стосуються страхування, щоб краще зрозуміти, що входить до вашого покриття.

22 COBRA

Дізнайтеся, як COBRA пропонує безперервне медичне страхування в разі втрати покриття.



Maureen C.
Помічник, Spokane

Новинка цього року!

Участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Якщо ви працюєте 120 або більше годин на місяць, то можете додати своїх дітей (до досягнення ними 26-річного віку) у план покриття!

Обирайте з 2 варіантів покриття:

- **Повне медичне та стоматологічне покриття** всього за 100 доларів США на місяць для всіх ваших дітей (плюс 25 доларів США за ваше покриття).*
- **Стоматологічне покриття** лише за 10 доларів США для всіх ваших дітей (плюс 25 доларів США за ваше покриття).

Дізнайтеся більше про те, як отримати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), на сторінках 4 і 5.

*Ваш щомісячний платіж (доплата за покриття) з покриттям для вас і Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) становить 125 доларів США.

Нові переваги для вас

Зміни у вашому страховому покритті в цьому році:

- 0 доларів США доплати за бажаний генеричний інсулін та інсулін бажаної марки.
- Збільшення кількості альтернативних методів лікування (як-от акупунктура та хіропрактика), на які діє покриття, до 20 відвідувань на рік.
- Необмежена натуропатична допомога.
- Покращена допомога в разі безпліддя, зокрема пільги на нові лікарські засоби для лікування безпліддя.

Дізнайтеся, що ще входить до вашого покриття, ознайомившись із коротким оглядом плану на сторінці 13.

Open Enrollment (Відкрита реєстрація) для медичного страхування: 1-20 липня

20 липня – останній день для вас, щоб:

- ✓ Подати заявку на покриття, якщо ви відповідаєте критеріям і ще не є учасником.
- ✓ Змінити стоматологічний план, якщо ви вже зареєстровані.
- ✓ Взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)! Додати медичне та/або стоматологічне покриття для своїх дітей, якщо ви працюєте 120 і більше годин на місяць.

Надішліть заповнену заявку на медичне страхування до 20 липня онлайн або за допомогою пошти. Докладні відомості про те, як подати заявку, див. на сторінці 7.

Зміни, внесені під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація), набудуть чинності 1 серпня 2023 року. Якщо ви не бажаєте змінювати поточне покриття, жодних дій виконувати не потрібно. Якщо ви не виконаєте відповідні дії, то не зможете подати заявку або внести зміни до початку наступного періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація), за винятком випадків, коли у вас стається відповідна життєва подія, наприклад, народження дитини або втрата іншого медичного страхування.

Потрібна допомога з поданням заявки або маєте запитання? Телефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Покриття для вас

Отримайте високоякісне медичне та стоматологічне покриття лише за 25 доларів США на місяць, яке надає такі переваги:

Безкоштовні візити до лікаря первинної ланки

Медичні послуги

Стоматологічні послуги

Ортодонтичні послуги

Послуги щодо емоційного здоров'я

Послуги щодо зору

Послуги щодо слуху

Послуги щодо безпліддя

Догляд, що стосується питань статі

Рецептурні препарати

Альтернативний догляд

Хіропрактична допомога

Дізнайтеся більше про особливості вашого плану медичного страхування на сторінці 11.

Як досягнути відповідності критеріям і залишатись учасником програми?

Ви відповідаєте критеріям для медичного страхування через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, якщо **працюєте 80 або більше годин на місяць** протягом 2 місяців поспіль, а покриття діє, поки ви продовжуєте працювати 80 або більше годин на місяць.

Коли я можу подати заявку?

Ви можете подати заявку на покриття в будь-який із таких моментів:

- ✓ Під час **Open Enrollment (Відкрита реєстрація)**, що триває 1–20 липня щороку.
- ✓ **Коли вперше відповідаєте критеріям** для покриття.
- ✓ **Якщо у вас сталася «відповідна життєва подія»**, як-от втрата страхового покриття, яке ви мали через чоловіка/дружину або іншого постачальника страхування. Дізнайтеся більше на сторінці 6.

Як подати заявку?

Ви можете подати заявку на покриття:

- Онлайн через Health: My Plan на сайті myseiu.be/oe-myplan.
- За допомогою заявки на медичне страхування в цьому пакеті.

Інструкції щодо подання заявки можна знайти на сторінці 7.

Коли почне діяти моє покриття?

Якщо ви відповідаєте критеріям і заповнили заявку на медичне страхування під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація), ваше покриття набуде чинності 1 серпня 2023 року.

Як я можу зберегти покриття?

Щоб покриття продовжувало діяти:

- ✓ Продовжуйте працювати 80 і більше годин на місяць.
- ✓ Продовжуйте сплачувати щомісячний платіж сумою 25 доларів США (доплата за покриття).

Що станеться, якщо я втрачу покриття?

У разі втрати покриття ви отримаєте інформацію про продовження покриття через COBRA. Читайте більше на сторінці 22. Якщо ви знову почнете працювати щонайменше 80 годин на місяць протягом 12 місяців, ваше страхування автоматично відновиться. Докладніше див. на сторінці 9.

Coverage for Kids

(Страхове покриття для дітей)

Новинка цього року! Ви можете додати своїх дітей у план покриття (до досягнення ними 26-річного віку).

За допомогою програми Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) ваші діти зможуть отримати медичне та стоматологічне покриття за 100 доларів США на місяць або лише стоматологічне покриття всього за 10 доларів США на місяць. Ваші діти отримають усі переваги, що доступні вам, зокрема ті, що стосуються емоційного здоров'я, ортодонтичних послуг, оздоровчих візитів тощо.

Скільки коштує участь у цій програмі?

Якщо ви реєструєте своїх дітей для отримання медичного та стоматологічного покриття, щомісячний платіж становить 100 доларів США на місяць плюс 25 доларів США за ваше покриття. Якщо ви реєструєте своїх дітей лише для отримання стоматологічного покриття, щомісячний платіж становить 10 доларів США на місяць плюс 25 доларів США за ваше покриття. **Щомісячний платіж за програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) становить сталу суму, незалежно від того, скільки у вас дітей!**

	Медичне та стоматологічне	Лише стоматологічне
Лише ви	25 доларів США	Недоступно
Ви+ 1 дитина	125 доларів США	35 доларів США
Ви+ 2 дитини	125 доларів США	35 доларів США
Ви+ 3 дитини	125 доларів США	35 доларів США

Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога в поданні заявки на участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), зателефонуйте за номером 1-877-606-6705.

Як взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

Щоб отримати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), ви маєте працювати **120 або більше годин на місяць** і продовжувати працювати в такому темпі, щоб зберегти таке покриття.

Якщо зараз ви не працюєте 120 годин або більше, але хотіли б взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), заповніть заявку на медичне страхування під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація). Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) почне діяти, коли працюватимете 120 або більше годин на місяць.

Коли я можу подати заявку?

Ви можете подати заявку на програму Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей):

- ✓ Під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація), що триває 1–20 липня щороку.
- ✓ Коли вперше відповідаєте критеріям для покриття.
- ✓ Якщо у вас сталася «відповідна життєва подія», як-от народження або всиновлення дитини. Дізнайтеся більше на сторінці 6.

Як подати заявку?

Ви можете подати заявку на покриття:

- Онлайн через Health: My Plan на myseiu.be/oe-myplan.
- За допомогою заявки на медичне страхування в цьому пакеті.

