



# 5 простых шагов для регистрации

Чтобы зарегистрироваться в медицинских страховых планах, нужно выполнить всего пять простых действий.

Para obtener información en español visite [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org).

Для информации на русском языке, посетите страницу на интернете [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org).

1

## Определите медицинский план на основании вашей зоны обслуживания.

Медицинский план Kaiser Medical — для работников, проживающих в районе обслуживания компании Kaiser.

Медицинский план ODS Medical — для работников, проживающих за пределами района обслуживания компании Kaiser.

2

## Определите стоматологический план на основании вашей зоны обслуживания.

План стоматологического обслуживания Kaiser Dental — для работников, проживающих в районе обслуживания компании Kaiser.

План стоматологического обслуживания ODS Dental — для работников, проживающих в любой части штата Орегон.

3

## Заполните регистрационную форму.

4

## При регистрации членов семьи приложить квитанцию об оплате на имя «HUBB Trust» первого страхового взноса.

5

## Отправить регистрационную форму компании HUBB по адресу:

HUBB, LLC  
SEIU Local 503, OPEU  
1730 Commercial Street SE  
PO Box 12159  
Salem, OR 97309-0159

## Пожалуйста, сообщайте в компанию HUBB о всех изменениях вашего адреса.

Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org) или позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону 866-364-4822.



## Наши обязательства перед вами...

### HUBB оказывает следующие услуги:

- определяет право лиц на получение медицинской и стоматологической страховки на основании сведений Департамента социального обеспечения о количестве отработанных ими часов;
- отправляет социальным работникам, имеющим право на участие в программе, документы для регистрации;
- обрабатывает заявления социальных работников на участие в программе;
- отправляет социальным работникам подтверждения регистрации в программе;
- выставляет штату Орегон счета за страховые взносы социальных работников, имеющих право на участие в программе;
- получает страховые взносы от штата Орегон и приходящих социальных работников;
- перечисляет взносы страховым компаниям;
- отвечает на вопросы социальных работников, касающиеся льгот, регистрации и права на получение страховки;
- защищает интересы социальных работников перед страховыми компаниями и штатом;
- оказывает приходящим социальным работникам помощь с апелляциями в отношении права участия, регистрации и исков о взыскании платежей;
- оказывает полную поддержку приходящим социальным работникам в отношении медицинской и стоматологической страховки;
- совместно с программой Family Health Insurance Assistance Program (FHIAP) помогает социальным работникам оплачивать страховку для членов их семей.



# Содержание

В данной брошюре описаны страховые льготы, которые будут предоставляться компанией Homecare Union Benefits Board, LLC (HUBB) с 1 апреля 2011 г. по 31 декабря 2011 г.

HUBB предоставляет медицинскую и стоматологическую страховку приходящим социальным работникам, имеющим право на участие в программе, а также членам их семей, имеющим право на участие в программе. Страховка вступает в силу только после обработки регистрационной формы компанией HUBB.

Если у вас возникли какие-либо вопросы о льготах по медицинской или стоматологической страховке, позвоните в наш офис по тел. (503) 364-HUBB (4822) или по бесплатной телефонной линии (866) 364-HUBB. Вы также можете отправлять интересующие вас вопросы по следующему адресу электронной почты: [HUBB@oreuseiu.org](mailto:HUBB@oreuseiu.org)

Данный справочник не дает полного представления о страховой программе компании HUBB. Если он противоречит договору страхования, последний имеет преимущественную юридическую силу.

Часто задаваемые вопросы .....	1
Стоимость страхового покрытия.....	3
Право на участие в программе и регистрация .....	4
Обзор компании Kaiser Permanente.....	7
Медицинский план Kaiser Permanente.....	8
Стоматологический план Kaiser Permanente.....	10
Обзор компании ODS.....	11
Медицинский план ODS.....	12
Стоматологический план ODS.....	14
Уведомления об обязательных льготах.....	15
Правила получения права на участие в программе .....	18
Программа Smoke-Free штата Орегон.....	23
Список услуг.....	<b>задняя обложка</b>

## Часто задаваемые вопросы

### Право на участие в программе и регистрация

#### Имею ли я право на участие?

Вы имеете право на участие в программе, если весь рабочий день, какую-либо его часть, несколько часов в день или круглосуточно работаете приходящим социальным работником по уходу на дому, получая зарплату из бюджета штата. Кроме того, вы должны быть трудоустроены в рамках программ Client Employed Providers (CEP), Spousal Pay Providers или Oregon Project Independence и получать заработную плату от Департамента социального обеспечения (Department of Human Services, DHS). Также вы должны отработать не менее 80 часов в месяц в течение двух месяцев подряд и не должны иметь какой-либо иной медицинской или стоматологической страховки, кроме страховок, предоставляемых в рамках программы Medicare и ветеранских льгот.

#### Кто оплачивает мою страховку?

Медицинская страховка приходящих социальных работников штата Орегон, имеющих право на участие в программах HUBB, оплачивается штатом Орегон. Подобные взносы предоставляются в рамках коллективного соглашения между Комиссией по уходу на дому штата Орегон (Oregon Home Care Commission) и местным отделением Международного профсоюза работников сферы обслуживания (Service Employees International Union, SEIU) SEIU Local 503, Профсоюзом государственных и муниципальных служащих штата Орегон (Oregon Public Employees Union, OPEU).