Якщо ви вирішите додати дітей у свій план покриття, вам потрібно буде подати документ «Підтвердження наявності утриманців», який підтверджує ваші зв'язки з кожною дитиною, яку ви додаєте. Інструкції щодо подання заявки та додаткову інформацію про підтвердження наявності утриманців можна знайти на сторінці 5.

Коли почне діяти програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

Якщо ви відповідаєте критеріям і подали заповнену заявку на медичне страхування під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація), ваше покриття набуде чинності 1 серпня 2023 року.

Як зберегти Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

Щоб Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) продовжувало діяти:

- ✓ Працюйте 120 і більше годин на місяць.
- ✓ І надалі сплачуйте щомісячний платіж (доплата за покриття) за себе та дітей, які перебувають на вашому утриманні.

Що станеться, якщо я втрачу Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)?

У разі втрати Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) ви отримаєте інформацію про продовження покриття через COBRA. Читайте більше на сторінці 22. Якщо ви знову почнете працювати щонайменше 120 годин на місяць, програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) автоматично відновиться. Якщо ви працюєте щонайменше 80 годин на місяць, ваше персональне страхування діятиме й надалі.

Як взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Отримайте таке саме високоякісне медичне та стоматологічне покриття, яке маєте ви, для своїх дітей! Якщо ви працюєте 120 або більше годин на місяць, то можете отримати медичне та/або стоматологічне страхування для дітей, які перебувають на вашому утриманні (до досягнення ними 26-річного віку)!

Як взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)

Якщо ви бажаєте додати дітей у свій план покриття:

- ✓ Працюйте не менше 120 годин на місяць.
- ✓ Заповніть розділ Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) заявки на медичне страхування онлайн або за допомогою пошти. Вам потрібно буде вибрати варіант покриття для ваших дітей (медичне та стоматологічне за 100 доларів США або тільки стоматологічне за 10 доларів США).
- ✓ Разом із заповненою заявою на медичне страхування подайте документ, що підтверджує вашу спорідненість із дитиною (дітьми), що перебуває на вашому утриманні.
- ✓ Сплачуйте щомісячну суму, необхідну для покриття, яке ви обрали для своїх дітей (100 доларів США за медичне та стоматологічне покриття або 10 доларів США тільки за стоматологічне покриття). Сюди не входять ваша індивідуальна сума доплати за покриття. Докладніше див. на сторінці 4.

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).

Приклади дітей, які перебувають на утриманні та відповідають вимогам:

- Біологічні діти.
- Усиновлені діти.
- Пасинки чи падчерки або діти вашого цивільного партнера.

Повний перелік осіб, які вважаються дітьми, що перебувають на утриманні, можна знайти за посиланням myseiu.be/cfk-ua.

Підтвердження наявності утриманців

Коли ви реєструватимете дітей, які перебувають на вашому утриманні, вам потрібно буде підтвердити вашу спорідненість із ними, перш ніж почне діяти покриття. Ви маєте надіслати відповідний документ на кожну дитину, яку реєструєте.

Рекомендуємо подавати документи, що підтверджують наявність утриманців, разом із заповненою заявкою на медичне страхування. Якщо ви не можете це зробити, подайте документи, що підтверджують наявність утриманців, до **30 вересня**. Якщо ви надсилаєте підтвердження наявності утриманців окремо, не забудьте позначити його своїм іменем і прізвищем, а також останніми чотирма цифрами номера соціального страхування.

Документи, що приймаються для підтвердження наявності утриманців

Приклади документів, які можна використовувати для підтвердження наявності утриманців:

- Копія свідоцтва про народження дитини.
- Копія свідоцтва про прийомну сім'ю, опікунство чи усиновлення вашої дитини.
- Копія вашої останньої федеральної податкової декларації, у якій вказані ваші утриманці.

Якщо ви додаєте дитину від цивільного партнера, вам потрібно буде заповнити додаткову форму. Повний перелік схвалених документів можна знайти за посиланням myseiu.be/cfk-ua. Вам потрібно подати по одному документу, що підтверджує наявність утриманців, для кожної дитини, яку ви реєструєте.

Коли подавати заявку або вносити зміни

Ви можете подати заявку на високоякісне, доступне медичне страхування під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація) або якщо у вас сталася відповідна життєва подія, коли вперше відповідаєте критеріям для його отримання.

Open Enrollment (Відкрита реєстрація): 1-20 липня

Open Enrollment (Відкрита реєстрація) – це ваш щорічний шанс подати заявку або внести зміни до свого страхового покриття. 20 липня – останній день для вас, щоб:

- Подати заявку на покриття, якщо ви відповідаєте критеріям і ще не є учасником.
- Змінити стоматологічний план, якщо ви вже зареєстровані.
- Взяти участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)! Отримайте таке саме високоякісне покриття для своїх дітей, якщо працюєте 120 і більше годин на місяць.

Щоб гарантувати опрацювання вашої заповненої заявки на медичне страхування, ми маємо отримати її до 20 липня. Зміни, внесені під час Open Enrollment (Відкрита реєстрація), набудуть чинності 1 серпня 2023 року.

Якщо ви не бажаєте змінювати своє покриття, ніяких дій виконувати не потрібно. Ви продовжуватимете отримувати те саме покриття, яке маєте зараз! Ви не зможете подати заявку або внести зміни до початку наступного періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація), за винятком випадків, коли у вас стається відповідна життєва подія (QLE).

Спеціальний період реєстрації для відповідної життєвої події (QLE)

Відповідна життєва подія – це зміна у вашій життєвій ситуації (наприклад, народження дитини або втрата іншого страхового покриття), яка може дати вам право на спеціальний 30-денний період реєстрації, завдяки якому ви зможете зареєструватися в системі медичного страхування поза межами щорічного періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація). 30-денний період починається з моменту вашої події, тому ви маєте заповнити та подати заявку впродовж 30 днів.

Життєві події, які можуть дати вам право на спеціальний період реєстрації для QLE:

- Народження або усиновлення дитини.
- Втрата іншого медичного страхування.
- Розлучення.

Luz C.
Помічник, Kennewick



Створення імені для входу для Health: My Plan



Створивши ім'я для входу для Health: My Plan, ви можете легко подати заявку або змінити страхове покриття. Перейдіть на myseiu.be/oe-myplan або відскануйте QR-код і виконайте такі кроки:

Крок 1. Виберіть Register as a New User (Зареєструватися як новий користувач).

Username / Email Address

Password

SIGN IN REGISTER AS A NEW USER

Крок 2. Введіть ідентифікатор учасника або номер соціального страхування (SSN).

Member ID on your health card or SSN

NEXT CANCEL

Крок 3. Введіть поштовий індекс і дату народження.

Member ID or SSN: Name:

Zip Code: Date of Birth:

NEXT CANCEL

Крок 4. Ознайомтеся з Умовами й положеннями та прийміть їх.

Please read and accept Terms & Conditions.

CREATE will occasionally update this privacy policy to reflect changes in the law or feedback. CREATE encourages you to periodically review this Statement to be informed of how CREATE is protecting your information. Your continued use of this web portal and/or mobile app after we make changes is deemed to be acceptance of those changes, so please check the policy periodically for updates.

CONTACT INFORMATION

CREATE welcomes your comments regarding this Statement of Privacy. If you believe that CREATE has not adhered to this Statement, please contact CREATE at CREATE@comcast.com. We will use commercially reasonable efforts to promptly determine and remedy the problem.