#### Когда HUBB отправляет пакет регистрационных документов приходящим социальным работникам?

Компания HUBB отправляет пакеты регистрационных документов приходящим социальным работникам по запросу, а также когда:

- Социальный работник, осуществляющий домашний уход, получает право на участие в программе, то есть проработал 80 часов в течение одного или двух месяцев подряд. Это первый и/или второй месяц квалификационного периода. Данные правила применяются к новым приходящим социальным работникам и к работникам, которые прежде были зачислены в HUBB, но лишились страхового покрытия. Приходящие социальные работники, которые потеряли страховку HUBB, могут зарегистрироваться в плане повторно, если снова будут иметь право на участие в программе.
- Объявлена открытая регистрация.

#### Что такое «квалификационный период»?

Квалификационный период — это трехмесячный период, состоящий из 80 или более часов, которые работник отработал в течение двух месяцев подряд, за которым следует один месяц периода ожидания. После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого числа месяца, следующего за периодом ожидания.

Пример. Если вы отработали 80 или более часов в январе и феврале, вы имеете право на страховое покрытие с 1-го апреля, если HUBB получит вашу регистрационную форму до 31-го

марта. (Март будет считаться периодом ожидания.) В этом же примере: если HUBB получит вашу регистрационную форму 5-го апреля, ваше страховое покрытие начнет действовать с 1-го мая.

#### Когда начнет действовать мое страховое покрытие?

Если вы регистрируетесь в плане как впервые получивший право на участие приходящий социальный работник, вы можете зарегистрироваться в любое время в течение квалификационного периода. Для этого вам нужно заполнить форму на получение медицинской и стоматологической страховки. После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого числа месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

#### Когда начнет действовать страховое покрытие для моей семьи?

После получения компанией HUBB первоначальной регистрационной формы для регистрации членов вашей семьи в план и проставления на ней даты страховое покрытие начинает действовать с первого числа следующего месяца, при условии что приходящий социальный работник прошел квалификационный период и заплатил страховой взнос за страховое покрытие своей семьи. Если вы подали заявление на предоставление субсидии на страховку для членов семей по программе Family Health Insurance Assistance Program (FHIAP), страховое покрытие для членов вашей семьи начнет действовать с первого числа месяца, следующего за датой получения одобрения FHIAP. FHIAP выставит вам счет на оплату вашей части страхового взноса. Члены семьи могут быть добавлены в связи с изменением статуса в результате квалифицирующего события или в течение периода открытой регистрации.

#### Каким образом перечисляется оплата за семейное страховое покрытие?

Семейное страховое покрытие подразумевает дополнительные расходы. Участники плана HUBB несут ответственность за оплату ежемесячных страховых взносов за всех застрахованных членов семьи. После получения первого страхового взноса HUBB направит вам по почте купоны, которые вы будете использовать при оплате последующих ежемесячных страховых взносов в HUBB. Компания HUBB и программа FHIAP заключили партнерское соглашение с целью обеспечения доступного страхового покрытия для членов семей через программу субсидий. FHIAP ежемесячно направляет счета участникам данной программы. Участники перечисляют страховые взносы непосредственно в FHIAP.

#### Когда я получу мои карточки-удостоверения и справочник по плану?

Страховая компания вышлет вам карточку-удостоверение, как только ваше страховое покрытие начнет действовать. При обращении за услугами покажите вашему поставщику медицинских или стоматологических услуг вашу карточку-удостоверение для подтверждения страхового покрытия. Если вам понадобятся услуги до получения карточки-удостоверения, обратитесь в офис HUBB и получите номер группы. При утере карточки-удостоверения вы можете

сделать запрос на ее восстановление, обратившись в отдел обслуживания участников страховой компании.

После регистрации в медицинском и стоматологическом плане вы получите письмо-подтверждение от HUBB. При помощи почтовой карточки, вложенной в письмо-подтверждение регистрации, вы можете запросить у HUBB копию справочника по плану. Вы также можете просмотреть и/или распечатать справочник по плану на веб-сайте [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org). В справочнике участника описаны ваши обязательства и представлена подробная информация о льготах, предоставляемых планом, об услугах, требующих предварительного разрешения, а также об ограничениях и процедурах. Ознакомившись с вашими льготами, вы станете хорошо осведомленным потребителем медицинских услуг.

## Изменение статуса

### Что если я перееду на другое место жительства, не попадаящее в зону обслуживания моего плана?

Если вы переедете из зоны обслуживания плана, оставаясь участником плана, вы больше не будете иметь право на обслуживание в рамках плана. Важно сообщить об этом в офис HUBB, чтобы вас зарегистрировали в плане страховой компании, обслуживающей ваше место жительства.

### Я был (а) зарегистрирован (а) в другом плане, но недавно потерял (а) страховое покрытие. Могу ли я стать участником плана HUBB сейчас?

Если вы были зарегистрированы в другом плане и лишились страхового покрытия, вы можете подать заявление на регистрацию в плане HUBB, заполнив регистрационную форму в течение 60 дней с последнего дня страхового покрытия вашего плана. HUBB проверит, что вы соответствуете требованиям в отношении отработанных часов. Вам засчитают часы, отработанные за предшествующие два месяца и период ожидания. В случае подтверждения права на участие в программе ваша страховка вступает в силу в первое число месяца после утери права на предыдущее страховое покрытие. Если HUBB не сможет установить ваше право на участие в программе, проверив ваши данные за последние месяцы, у вас будет перерыв в страховом покрытии до тех пор, пока не будет установлено ваше право на участие в программе.