[View Full Screen](#)

I accept Terms & Conditions I do not accept Terms & Conditions

NEXT CANCEL

Крок 5. Укажіть ім'я користувача, пароль і секретне питання.

Username or Email Address: Confirm Username or Email Address:

Password (at least 8 characters) Confirm Password:

Secret Question: Answer:

NEXT CANCEL

Крок 6. Укажіть контактні дані та натисніть Save Communication (Зберегти контактні дані).

* Необхідно вказати принаймні один номер телефону та адресу електронної пошти.

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: -Select- English

SAVE COMMUNICATION CONTINUE LATER

Крок 7. Натисніть Save Acknowledgments (Зберегти підтвердження).

create technology SEIU 775 Benefits Group

YOU MAY RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS FROM US

SAVE ACKNOWLEDGEMENTS CONTINUE LATER

Завантажте мобільну програму MyCreateHealth на свій смартфон, щоб легко користуватися Health: My Plan.

Мобільна програма MyCreateHealth доступна в App Store на вашому iPhone або в Google Play Store на вашому телефоні з Android.



Як подавати заявку або вносити зміни

Найпростіший спосіб внести зміни або подати заявку на покриття для себе чи своїх дітей – зробити це онлайн за допомогою Health: My Plan.

Health: My Plan myseiu.be/oe-myplan

Крок 1. Увійдіть у систему та перегляньте інформацію про своє медичне страхування або зареєструйтеся для отримання покриття.

Якщо ви відповідаєте критеріям для реєстрації, для вас стане активною кнопка **Start Enrollment (Розпочати реєстрацію)**.



Крок 2. Пройдіть реєстрацію через Health: My Plan.

- Виберіть свого основного роботодавця. Ваш основний роботодавець вираховуватиме щомісячну доплату за покриття з вашої заробітної плати. Якщо у вас є кілька роботодавців, основним роботодавцем автоматично буде задано того, у кого ви працюєте найбільше годин. Ви можете змінити основного роботодавця, зателефонувавши за номером 1-877-606-6705.
- Ви побачите інформацію про відповідність критеріям для кожної переваги.

Крок 3. Відредагуйте свої налаштування, наприклад:

- Підтвердьте ваші уподобання щодо зв'язку – телефон, електронна пошта або пошта.
- Виберіть бажану мову.
- Додайте інформацію про ваших дітей (якщо застосовно).

Крок 4. Зареєструйтеся або внесіть зміни до вашого медичного страхування.

- План медичного обслуговування. Ваш план визначається на основі вашого поштового індексу.
- План стоматологічного обслуговування. Порівняйте плани та оберіть один із доступних варіантів плану стоматологічного обслуговування.
- Додайте дитину або дітей до страхового покриття (якщо застосовно).

Крок 5. Перегляньте свої вибори.

Крок 6. Підпишіться своїм іменем за допомогою миші або сенсорного екрану, щоб завершити реєстрацію.

Крок 7. Підтвердьте свої зв'язки з дітьми, яких ви додали до покриття.

- Дізнайтеся більше на сторінці 5.

Перегляньте свій план і внесіть зміни

Крок 1. Увійдіть у Health: My Plan, щоб переглянути своє страхове покриття або внести в нього зміни.

Крок 2. Скористайтеся піктограмою меню у верхньому лівому куті:

- Знайдіть свій короткий огляд страхового покриття.
- Перегляньте інформацію про свою відповідність критеріям і переваги.
- Повідомте про відповідну життєву подію (якщо застосовно).
- Перегляньте свої робочі години.
- Здійсніть самостійні оплати та багато іншого!

Запитання?

1-877-606-6705

з понеділка до п'ятниці 8:00–18:00

за північноамериканським

тихоокеанським часом

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Щоб подати заявку або внести зміни за допомогою пошти або факсу:

Надішліть поштою або факсом заповнену заявку (разом із документами, що підтверджують наявність утриманців) на адресу або номер факсу, указані в заявці на медичне страхування. Обов'язковою є поштова пересилка по США. Щоб гарантувати опрацювання вашої заявки, ми маємо отримати її до 20 липня.

Як зберегти покриття

Після отримання страхового покриття ви маєте продовжувати працювати необхідну кількість годин на місяць і вчасно сплачувати щомісячний платіж (доплату за покриття), щоб зберегти безперервне медичне страхування. Важливо вчасно звітувати про відпрацьовані години, щоб не втратити покриття для себе чи своїх дітей.

Щоб зберегти покриття:

- ✓ Працюйте 80 і більше годин на місяць.
- ✓ Звітуйте про свої робочі години протягом 60 днів після закінчення місяця.
- ✓ Сплачуйте щомісячний платіж розміром 25 доларів США.

Щоб зберегти Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей):

- ✓ Працюйте 120 і більше годин на місяць.
- ✓ Звітуйте про свої робочі години протягом 60 днів після закінчення місяця.
- ✓ Сплачуйте повний щомісячний платіж за себе та дітей, які перебувають на вашому утриманні.

Якщо ви працюєте менше 120 годин, але принаймні 80 годин (від 80 до 119) на місяць, ваше покриття все ще буде діяти, але участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) буде припинено.

Ваші робочі години: як і коли вони впливають на покриття.

Години, які ви відпрацювали впродовж Місяця 1, впливають на покриття в Місяці 3. Наприклад, години, відпрацьовані вами в січні, впливають на покриття в березні. Якщо ви втратите покриття через те, що не відпрацювали достатню кількість годин, ваше покриття автоматично відновиться, коли ви знову почнете працювати необхідну кількість годин.

Години, відпрацьовані в:	Січ	Лют	Бер	Квіт	Трав	Черв	Лип	Серп	Вер	Жовт	Лист	Груд
Надається покриття в:	Бер	Квіт	Трав	Черв	Лип	Серп	Вер	Жовт	Лист	Груд	Січ	Лют

Оскільки ваше медичне страхування та Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) мають різні вимоги щодо годин роботи, ви можете втратити Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей), але зберегти своє медичне страхування.

Наприклад: якщо ви працюєте більше 80, але менше 120 годин упродовж Місяця 1, програма Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) припинить дію в Місяці 3, але ваше покриття все ще діятиме.

МІСЯЦЬ 1 Ви працюєте від 80 до 119 годин.	МІСЯЦЬ 2 Ви працюєте 120 годин або більше.	МІСЯЦЬ 3 На основі годин, відпрацьованих у місяці 1, Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) зменшується, але все ще діє.	МІСЯЦЬ 4 На основі годин, відпрацьованих упродовж Місяця 2, Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) буде відновлено.
---	--	---	--

ПРИМІТКА. Якщо у вас є прогалина в покритті тривалістю 12 місяців або більше, вам доведеться повторно подати заявку на медичне страхування. Ви також можете мати право на COBRA – медичне страхування, доступне для людей, які втратили покриття. Більше інформації про це див. на сторінці 22.

Потрібно більше годин?