### Что произойдет с моим страховым покрытием, если я отработаю меньше 80 часов?

После регистрации в страховой программе HUBB вы должны продолжать работать 80 часов или более, чтобы остаться в плане. Если отработанных часов за один месяц будет меньше 80, вы все равно получите страховое покрытие. Однако, если отработанных часов будет меньше 80 за два месяца подряд, ваше страховое покрытие будет отменено после периода ожидания сроком в один месяц.

Пример. Если вы зарегистрированы в плане, и в июне и июле отработанных часов у вас будет меньше 80, вы потеряете страховое покрытие с 1-го сентября. Август будет считаться периодом ожидания.

Когда вы потеряете страховое покрытие, HUBB отправит вам информацию о продлении страхового покрытия через программу COBRA. При помощи программы COBRA вы сможете продлить страховое покрытие, самостоятельно оплачивая ежемесячные страховые взносы. (См. Уведомления об обязательных льготах в данном справочнике.)

### Каким образом можно снова зарегистрироваться в плане, если мое страховое покрытие было прекращено в связи с сокращением отработанных часов?

HUBB автоматически отправит вам регистрационный пакет по окончании первого месяца нового квалификационного периода. Ваше страховое покрытие начнет действовать с первого числа месяца, следующего за датой получения регистрационной формы (дата проставляется HUBB) и окончанием квалификационного периода.

### Потерю ли я свое страховое покрытие, если не смогу работать в связи с производственной травмой?

Если вы являетесь участником медицинского плана HUBB и отработали меньше 80 часов за один месяц в связи с производственной травмой, ваше страховое покрытие сохранится. Однако, если отработанных часов будет меньше 80 за два месяца подряд, ваше страховое покрытие будет отменено.

Когда вы потеряете страховое покрытие, HUBB отправит вам информацию о продлении страхового покрытия через программу COBRA. При помощи программы COBRA вы сможете продлить страховое покрытие, самостоятельно оплачивая ежемесячные страховые взносы.

## Страховое покрытие плана

### Следует ли мне выбрать основного лечащего врача (PCP), прежде чем идти на прием к врачу?

Да, если вы зарегистрированы в медицинском плане ODS, перед первым визитом к врачу вы должны выбрать PCP, входящего в сеть обслуживания ODS. Если вы не выберете врача, входящего в сеть обслуживания ODS, ваш визит к врачу могут не оплатить.

Kaiser Permanente рекомендует вам выбрать PCP. Вы можете выбрать врача, практикующую медсестру или фельдшера в отделении семейной медицины или терапевтическом отделении. Однако вы не обязаны выбирать PCP до первого визита к врачу.

### Что такое страховое покрытие регулярных офтальмологических услуг?

Страховое покрытие регулярных офтальмологических услуг оплачивает плановую проверку зрения (при отсутствии медицинских проблем), рефракцию, оправы, линзы и контактные линзы в пределах денежного покрытия плана.

### Нужно ли мне отдельно регистрироваться, чтобы получить страховое покрытие регулярных офтальмологических услуг?

Нет. Страховое покрытие регулярных офтальмологических услуг является частью вашего медицинского плана. После регистрации в медицинском плане вы получаете право на страховое покрытие регулярных офтальмологических услуг.

### Я зарегистрирован (а) в медицинском плане HUBB и Medicare, Часть В. Куда должны направлять счета мои поставщики медицинских услуг?

Групповой план медицинского обслуживания HUBB является основным страховым покрытием, а Medicare — вспомогательным. Ваши поставщики медицинских услуг должны направлять счета сначала в медицинский план HUBB.

# Стоимость страхового покрытия

## Страховое покрытие для работников

В соответствии с коллективным соглашением, Штат Орегон оплачивает страховку (медицинскую, стоматологическую и офтальмологическую) в полном размере только работникам. Для участия в стоматологическом плане необходимо сначала зарегистрироваться в медицинском.

## Страховое покрытие для членов семей

Штат Орегон не оплачивает страховые взносы за членов семей работников. Их ежемесячная оплата является ответственностью участников программ компании HUBB. Для участия в стоматологическом плане члены семей сначала должны зарегистрироваться в медицинском.

Участники программ компании HUBB могут самостоятельно оплачивать взносы за членов своих семей, имеющих право на участие в программе. В приведенной ниже таблице указана соответствующая стоимость страхового покрытия. Взносы подлежат оплате не позднее 1-го дня месяца страхового покрытия. Например, чтобы в апреле с 1-го числа месяца члены семьи могли пользоваться страховкой, оплата за нее должна поступить в компанию HUBB до 1 апреля. Чеки или денежные переводы должны выписываться на имя «HUBB Trust».

Компания HUBB также координирует субсидии на страховку для членов семей по программе Family Health Insurance Assistance Program (FHIAP) с помощью Office of Private Health Partnerships (OPHP).

## Страховые взносы на 2011 г.

**Взнос - вклад штата = стоимость страхового покрытия для членов семьи, оплачиваемая сотрудником**

	Ежемесячный взнос	Вклад штата	Стоимость для работника
<b>Медицинский план Kaiser Permanente</b>			
Только работник	562,43	562,43	0,00
Работник + супруг (а) / сожитель (ница) (Domestic partner)	1 124,86	562,43	562,43
Работник + ребенок (дети)	1 012,37	562,43	449,94
Работник + семья	1 687,28	562,43	1 124,85

## Медицинский план ODS

Только работник	761,73	761,73	0,00
Работник + супруг (а) / сожитель (ница) (Domestic partner)	1 452,44	761,73	690,71
Работник + ребенок (дети)	1 161,08	761,73	399,35
Работник + семья	1 911,88	761,73	1 150,15

## Стоматологический план Kaiser Permanente

Только работник	44,35	44,35	0,00
Работник + супруг (а) / сожитель (ница) (Domestic partner)	87,82	44,35	43,47
Работник + ребенок (дети)	80,28	44,35	35,93
Работник + семья	122,41	44,35	78,06

## Стоматологический план ODS

Только работник	36,79	36,79	0,00
Работник + супруг (а) / сожитель (ница) (Domestic partner)	72,85	36,79	36,06
Работник + ребенок (дети)	66,56	36,79	29,77
Работник + семья	101,66	36,79	64,87

## Что такое FHIAP?

FHIAP — это программа штата, оплачивающая 100% ежемесячных взносов за страховое покрытие детей, а также 50–95% ежемесячных взносов за страховое покрытие взрослых. Остаток суммы, а также прочие расходы, связанные с участием в плане, оплачиваются работником. Если вы соответствуете требованиям программы, субсидия действует на протяжении одного года, и затем вы можете подать заявление о ее продлении.

Тел. FHIAP: 1-888-564-9669

Часы работы: 9.00–17.00, пн. – пт.

Веб-сайт: [www.oregon.gov/OPHP/FHIAP](http://www.oregon.gov/OPHP/FHIAP)

# Общие сведения о требованиях программы и правилах регистрации

Полный перечень правил получения права на участие в программе компании HUBB можно найти в данном справочнике на стр. 18.

## ПРАВО НА УЧАСТИЕ

### Приходящие социальные работники

Вы имеете право на получение медицинской и стоматологической страховки HUBB, если:

1. вы весь рабочий день, какую-либо его часть, несколько часов в день или круглосуточно работаете приходящим социальным работником, получая государственную зарплату; и
2. вы трудоустроены в рамках программ Client Employed Providers (CEP), Spousal Pay Providers или Oregon Project Independence и получаете заработную плату от Департамента социального обеспечения; и
3. вы отработали не менее 80 часов в месяц в течение двух месяцев подряд; и
4. вы не имеете какой-либо иной медицинской или стоматологической страховки, кроме предоставляемой по программе Medicare и в рамках ветеранских льгот. Если вы застрахованы по другому групповому или индивидуальному медицинскому или стоматологическому плану, для получения права на регистрацию в HUBB от него необходимо отказаться.

### Члены семей

Члены семей приходящих социальных работников имеют право на получение медицинской и стоматологической страховки при выполнении следующих условий:

1. Если вы состоите в браке, ваш законный супруг (а) имеет право на получение страховки. Ее также может получить ваш сожитель того же или противоположного пола, если он (а) удовлетворяет критериям аффиавита компании HUBB о домашнем партнерстве, либо если вы предоставите свидетельство о регистрации домашнего партнерства (Certificate of Registered Domestic Partnership).
2. Любой ребенок в возрасте до 26 лет, который является биологическим или приемным ребенком либо ребенком, усыновленным (удочеренным) имеющими соответствующее право работником, его супругой (супругом) или сожительницей (сожителем), и который

не имеет любой другой медицинской или стоматологической страховки, а также возможности получить медицинскую и стоматологическую страховку, оплачиваемую другим работодателем.

### Потеря права на участие

Работники лишаются права на участие в программе, если в течение двух месяцев подряд количество отработанного ими времени составляет менее 80 часов. Оплата страховки прекращается через месяц после того, как количество отработанных часов становится меньше 80.

Члены семей лишаются права на участие в программе, когда они перестают соответствовать определению членов семьи, либо когда работник теряет право на оплату страховки из-за сокращения числа отработанных часов.

После регистрации в программе работники и члены их семей, лишившиеся права на участие в программе, могут продолжать пользоваться страховкой по программе продления страхового покрытия COBRA. При этом они должны самостоятельно оплачивать ежемесячные взносы.



## РЕГИСТРАЦИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ

### Приходящие социальные работники, имеющие право на участие в программе

Приходящие социальные работники могут зарегистрироваться во время квалификационного периода. Для этого им необходимо заполнить форму на получение медицинской и стоматологической страховки по месту жительства. После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу в первый день месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

В случае подачи регистрационной формы после окончания квалификационного периода страховка будет предоставляться социальным работникам в первый день месяца, следующего после получения этой формы (дата проставляется компанией HUBB). При этом работники должны соответствовать всем требованиям для получения права на участие в программе.

### Повторная регистрация для получения страхового покрытия

Приходящие социальные работники, лишившиеся страховки HUBB, но впоследствии отработавшие достаточное количество часов для получения права на ее возобновление, могут пройти повторную регистрацию.

Работники, которые вернули себе статус имеющих право на участие в программе после перерыва в страховом покрытии и потери страхового покрытия, должны отработать 80 или более часов в течение двух месяцев подряд и пройти период ожидания один месяц для подачи заявления на страховое покрытие.