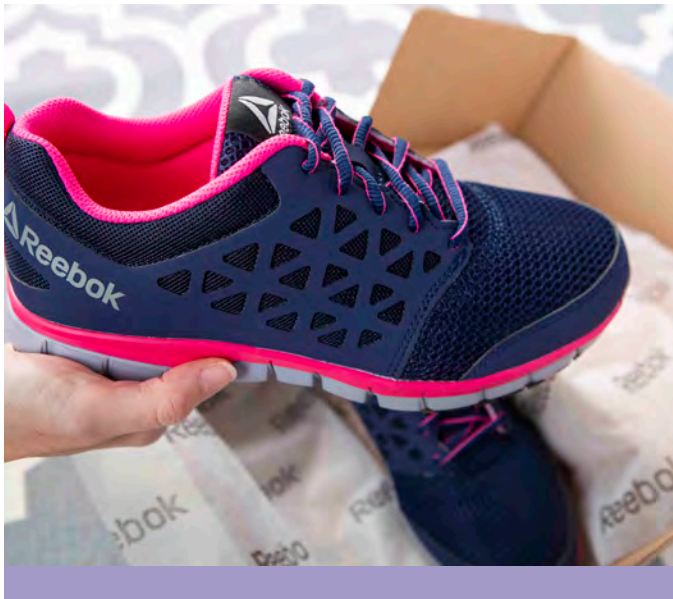
Якщо вам не вистачає кількох годин, ви можете скористатися оплачуваною відпусткою або оплачуваними годинами навчання, щоб досягнути необхідної кількості годин.



Якщо ви індивідуальний постачальник послуг (IP) і вам потрібно отримати більше годин від іншого клієнта, щоб зберегти покриття, спробуйте Carina, безкоштовний вебсайт для пошуку роботи, який допоможе вам знайти більше клієнтів. Більше інформації див. на myseiu.be/oe-carina.

Інші важливі переваги

Ви маєте доступ до більшої кількості переваг, які допоможуть вам зберегти здоров'я, зменшити стрес, підвищити безпеку на робочому місці та покращити якість життя. Ви можете отримати ці переваги, навіть якщо у вас немає медичного страхування через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust (застосовуються відповідні правила).



Кросівки для помічників KICKS™



Безкоштовне взуття для помічників

Щороку отримуйте безкоштовну пару нековзаного взуття Caregiver Kicks! Неважливо, яке взуття ви виберете – сабо, кросівки, високі кросівки, чи низькі туфлі, будь-які Caregiver Kicks:

- зручні.
- гарантують безпеку на роботі.
- можуть зменшити біль у ногах і спині.

Крім того, вони доступні в понад 70 стилях від популярних брендів, як-от Reebok і Skechers.

Щоб відповідати критеріям, ви маєте відпрацювати 80 годин на місяць, 2 місяці поспіль.



Дізнатися більше про Caregiver Kicks:
myseiu.be/oe-kicks

ginger

Програма для емоційного здоров'я

Якщо ви відчуваєте стрес або пригніченість, спробуйте Ginger, безкоштовну програму для смартфонів, призначену для вашого емоційного здоров'я. З Ginger ви зможете цілодобово спілкуватися з тренером за допомогою захищених текстових повідомлень. Члени вашої родини віком від 18 років також можуть отримати Ginger безкоштовно.

Якщо у вас є медичне страхування через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, ви також можете отримати захищені та конфіденційні відео-зустрічі з ліцензованим терапевтом.

Щоб відповідати критеріям для отримання Ginger, ви маєте працювати щонайменше одну годину на місяць.



Дізнатися більше про Ginger:
myseiu.be/oe-ginger

Особливості плану медичного страхування

Kaiser Permanente of Washington HMO – це медичний страховий план, доступний для вас за вашим поштовим індексом.



Ваше медичне страхування пропонує чимало способів отримати допомогу та підтримку для вашого здоров'я та благополуччя, а також надає доступ до інструктажів, персоналізованих програм, надійних указівок для ведення здорового способу життя тощо.

Коли ви зареєструєтесь, Kaiser Permanente надішле вам поштою ідентифікаційну картку учасника. Ця картка містить важливу інформацію, яка знадобиться вам під час отримання медичної допомоги. Якщо ви не отримали свою картку, зателефонуйте за номером **1-888-844-4607**.

За допомогою ідентифікаційної картки учасника ви зможете захистити свій обліковий запис і керувати своїми показниками здоров'ям онлайн на сайті kp.org/wa і через додаток Kaiser Permanente для смартфонів.



Зверніться до лікаря безкоштовно

З покриттям Kaiser Permanente ви не доплачуватимете за відвідування свого основного лікаря (якого також називають постачальником первинної медичної допомоги або PCP). Ви можете звернутися до свого PCP для профілактичних оглядів, якщо почуваєтеся погано чи коли вам потрібне направлення до спеціаліста. Знайти PCP легко на myseiu.be/oe-doctor.

З вашим покриттям ви також отримуватимете зручне та високоякісне обслуговування онлайн або по телефону. Сюди належать чат допомоги, онлайн-візити, візити, що проводяться в телефонному режимі або за допомогою відеозв'язку та цілодобові консультації по телефону.

Переваги, що стосуються емоційного здоров'я

Ваше емоційне здоров'я таке ж важливе, як і фізичне. Страхування від Kaiser Permanente передбачає професійну підтримку, надання ліків, групову терапію та альтернативний догляд, а також:

- Лінію зв'язку для доступу до служби охорони психічного здоров'я. Зателефонуйте **1-888-287-2680** або відвідайте сайт myseiu.be/kaiser-bh.
- Чат з охорони психічного здоров'я, доступний із понеділка до п'ятниці, 8:00–18:00 на сайті myseiu.be/carechat.
- Безкоштовний доступ до Calm - програми для усвідомленості, медитації та сну. Дізнайтеся, як отримати доступ до Calm, на сайті myseiu.be/calm-kp (спочатку слід увійти в систему).



Переваги, що стосуються слуху, без доплат!

Через EPIC hearing ви можете отримати слуховий апарат вартістю до 1200 доларів на кожне вухо без доплати під час особистого або онлайн-візиту. Розпочніть роботу на сайті myseiu.be/epic.



Заощаджуйте, використовуючи ці альтернативи зверненню до відділення екстреної допомоги.

Якщо ви потребуєте негайної допомоги, знайдіть найближчий центр невідкладної допомоги або запишіться на прийом до лікаря в той же день. Ви можете заощадити до 200 доларів США.

Невідкладна допомога – не те саме, що екстрена допомога. Якщо ви страждаєте від небезпечного для життя стану, наприклад, серцевого нападу або інсульту, вам слід звернутися до відділення екстреної допомоги. Якщо у вас незначна фізична травма, наприклад, розтягнення зв'язок на щиколотці, зверніться за невідкладною медичною допомогою.

Основний лікар / онлайн-візити	Безкоштовно*
Невідкладна допомога	Доплата 0 дол. США
Відділення екстреної допомоги	Доплата 200 дол. США

* Візити до основного лікаря не потребують доплати, однак, якщо лікар призначає аналізи або лабораторні дослідження, вам, можливо, доведеться доплатити за ці послуги.



Дізнайтеся більше про своє покриття на myseiu.be/oe-ua

Ваші переваги щодо рецептурних препаратів

Пільги на рецептурні ліки входять у страхування від Kaiser Permanente, а переносити свої рецепти в цей план надзвичайно просто! Просто ввійдіть у свій обліковий запис Kaiser Permanente чи зателефонуйте представнику Kaiser за номером 1-888-901-4636.

Вам можуть безкоштовно доставити рецептурні препарати додому.

Поштове замовлення - найдоступніший варіант отримання рецептурних препаратів. Заповнюйте свої рецепти онлайн, телефоном або за допомогою програми Kaiser Permanente of Washington для смартфонів.