Работники, которые вернули себе статус имеющих право на участие в программе после перерыва в страховом покрытии, должны заполнить новую регистрационную форму и подать ее в компанию HUBB во время квалификационного периода. После того как регистрационная форма получена компанией HUBB и на ней проставлена дата во время квалификационного периода, страховка вступает в силу в первый день месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

### Регистрация членов семей

Социальные работники могут зарегистрировать членов своих семей для получения медицинской и стоматологической страховки:

1. при первоначальной регистрации работника;
2. при повторной регистрации работника для получения страхового покрытия;
3. при изменении статуса; либо

4. во время открытой регистрации.
5. Для регистрации в стоматологическом плане члены семей сначала должны зарегистрироваться в медицинском плане.
6. Члены семей не могут участвовать в программе, если социальный работник не зарегистрирован в планах HUBB.
7. Члены семей не могут являться пациентами (клиентами) социальных работников.

## ИЗМЕНЕНИЯ РЕГИСТРАЦИИ

### Изменение статуса

Социальные работники могут вносить изменения в регистрацию, если изменение в регистрации связано со сменой квалификационного статуса и является результатом изменения квалификационного статуса, как описано ниже. Чтобы вступить в силу, запросы на изменение регистрации должны быть получены компанией HUBB и на них должна быть проставлена дата в течение 60 дней с момента изменения статуса. После того как форма регистрации получена и на ней компанией HUBB проставлена дата в течение 60-дневного периода изменения статуса, страховка вступает в силу с первого числа следующего месяца при условии, что социальный работник продолжает соответствовать требованиям на право участия в программе.

Для новорожденного ребенка страховка продолжает действовать ретроспективно до даты родов при условии подачи регистрационной формы и проставления на ней даты компанией HUBB в течение 60 дней после изменения статуса.

### **К изменениям статуса относятся:**

1. Заключение брака или вступление в домашнее партнерство путем подписания аффидавита или получения свидетельства о регистрации домашнего партнерства.
2. Смерть супруга (и) или сожителя либо расторжение брака или домашнего партнерства.
3. Рождение биологического ребенка, усыновление (удочерение) или размещение ребенка в семью для усыновления (удочерения).
4. Смерть ребенка-иждивенца.
5. Приобретение ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках вашего плана льгот.
6. Утрата ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках вашего плана льгот.
7. Изменение трудового статуса социального работника.
8. Изменение трудового статуса супруга (и) или сожителя.
9. Изменение стоимости страхового покрытия.
10. Утрата социальным работником, супругом (ой), сожителем или ребенком-иждивенцем права на другую льготу.

11. Получение социальным работником, супругом (ой) или сожителем постановления о праве ребенка на медицинскую поддержку.
12. Переезд социального работника, супруга (и) или сожителя из зоны обслуживания плана.
13. Получение членом семьи одобрения на предоставление субсидии FHIAP на оплату страховых взносов, изменение ее размеров или отказ в ее выплате.
14. Приобретение или потеря социальным работником или членом его семьи права на поддержку в рамках программ Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIP).

#### Переезд из зоны обслуживания

В случае потери права на участие в программе в связи с переездом из зоны обслуживания медицинского или стоматологического плана социальные работники должны пройти регистрацию по новому месту жительства.

#### Покрытие в другом плане — потеря страхового покрытия

Социальные работники, не зарегистрированные в связи с тем, что они были застрахованы в рамках другого плана, но впоследствии лишившиеся права на участие в нем, могут обратиться за регистрацией в программе Homecare Insurance Program. Чтобы установить право на участие в программе после потери страхового покрытия в другом плане, компания HUBB должна оценить право на участие в программе на основании количества часов, отработанных в течение двух предыдущих месяцев. Будут учитываться часы, отработанные работником за предшествующие два месяца и период ожидания. В случае подтверждения права на участие в программе страховка соцработника вступает в силу в первый день месяца, следующего после утери права на предыдущее страховое покрытие. Если право не будет установлено с учетом последних месяцев, работник не будет получать страховое покрытие до тех пор, пока не будет установлено его право на участие в программе.

## **Если у вас возникли вопросы о праве на участие в программе и регистрации:**

Свяжитесь с компанией HUBB

Бесплатная линия:

**1 866 364-HUBB (4822)**

Часы работы: 8.00–17.00, пн. – пт.

Веб-сайт: [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org)

Эл. почта: [HUBB@opeuseiu.org](mailto:HUBB@opeuseiu.org)



# KAISER PERMANENTE®

## Тип плана

Организация медицинского обеспечения (Health Maintenance Organization, HMO)

## Зона обслуживания

Зона обслуживания компании Kaiser Permanente располагается в радиусе приблизительно 30 миль от всех ее учреждений. Зона обслуживания определяется по почтовым индексам. Если ваш индекс входит в число указанных ниже, страховка вам будет предоставляться в рамках медицинского плана Kaiser Permanente.