Доплата за Rx (у мережі) за 30-денний запас	Аптека	Замовлення поштою
Генеричні контрацептиви*	0 доларів США	0 доларів США
Ціннісно-орієнтовані ліки**	4 доларів США	0 дол. США на 30-денний запас
Генеричні препарати	8 доларів США	3 дол. США на 30-денний запас
Препарати марок, зареєстрованих у формулярі ліків	25 доларів США	20 дол. США на 30-денний запас

* Якщо ви працюєте в релігійній організації, ваш медичний план не покриває контрацептиви, як це дозволено релігійним виключенням Закону про доступне медичне обслуговування. Однак ви отримуєте їх безкоштовно (і без жодних додаткових дій) від Kaiser Permanente, якщо ви зареєстровані в медичному плані.

** Ці ціннісно-орієнтовані ліки – це генеричні препарати для лікування різних розладів здоров'я.



Це короткий огляд переваг. 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. Відповідно до закону «Про захист прав пацієнтів і доступне медичне обслуговування» від 2010 року: Діти, які перебувають на утриманні, мають право на участь у цьому плані до досягнення ними 26-річного віку.

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	<ul style="list-style-type: none">• 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
Послуги лікарні	<ul style="list-style-type: none">• Стационарні послуги: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.• Амбулаторна хірургія: Доплата 50 доларів 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• Бажаний генеричний (рівень 1) / бажаної марки (рівень 2) доплата 0 дол. США
Замовлення поштою за рецептом	Знижка 5 дол. США на 30-денний запас
Акупунктура	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	<ul style="list-style-type: none">• 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 доларів США

Переваги	У мережі
Прилади, обладнання та витратні матеріали	<p>Покривається на 50 % Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.</p> <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	<p>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.</p>
Діагностична лабораторія та рентгенологічні послуги	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Невідкладна допомога (у разі госпіталізації доплата не стягується)	<p>Доплата 200 дол. США в уповноваженій установі Доплата 200 дол. США в неуповноваженій установі</p>
Обстеження слуху(планові)	<p>Доплата 0 доларів США</p>
Слухові апарати	<p>Діє покриття окремими перевагами: EPIC Hearing. Без доплат, до 1200 доларів США на кожне вухо кожні 3 роки в рахунок вартості слухового апарату. Дізнайтеся більше на mysei.u.be/epic.</p>
Медичні послуги на дому	<p>Повне покриття. Без обмежень на візити. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.</p>
Послуги хоспісу	<p>Повне покриття. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме.</p>
Послуги з лікування безпліддя	<p>Для медичних і хірургічних послуг із лікування стерильності та безпліддя, а також усіх супутніх послуг, зокрема штучної інсемінації, екстракорпорального запліднення та медикаментозної терапії, діє покриття відповідно до застосовної частки витрат на амбулаторні послуги, яка не може перевищувати 50 000 доларів США за все життя.</p> <p>Для препаратів для лікування безпліддя діє покриття за умови франшизи та 20% доплати за страхування за планом, що обмежується максимальною сумою в 35 000 доларів США за все життя.</p>
Мануальна терапія	<p>Діє покриття до 20 візитів на календарний рік без попереднього дозволу - доплата 0 доларів США.</p>
Послуги масажу	<p>Див. розділ «Реабілітаційні послуги»</p>
Послуги для вагітних	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарно: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію • Амбулаторно: Доплата 0 доларів США. Планове лікування, яке не підлягає доплаті за амбулаторні послуги.

Переваги	У мережі
Психічне здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарно: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію. Якщо не отримати попередній дозвіл, покриття не діятиме. • Амбулаторно: Доплата 0 доларів 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 лікаря»; 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	<ul style="list-style-type: none"> • Необмежено, без періоду очікування • Стационарно: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію • Амбулаторно: Доплата 0 доларів США
Профілактика: Медичні обстеження, щеплення, мазок Папаніколау, мамографія	Повне покриття Для послуг із профілактики захворювань у жінок (зокрема, контрацептивні препарати та засоби, стерилізація) діє повне покриття.
Реабілітаційні послуги: 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 доларів 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'язка труб)	Повне покриття.
Послуги, що стосуються скронево-нижньощелепного суглоба (TMJ)	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарно: Доплата розміром 100 доларів США на добу, до 5 днів за одну госпіталізацію • Амбулаторно: Доплата 0 доларів США
Консультації з питань відмови від тютюнопаління	Програма Quit for Life (Кинути назавжди) – повне покриття
Планове обстеження зору (1 візит раз на 12 місяців)	Доплата 0 доларів США
Оптичні вироби: Лінзи, зокрема контактні, і оправы	<ul style="list-style-type: none"> • Учасники віком до 19 років: 1 оправа та пара лінз на рік або контактні лінзи з покриттям 50% у рахунок доплати за страхування • Учасники віком від 19 років: 300 доларів США на 12 місяців



Luz C.
Помічник, Kennewick

Варіанти планів стоматологічного обслуговування

Обране вами стоматологічне покриття враховано в щомісячному платежі розміром 25 доларів США (доплата за покриття).

У таблиці нижче ви можете порівняти плани стоматологічного обслуговування та обрати той, який найкраще підходить для вас і ваших дітей.

- Обидва плани стоматологічного обслуговування передбачають покриття ортодонтії.
- Якщо ви вже зареєстровані та бажаєте змінити план стоматологічного обслуговування, подайте заповнену заявку на медичне страхування. Щоб гарантувати опрацювання вашої заявки, ми маємо отримати її в заповненому виді до 20 липня.
- **COVERAGE FOR KIDS (СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ ДЛЯ ДІТЕЙ):** Ви також можете додати своїх дітей у свій план стоматологічного покриття за додаткові 10 доларів США. Дізнайтеся більше на сторінці 4.

	
<p>Річний максимум: 2000 доларів США</p>	<p>Річний максимум: Немає</p>
<p>Франшиза: 0 доларів США</p>	<p>Франшиза: 0 доларів США</p>
<p>Планові обмеження: Повне покриття</p>	<p>Планові обмеження: Повне покриття</p>
<p>Основні моменти</p> <ul style="list-style-type: none"> • Велика мережа постачальників послуг, зокрема в сільській місцевості. • Отримайте безкоштовну зубну щітку Sonicare під час візиту до стоматолога PDA. 	<p>Основні моменти</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зручно для помічників, які живуть на коридорі I-5. • Потрібно звернутися до постачальника стоматологічних послуг Willamette Dental.

Період дії переваг: 01.01.2024–31.12.2024

Максимальний період дії переваг*
(на людину; не поширюється на клас I): 2000 доларів США

Ортодонтія – дорослі та діти:
50%, максимум на все життя
2000 доларів США на людину

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 **800-554-1907** або відвідайте DeltaDentalWA.com, якщо у вас є запитання.

	Стоматолог PPO Delta Dental	Стоматолог вищої категорії Delta Dental	Стоматолог, який не належить до мережі
Франшиза періоду дії переваг			
Не застосовується до класу I і ортодонтії Поза мережею – 50 доларів США (на людину)	0 доларів США	50 доларів США	50 доларів 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) Пародонтологія Оральна хірургія	100%	60%	60%
Клас III – основне			
Зубні протези Часткові зубні протези Імпланти Мости Коронки	80%	40%	40%

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.

На стоматологічну допомогу, яку надають стоматологи PDA, діє повне покриття до максимальної суми 2000 доларів США. Водночас доплата за страхування не застосовується до послуг класу III – основні послуги.