Вы имеете право на регистрацию и продление страхового покрытия, если проживаете в зоне обслуживания компании. Зона обслуживания состоит из округов с указанными ниже почтовыми индексами:

### В штате Орегон

**Benton:** 97330, 97331, 97333, 97339, 97370

**Clackamas:** 97004, 97009, 97011, 97013, 97015, 97017, 97022, 97023, 97027, 97034, 97035, 97036, 97038, 97042, 97045, 97049, 97055, 97067, 97068, 97070, 97086, 97089, 97222, 97267, 97268, 97269

**Columbia:** Все почтовые индексы

**Hood River:** 97014,

**Linn:** 97321, 97322, 97335, 97355, 97358, 97360, 97374, 97389

**Marion:** 97002, 97020, 97026, 97032, 97071, 97137, 97301, 97302, 97303, 97305, 97306, 97307, 97308, 97309, 97310, 97311, 97312, 97313, 97314, 97317, 97325, 97342, 97346, 97352, 97362, 97373, 97375, 97381, 97383, 97384, 97385, 97392

**Multnomah:** Все почтовые индексы

**Polk:** Все почтовые индексы

**Washington:** Все почтовые индексы

**Yamhill:** Все почтовые индексы

### В штате Вашингтон

**Clark:** Все почтовые индексы

**Cowlitz:** Все почтовые индексы

**Lewis:** 98591, 98593, 98596

**Skamania:** 98639, 98648, 98671

**Wahkiakum:** 98612, 98647

## За пределами зоны обслуживания

Страховое покрытие не предоставляется за исключением экстренной и срочной помощи при невозможности добраться до учреждения Kaiser Permanente.

## Поставщики услуг, участвующие в программе

Для получения льготного страхового покрытия по этому плану необходимо пользоваться услугами поставщиков и учреждений Kaiser Permanente. Всем клиентам рекомендуется выбрать основного лечащего врача, который мог бы координировать оказание медицинских услуг и выдавать направления к другим врачам и специалистам Kaiser Permanente.

Ознакомиться со списком поставщиков услуг и учреждений Kaiser Permanente можно на веб-сайте [www.kaiserpermanente.org](http://www.kaiserpermanente.org). Вы также можете заказать список врачей и учреждений, позвонив в компанию HUBB или Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente.

## Ограничения по возрасту для иждивенцев

Ваш групповой план покрывает иждивенцев в возрасте до 26 лет (определение членов семьи, имеющих право на участие в программе, см. в разделе 1 Правил получения права на участие в программе).

## Отдел обслуживания участников (пн. – пт., 8.00–18.00)

Район Portland: 503-813-2000. Все другие районы: 1-800-813-2000. Линия ТТУ: 1-800-735-2900. Переводческие услуги, все районы: 1-800-324-8010



KAISER PERMANENTE®

## Общие сведения о льготах по медицинскому плану

1 апреля 2011 г. – 31 декабря 2011 г.

КОМИССИЯ ПО УХОДУ НА ДОМУ ШТАТА ОРЕГОН	11428-001
<b>Годовая личная франшиза</b>	нет
<b>Годовая семейная франшиза</b>	нет
<b>Максимальный размер доплаты социальным работником за год</b>	\$600 <sup>1</sup>
<b>Максимальный размер доплаты семьей за год</b>	\$1 200 <sup>2</sup>
<b>Пожизненный максимальный размер льготы</b>	нет

<b>Льгота</b> (предоставленная, предписанная или разрешенная поставщиком услуг, участвующим в плане Kaiser Permanente)	<b>Оплачивается социальным работником</b>
<b>Посещение врачей</b>	
Профилактика	\$0
Первичная медицинская помощь	\$20
Неотложная помощь	\$20
Специализированная помощь	\$20 <sup>2</sup>
Пренатальный уход	\$0
Плановая проверка зрения	\$20
Антигистаминные и другие инъекции	\$5
Плановая вакцинация	\$0
Реабилитационная терапия	\$20 <sup>3</sup>
Амбулаторная хирургия	\$20 <sup>2</sup>
<b>Рентгенография, визуализация, лабораторные анализы и специализированные диагностические процедуры</b>	\$0
<b>Рецептурные препараты для амбулаторных пациентов</b>	\$10 — непатентованное средство/ \$20 — патентованное средство. Предоставляется 30-дневный запас. При доставке по почте предоставляется 90-дневный запас поддерживающих препаратов за две доплаты. <sup>4</sup>
<b>Помещение в стационар</b>	\$0 <sup>5</sup>
<b>Больничный уход за матерями и новорожденными</b>	см. Помещение в стационар.
<b>Посещение отделения скорой помощи — дочерняя больница Kaiser Permanente</b>	\$75 <sup>6</sup>
<b>Посещение отделения скорой помощи — отделение скорой помощи Kaiser Emergicenter или клиника неотложной помощи Kaiser Permanente</b>	\$20
<b>Услуги машины скорой помощи</b>	\$75
<b>Психиатрические услуги</b>	
Inpatient and Residential care	\$0 <sup>5</sup>
Лечение в дневное время	Доплата \$20 в день
Outpatient treatment	доплата \$20
<b>Услуги, связанные с химической зависимостью</b>	
Inpatient and Residential care	\$0 <sup>5</sup>
Лечение в дневное время	Доплата \$20 в день
Outpatient treatment	доплата \$20



KAISER PERMANENTE®

# Общие сведения о льготах по медицинскому плану

1 апреля 2011 г. – 31 декабря 2011 г.