Отримайте максимум від переваг Delta Dental

Виберіть стоматолога в мережі

Ваш план надає вам доступ до мережі PPO Delta Dental. Ви отримуєте максимальну вигоду, коли відвідуєте стоматолога PPO Delta Dental. Ваш план також передбачає доступ до мережі Delta Dental Premier®, яка допоможе вам знайти стоматолога PPO за межами вашого регіону, якщо це необхідно. Це означає, що ви можете уникнути більших витрат поза мережею.

Щоб знайти неподалік стоматолога, який працює в мережі:

1. Відвідайте DeltaDentalWA.com.
2. Клацніть Online Tools (Онлайн-інструменти) і скористайтесь інструментом Find a Dentist (Знайти стоматолога).
3. Виберіть Delta Dental PPO, щоб відфільтрувати результати пошуку.

	PPO	Premier	Поза мережею
Стоматологічна мережа вашого плану	●		
Ви отримуєте максимальну вигоду, що означає найменше витрат власних коштів	●		
Заповнює для вас бланки заяв на отримання компенсації	●	●	
Надається з управлінням якістю та обмеженням витрат	●	●	
Немає обмеження витрат, що означає найбільші витрати власних коштів			●

Створіть обліковий запис MySmile® на DeltaDentalWA.com

Отримайте захищений цілодобовий доступ до вашої ідентифікаційної картки, інформації про переваги, оцінки витрат власних коштів і багато іншого! Інструмент Find your member ID (Знайти свій ідентифікатор учасника) спрощує реєстрацію.

Регулярно відвідуйте стоматолога

Ваш план покриває щорічні профілактичні візити до лікаря. Регулярні чистки та огляди необхідні для того, щоб зберегти вашу посмішку здоровою та запобігти виникненню проблем у майбутньому.

Дізнайтеся приблизну оцінку витрат власних коштів

Знання ваших витрат допоможе вам і вашому стоматологу спланувати лікування так, щоб отримати максимальну вигоду.

- **MySmile Cost GenieSM** надає вам миттєву оцінку витрат. Цей інструмент чудово підходить для базового лікування, наприклад, для пломбування. Просто ввійдіть у свій обліковий запис MySmile, щоб отримати персоналізовану оцінку.
- Якщо вам потрібне обширне лікування, наприклад, коронка, попросіть стоматолога виписати вам «Попередній висновок». Ви отримаєте «**Підтвердження лікування та вартості**» від свого стоматолога. У ньому буде докладно описано ваш план лікування, відомості про те, що покривають ваші переваги та скільки коштуватиме лікування в стоматолога.



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

Запитання? Зателефонуйте до Delta Dental 800-554-1907

З понеділка до п'ятниці, 07:00–17:00

Гарантовано компанією Willamette Dental of Washington, Inc. Цей план надає широке покриття послуг із профілактики, діагностики та лікування захворювань або станів зубів і опорних тканин. У наведеному нижче переліку міститься інформація про деякі найпоширеніші процедури, на які діє покриття за вашим планом. 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 доларів США
Протезування	
Повний верхній або нижній протез	Ви сплачуєте доплату 400 доларів США
Міст (на зуб)	Ви сплачуєте доплату 250 доларів США
Ендодонтія та пародонтологія	
Терапія кореневих каналів – передня частина	Ви сплачуєте доплату 85 доларів США
Терапія кореневих каналів – премолари	Ви сплачуєте доплату 105 доларів США
Терапія кореневих каналів – моляри	Ви сплачуєте доплату 130 доларів США
Часткове видалення кістки (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 150 доларів США
Вирівнювання поверхні коренів (за квадрант)	Ви сплачуєте доплату 75 доларів США
Хірургічна стоматологія	
Планове видалення (один зуб)	Покриття доплатою за відвідування лікаря
Хірургічне видалення	Ви сплачуєте доплату 100 доларів США
Ортодонтичне лікування	
Лікування перед ортодонтичним втручанням	Ви сплачуєте доплату 150 доларів США**
Комплексне ортодонтичне лікування	Ви сплачуєте доплату 2500 доларів США
Зубний імплант	
Хірургія зубних імплантів	Максимальна компенсація за імплантацію – 1500 доларів 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 доларів США
Відвідування спеціалізованого кабінету	Ви сплачуєте доплату 30 доларів США за відвідування
Відшкодування витрат на екстрену медичну допомогу за межами області	Ви сплачуєте кошти понад 250 доларів США

* Максимальний річний ліміт для TMJ становить 1000 доларів США / 5000 доларів 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 екстрені 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.

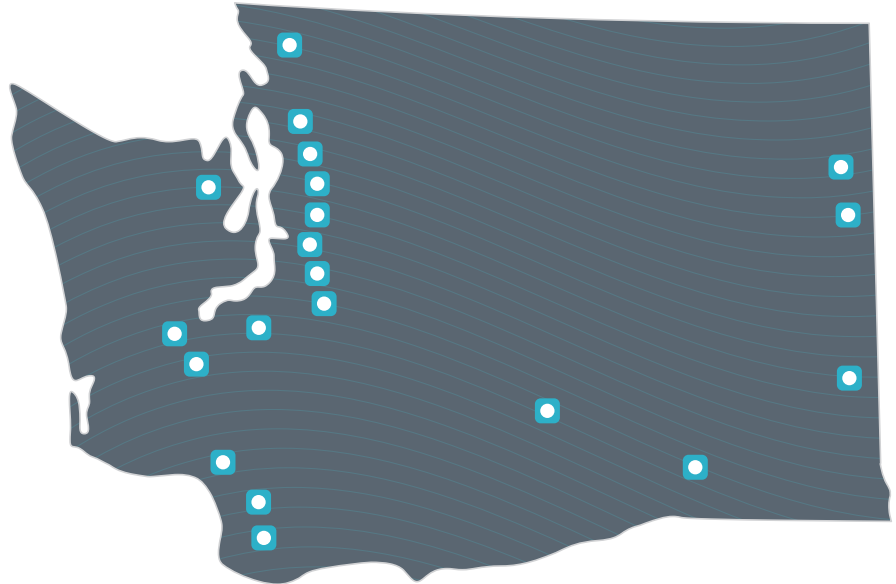
Отримайте максимум від переваг Willamette Dental

Якісне та доступне стоматологічне покриття

З Willamette Dental у вас не буде річних максимумів. Тобто, якщо вам знадобиться кілька стоматологічних процедур, наприклад, хірургічне втручання або чищення зубів кілька разів на рік, ваші витрати й надалі покриватимуться.

Знайдіть стоматолога неподалік

Willamette Dental має багато зручних локацій у західному Вашингтоні, тому вам буде легко знайти стоматолога Willamette, якщо ви проживаєте вздовж коридору I-5. Щоб знайти найближчого до вас стоматолога, відвідайте locations.willamettedental.com і введіть свій поштовий індекс у рядок пошуку. Ви також можете знайти актуальну інформацію про стоматологів Willamette, зокрема адресу, схему проїзду, години роботи, а також оцінки та коментарі пацієнтів.



Запишіться на прийом

Записатися на перший прийом до стоматолога можна за телефоном 1-855-433-6825 з понеділка до п'ятниці з 7:00 до 17:30 та в суботу з 7:00 до 13:00 за північноамериканським тихоокеанським часом.



Запитання? Дізнайтеся більше на myseiu.be/oe-willamette

Загальні терміни, що стосуються страхування

Амбулаторні та стаціонарні послуги

Стаціонарна послуга – це послуга, яка передбачає розміщення в лікарні або медичному закладі протягом ночі. Прикладами можуть бути пологи або деякі хірургічні операції. Амбулаторна послуга – це будь-яка послуга, яка не вимагає стаціонарного перебування в лікарні або медичному закладі.