**Льгота** (предоставленная, предписанная или разрешенная поставщиком услуг, участвующим в плане Kaiser Permanente)

**Оплачивается социальным работником**

**Уход в учреждении сестринского ухода**

\$0 за максимум 100 дней в год

**Медицинский уход на дому**

\$0 за максимум 130 посещений в год

**Лечение бесплодия**

50% стоимости услуг по диагностике и лечению

**Медицинское оборудование длительного пользования**

20%

**Услуги по прерыванию беременности**

\$20

**Очки и контактные линзы по рецепту**

Оплачивается сумма, превышающая \$150. Ваши льготы продлеваются каждые 24 месяца на основании скользящего годового графика начиная с даты получения обслуживания.<sup>7</sup>

Данный документ не является договором. Общие сведения не дают полного представления о льготах, предоставляемых планом Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Чтобы получить более подробную информацию о льготах, обзоре исков и процедурах вынесения судебных решений, см. подтверждение страхового покрытия (evidence of coverage, EOC) или позвоните в Службу участников. Если этот документ противоречит подтверждению страхового покрытия, последнее имеет преимущественную юридическую силу.

**Примечания.** <sup>1</sup>За календарный год. <sup>2</sup>\$0 за профилактические процедуры. <sup>3</sup>Ограничено 20 посещениями за год лечения. <sup>4</sup>Применяется фармакологический справочник Kaiser Permanente. Препараты, не входящие в него, оплачиваются только в случаях, когда пациент отвечает критериям исключительного случая. <sup>5</sup>Включает оплату размещения, питания, хирургических манипуляций, анестезии, рентгенографии, визуализации, лабораторных анализов и препаратов. <sup>6</sup>Доплата отменяется, если это разрешено. <sup>7</sup>Профессиональные услуги за подбор косметических контактных линз не оплачиваются страховкой. Если в первое посещение не была израсходована вся доступная сумма, право на получение остатка утрачивается. За стандартные оправы и линзы после хирургической операции по устранению катаракты плата не берется.





KAISER PERMANENTE®

# Общие сведения о льготах по стоматологическому плану

1 апреля 2011 г. – 31 декабря 2011 г.

КОМИССИЯ ПО УХОДУ НА ДОМУ ШТАТА ОРЕГОН	11428-001
<b>Стоимость посещения стоматологического кабинета</b>	\$10*
<b>Годовая франшиза</b>	нет
<b>Годовой максимальный размер льгот</b>	\$1 500
<b>Льгота</b> (предоставленная, предписанная или разрешенная поставщиком услуг, участвующим в плане Kaiser Permanente)	<b>Оплачивается социальным работником</b>
<b>Услуги по профилактике и диагностике</b>	
Обследование и рентгенография, чистка зубов, лечение фтором, рекомендации по уходу за зубами и деснами, выписанные фиксаторы пространства	\$10
<b>Базовые услуги по восстановлению зубов</b>	
Обычные пломбы, коронки из пластика и нержавеющей стали	20%
<b>Простое удаление зубов</b>	20%
<b>Хирургическая стоматология</b>	
Хирургическое удаление зубов, включая диагноз и оценку состояния	20%
<b>Пародонтология</b>	
Диагностика, оценка состояния и лечение заболеваний десен, в том числе удаление зубного камня и выравнивание поверхности корней	20%
<b>Эндодонтия</b>	
Лечение корневых каналов и сопутствующая терапия, включая диагностику и оценку состояния	20%
<b>Значительные услуги по восстановлению зубов</b>	
Золотые или керамические коронки, вкладки, мостовидные протезы и якорные коронки мостовидных протезов	50%
<b>Изготовление съемного протеза</b>	
Изготовление полностью съемных и частично съемных зубных протезов, корректировка и перебазировка	50%
<b>Неотложная терапия</b>	
Поставщики услуг, участвующие в плане:	\$25 за посещения для оказания скорой и неотложной помощи в тот же или следующий рабочий день + любые другие обычные расходы.
Поставщики услуг, не участвующие в плане:	Оплачивается остаток после компенсации до \$100 за квалифицированные иски за пределами зоны обслуживания.
<b>Ортодонтия</b>	Оплачивается социальным работником

**Обратите внимание,** \*звездочка означает стоимость каждого посещения.

- Закись азота оплачивается в сумме \$15 для взрослых и детей старше 13 лет.
- Пациент оплачивает 10 % стоимости ночной капы.

#### Ограничения и исключения

Льготы на услуги, находящиеся в процессе оказания, исключаются из следующих услуг и соответствующих материалов: а) протезы и другие устройства, в том числе их модификации в случае, если оттиск был сделан до вступления в силу страхового покрытия; б) коронка, мостовидный протез или реставрация золотом, для которых зуб был подготовлен до вступления в силу страхового покрытия; в) лечение корневого канала в случае, если полость пульпы была открыта до вступления в силу страхового покрытия, — покрываются на 50% от стоимости.

Данный документ не является договором. Общие сведения не дают полного представления о льготах, предоставляемых планом Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Чтобы получить более подробную информацию о льготах, обзоре исков и процедурах вынесения судебных решений, см. Справочник по льготам (или ЕОС) или позвоните в Службу участников. Если этот документ противоречит подтверждению страхового покрытия, последнее имеет преимущественную юридическую силу.