Відповідність критеріям

Ви маєте право на особисте медичне страхування із SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, якщо відпрацювали щонайменше 80 оплачуваних годин на місяць протягом щонайменше двох місяців поспіль. Щоб і надалі відповідати критеріям для покриття, ви маєте продовжувати працювати 80 годин на місяць. Якщо ви працюєте 120 або більше годин на місяць, ви маєте право зареєструвати для отримання покриття своїх утриманців.

Доплата

Доплата – це сума, яку ви платите за візити до лікаря, візит до відділення екстреної допомоги та часто за рецептурні препарати. Деякі плани вимагають доплати, а не франшизи. Коли ж інші можуть передбачати обидва види стягнень. Ваші доплати не враховуються в сумі франшизи, але підсумовуються в ліміті власних коштів.

Доплата за покриття/Плата

Плата – це повна вартість вашого медичного страхування щомісяця. Доплата за покриття – це відсоток або фіксована сума від загальної суми вашого медичного страхування, яку ви сплачуєте. Наприклад, доплата за покриття для вашого особистого страхування становить лише 25 доларів США на місяць. Якщо ви вирішите зареєструвати утриманців, стоматологічне покриття становитиме 10 доларів США, а Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) – 100 доларів США.

Доплата за страхування

Доплата за страхування – це відсоток витрат, який ви сплачуєте за медичні послуги після того, як вичерпали свою франшизу (якщо вона передбачена у вашому плані).

Ідентифікатор учасника

Ваш ідентифікатор учасника – це унікальний номер, пов'язаний із вами, який дає постачальникам медичних послуг і їхньому персоналу змогу перевіряти ваше покриття та організувати оплату послуг. Це також номер, за яким медичні страхові компанії шукають конкретних учасників. Ваш ідентифікатор учасника зазначено на вашій ідентифікаційній картці учасника

Ліміт власних коштів

Ліміт власних коштів – це загальна сума, яку ви повинні сплатити до того, як ваш план почне покривати 100% витрат на медичне обслуговування до кінця року. Зазвичай до цього ліміту належать доплати, ваша франшиза, доплата за страхування та платежі в мережі, на які діє покриття.

Мережа

Ваша мережа складається із закладів, постачальників послуг (лікарів, медсестер) і постачальників, з якими ваш план медичного обслуговування вклав договори на надання медичних послуг.

Послуги в мережі та поза мережею

Послуги в мережі – це послуги, на які діє покриття вашого плану медичного обслуговування, і які ви можете отримати за меншу доплату/доплату за страхування або без неї. Послуги поза мережею – це послуги, на які може діяти або не діяти покриття вашого плану, що можуть передбачати вищу доплату або доплату за страхування, ніж послуги, що надаються в мережі.

Постачальник первинної медичної допомоги

Постачальник первинної медичної допомоги – це лікар або інший медичний працівник, наприклад, медсестра або асистент лікаря, до якого ви можете звертатися за постійним медичним обслуговуванням. Ви можете обрати свого постачальника первинної медичної допомоги на веб-сайті свого плану медичного обслуговування. У деяких планах такий лікар може призначатись автоматично, але ви можете змінити його в будь-який час.

Скасування покриття або відмова від нього

Якщо ви не бажаєте реєструватися в програмі медичного страхування або хочете припинити її дію для себе або своїх утриманців (якщо вони є учасниками програми), ви можете заповнити онлайн-форму на сайті Health: My Plan або зателефонувати у відділ обслуговування клієнтів, щоб отримати паперову форму. Якщо ви вирішите відмовитися від покриття, ви, можливо, не зможете знову зареєструватися до наступного періоду Open Enrollment (Відкрита реєстрація) (щороку з 1 до 20 липня) або доки у вас не станеться відповідна життєва подія

Утриманець

Утриманцем є дитина (до 26 років), яка відповідає критеріям для покриття за вашим планом через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. Повний перелік утриманців, які відповідають критеріям, можна знайти за посиланням myseiu.be/cfk-ua.

Франшиза

Франшиза – це сума, яку ви сплачуєте протягом страхового періоду (зазвичай один рік) за медичні послуги, на які діє покриття за планом, перш ніж план почне їх оплачувати. Франшиза може застосовуватися не до всіх послуг. Крім того, вона передбачена не в усіх планах. У деяких планах франшиза може поширюватися лише на послуги поза мережею.



Teresa M.
Помічник, м. Спокан

Інше медичне страхування

Якщо ви перестали надавати послуги помічника й хочете знайти довгострокове медичне страхування, відвідайте Washington Healthplanfinder. Ви можете дізнатися, чи відповідаєте критеріям для безкоштовної програми Washington Apple Health або порівняти інші варіанти медичного обслуговування на сайті wahealthplanfinder.org.

COBRA

Що таке COBRA?

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, Закон про зведення консолідованого бюджету) допомагає поміщикам і їхнім дітям, які втратили медичне страхування через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. Завдяки COBRA ви зможете продовжити медичне страхування за щомісячний платіж, якщо ви втратите покриття або участь у програмі Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей).

Покриття вашого SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust буде припинено, якщо

Ви працюєте недостатньо годин на місяць, необхідних для вашого покриття (80 годин для вашого покриття або 120 годин для Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей)). Якщо ви маєте Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) і ваша кількість годин опускається нижче 120 на місяць, покриття в межах Coverage for Kids (Страхове покриття для дітей) зменшиться, але ваше особисте покриття надаватиметься й надалі, якщо ви відпрацюєте 80 або більше годин на місяць. Тому важливо вчасно звітувати про відпрацьовані години.

Покриття припиняє діяти через 2 місяці після того, як ви почнете менше працювати. Якщо це станеться, ви отримаєте інформацію про COBRA і те, як подати заяву на його отримання, поштою.

Потрібно більше годин?

Якщо ви індивідуальний постачальник послуг (IP) і вам потрібно більше годин, щоб зберегти покриття через SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, скористайтеся Carina, безкоштовним і безпечним веб-сайтом, який підбирає помічників для клієнтів у їхньому регіоні. Дізнайтеся більше на сайті myseiu.be/oe-carina.

Поточна щомісячна вартість COBRA (станом на 1 серпня 2023 року)

COBRA	Медичні послуги	Delta Dental	Willamette Dental
Кросівки для помічників	880,26 дол. США	60,18 доларів США	59,16 доларів США
Помічник і діти	1510,62 дол. США	140,76 доларів США	131,58 доларів США

Маєте запитання про покриття COBRA?

Телефонуйте в службу підтримки клієнтів за номером **1-877-606-6705**.

Важливі контакти

Служба підтримки клієнтів

Отримайте допомогу в поданні заявки, мовну підтримку, відповіді на запитання про покриття, інформацію про COBRA та багато іншого.

1-877-606-6705
(8:00–18:00, з понеділка до п'ятниці)

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Kaiser Permanente of Washington

Обслуговування учасників	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
Обслуговування нових учасників	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Психіатрична допомога	1-888-287-2680	myseiu.be/kp-mh
Телефон гарячої лінії медичного консультування	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse

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

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

EPIC Hearing 1-866-956-5400 myseiu.be/epic



Lucky M.
Помічник, м.
Голдендейл

Якщо у вас є запитання або ви
потребуєте допомоги щодо мови:
телефонуйте **1-877-606-6705**

8:00–18:00, з понеділка до п'ятниці

Ver en español: myseiu.be/oe-es
查看中文版: myseiu.be/oe-zh
한국어로 보기: myseiu.be/oe-ko
Посмотреть на русском: myseiu.be/oe-ru
Переглянути укр: myseiu.be/oe-ua
Xem bằng Tiếng Việt: myseiu.be/oe-vi
Ku eeg Af-Soomaali: myseiu.be/oe-so
ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ: myseiu.be/oe-pa
អានជាភាសាខ្មែរ: myseiu.be/oe-kh
myseiu.be/oe-ar: عرض باللغة العربية

For questions about this application or language assistance, call
1-877-606-6705

Health Benefits Application

If you are already enrolled, you do not need to fill out an application unless you want to make changes to your coverage. The fastest and easiest way to enroll or make changes is online using Health: *My Plan* at myseiu.be/oe-myplan.

THIS IS AN APPLICATION, NOT A GUARANTEE OF ENROLLMENT FOR COVERAGE.

- If you submit an application and are eligible, you will receive an enrollment confirmation letter at the beginning of your coverage month. If you do not get a letter within 30 days of submitting an application please call **1-877-606-6705**.
- If you are not eligible at this time, you can still submit a completed application, but coverage will not be effective until you become eligible. Your application will remain on file until you become eligible, for up to 1 year.

I am Applying for coverage Changing my dental plan Adding/removing a child (dependent)	Check One Open Enrollment New Employee Qualifying Life Event	Check One for Qualifying Life Event (Documents may be required) Marriage/Domestic Partnership Involuntary Loss of Coverage Birth	Divorce Court Order/Adoption/Legal Guardianship
For more information or if your Qualifying Life Event is not listed here, call 1-877-606-6705.			

1. HOME EMPLOYER* INFORMATION (Required)

Employer Name:	Agency Branch (APs) or IPOne # (IPs):
-----------------------	--

*This is the employer who will deduct your monthly co-premium from your paycheck. Your home employer may be reassigned in the future to another employer, based on your number of monthly hours worked.

2. CONTACT INFORMATION

First Name:		MI:	Last Name:	
Social Security Number:			Gender:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth:				
Home Address:		City:	State:	ZIP:
Phone (Home):	(Cell):	Preferred Language:		
Preferred Method of Contact:	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email	Personal Email Address:		

3. MEDICAL AND DENTAL PLANS

Medical: Your plan is assigned by ZIP code and is Kaiser Foundation Health Plan of Washington		
Dental: Select your plan*	Delta Dental of Washington	Willamette Dental of Washington, Inc.**

*If you are enrolling and have not selected a dental plan, Delta Dental of Washington will be selected for you.

**Willamette Dental requires use of in-network dentists. For more information, please reference your Health Benefits Guide.

PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.

4. COVERAGE FOR KIDS (DEPENDENT) ENROLLMENT INFORMATION

ELIGIBILITY FOR COVERAGE FOR KIDS

If you work 120 hours or more per month, you can enroll your dependent children for coverage. Dependent children can be covered up to their 26th birthday regardless of marital status, student status or eligibility for other group coverage. If children of the primary insured are covered, children of Domestic Partners are covered on the same basis. Caregivers and their children can only be on one plan through SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust at a time.

You can choose between 2 coverage types for each child:

- Medical and dental Coverage for Kids for \$100 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.
- Dental-only Coverage for Kids for just \$10 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.

Your total monthly premium cost for coverage will not exceed \$100 for all dependents covered, plus \$25 for your coverage.

	Medical & Dental	Dental Only
Just You	\$25	-
You + 1 kid	\$125	\$35
You + 2 kids	\$125	\$35
You + 3 or more kids	\$125	\$35

YOU CAN ADD KIDS TO YOUR COVERAGE:

- When you enroll for the first time.
- If you have a Qualifying Life Event
- During the annual Open Enrollment period (July 1-20).

If you are not currently working at least 120 hours per month and you want Coverage for Kids, you can still apply and submit your Dependent Verification; Coverage for Kids will begin when you start working at least 120 hours per month.

KEEPING COVERAGE

If you fall below 120 hours worked per month, your child(ren) will be automatically be dropped from your coverage. To get and keep coverage for yourself, you only need to work 80 hours or more per month.

For questions about this application or language assistance, call
1-877-606-6705

TO ADD CHILD DEPENDENT(S), YOU MUST:

- ✓ Submit your **Health Benefits Application** online using Health: *My Plan* at myseiu.be/oe-myplan or by using this paper form. Paper applications must be mailed to the address on the last page.
- ✓ Submit a **Dependent Verification** document that verifies your relationship to your child(ren).
- ✓ Begin paying your **monthly payment (co-premium)** through automatic payroll deduction.

APPLICATION

For each child you enroll, you must provide their information, Social Security number and select the coverage type. This is required by federal regulations.

You can add up to 3 children on one application. If you want to add more dependent children, you can use additional applications to do so.

DEPENDENT VERIFICATION

When you enroll your dependent children, you will need to submit a document that verifies your relationship to them before coverage can begin. You must send a document for each child you enroll.

Some examples of documents that can be used for Dependent Verification include:

- A copy of your child's birth certificate.
- A copy of your child's foster, legal guardianship or adoption certificate.
- A copy of your most recent federal tax return that lists your dependent(s).

If you are adding the child of a domestic partner, you will need to fill out an additional form. Contact customer service at 1-877-606-6705 for more information.

It is recommended that you submit your Dependent Verification document(s) with your Health Benefits Application. If you are unable to do so, you must submit your Dependent Verification document(s) within 60 days of submitting your Application. If you send your Dependent Verification separately, please make sure to label it with your first and last name and the last four digits of your Social Security number.

PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.

COVERAGE FOR KIDS ENROLLMENT INFORMATION

If you are adding Coverage for Kids, you will need to choose between medical and dental coverage for \$100 or dental-only for \$10, for each child you enroll. If you do not choose an option, you will automatically get the medical and dental option (\$100).

1. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		
2. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		
3. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		

VERY IMPORTANT: YOU MUST READ AND SIGN THIS FORM FOR COVERAGE TO TAKE EFFECT

I hereby apply for enrollment or change of enrollment in SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust health coverage as indicated on this application. I understand that the SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust and its claims administrators may collect, use and disclose protected health information about each individual enrolled under this application in order to carry out their routine business functions, including but not limited to, determining eligibility for benefits, paying claims, coordinating benefits with other insurance carriers or payers, underwriting and conducting case management, care management and quality reviews. The undersigned acknowledges that the Trust will rely on the information provided. It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

By signing below, I agree to the required monthly payroll deduction for my health coverage. In the event of an involuntary loss of Trust coverage, if minimum hour eligibility requirements are met again within 12 months from the date of coverage loss, coverage will be automatically reinstated. I understand if my hours drop below 80 through my primary employer, the Trust may combine my hours from other home care agencies or the state to meet the 80 hour requirement and keep me enrolled in my health plan. I understand that if I do not work 120 hours, and/or do not pay the premium, my eligible dependent will lose their health coverage. I understand that in order for them to be reinstated, I am responsible for paying the owed co-premiums for said dependents. I understand that if I voluntarily drop coverage, I will not have COBRA rights and will not be able to apply for coverage again until the next annual Open Enrollment or if there is a qualifying life event.

PLEASE RETURN YOUR FORM BY MAIL TO:

SEIU 775 Benefits Group
 PO Box 24811, Seattle WA 98124
 Or fax it to: 516-723-7395

 Signature

 Date Signed

 Name (please print)