Стоматологический план Kaiser Permanente



### Тип плана

Медицинский план — организованный уход

Стоматологический план — Premier

### Зона обслуживания

**Медицинский план**— все районы штата за пределами зоны обслуживания Kaiser Permanente.

**Стоматологический план**— все районы штата.

### Поставщики услуг

**Медицинский план.** Для получения страхового покрытия разрешено пользоваться услугами только сетевых поставщиков услуг за исключением неотложной помощи или разрешенного направления к другим поставщикам услуг вне сети. Клиенты должны выбрать основного лечащего врача (Primary Care Physician, PCP) из списка сети ODS Plus Network, с которым можно ознакомиться на веб-сайте [www.odskompanies.com](http://www.odskompanies.com), либо, если вы зарегистрированы в настоящее время, войдя в систему на странице [www.odskompanies.com/members](http://www.odskompanies.com/members). PCP координирует все медицинские потребности, включая направления и разрешения на оказание специализированного ухода, госпитализацию и лечение тяжелых заболеваний. Члены семьи могут выбирать разных PCP. Льготы по данному плану не предоставляются, если клиент получает медицинское обслуживание от поставщика услуг, участвующего в программе, или от любого другого врача без разрешения PCP.

**Стоматологический план.** Разрешено пользоваться услугами любых лицензированных поставщиков стоматологических услуг. Компенсация за услуги поставщиков ODS Premier и поставщиков, с которыми не заключены договоры, может различаться. Чтобы получить максимальные льготы, ознакомьтесь со списком поставщиков ODS Premier на сайте [www.odskompanies.com](http://www.odskompanies.com).

### Ограничения в связи с имеющимся заболеванием: только медицинский план

Данный план имеет ограничение для лиц в возрасте 19 лет и старше, если они ранее имели какое-либо заболевание в течение шести месяцев. Имеющееся заболевание — это физическое или психическое заболевание, которое было выявлено и в отношении которого производилось лечение в течение шести месяцев до даты регистрации.

**Данный шестимесячный период может быть сокращен, если у вас ранее было страховое покрытие, действие которого закончилось не более чем за 63 дня до даты регистрации в данном плане. Для получения льгот предоставьте документ, подтверждающий наличие действующего страхового покрытия от предыдущего страхователя.**

Дополнительную информацию о данном ограничении можно получить в ODS.

### Ограничения по возрасту для иждивенцев

Ваш групповой план покрывает иждивенцев в возрасте до 26 лет (определение членов семьи, имеющих право на участие в программе, см. в разделе 1 Правил получения права на участие в программе).

### Отдел обслуживания участников

**Отдел медицинского обслуживания участников**  
(503) 265-2964  
(888) 217-2363

**Отдел стоматологического обслуживания участников**  
(503) 265-2965  
(888) 217-2365

**Отдел фармакологического обслуживания участников**  
800-913-4284

КОМИССИЯ ПО УХОДУ НА ДОМУ ШТАТА ОРЕГОН

10001759

## Услуга

Франшиза за календарный год участник/семья

Максимальный размер доплаты с участника за календарный год

Пожизненный максимальный размер льготы

**Сеть ODS.  
Оплачивается  
пациентом**

\$100<sup>1</sup>

\$2 500 (2x с семьи)

\$750 000

### ПРОФИЛАКТИКА (см. график в справочнике участника)

Плановый медицинский осмотр

Плановая вакцинация (для всех возрастов)

Осмотры здорового ребенка

Плановая маммография для женщин

Ежегодные обследования для женщин

Плановые рентгенографические исследования и лабораторные анализы (в связи с медосмотром)

### НЕТ ФРАНШИЗЫ

\$0

\$0

\$20

\$0

\$0

20%

### ЗРЕНИЕ

Данный план оплачивает проверки зрения для вас и ваших застрахованных иждивенцев, а также корректирующие линзы и оправы, выписанные лицензированным офтальмологом или оптометристом.

Проверка зрения, линзы, оправы, контактные линзы оплачиваются в размере 100% на сумму не более \$200 в каждый календарный год для лиц младше 18 лет либо каждые 2 года для участников 18 лет и старше.

### УСЛУГИ ВРАЧЕЙ/ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

Приемы в кабинете

Амбулаторная реабилитация

Прием для оказания срочной помощи

### НЕТ ФРАНШИЗЫ

\$20

\$20

\$20 за прием

### РЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Непатентованные

доплата 40 %

Патентованные

доплата 40 %

Максимальная сумма доплаты составляет \$150 за каждый рецепт. Информация об ограничениях и исключениях приведена в справочнике по плану ODS.

### БОЛЬНИЧНЫЕ УСЛУГИ

Стационарный уход (включая рентгенографию и лабораторные анализы)

20%

Амбулаторная хирургия (включая операции, проводимые в кабинете врача/поставщика услуг)

20%

Оплата услуг хирургического центра/учреждения

20%

Приемы врачей во время госпитализации

20%

Услуги хирурга

20%

### НЕОТЛОЖНЫЕ УСЛУГИ

Кабинет неотложной помощи (\$100 за каждое посещение, не взимается, если проведена госпитализация)

### ПРИМЕНЯЮТСЯ ФРАНШИЗЫ

доплата \$100, затем 20%

Машина скорой помощи

20%

## Услуга

### ДРУГИЕ УСЛУГИ

Диагностические рентгенографические исследования и лабораторные анализы (в кабинете врача и амбулаторно)

Точная визуализация (МРТ, КТ, КАТ, ПЭТ)

Антигистаминные и другие терапевтические инъекции

Медицинское оборудование и расходные материалы

Хоспис (существуют ограничения)

Психиатрические услуги, снятие химической зависимости (амбулаторно)

Психиатрические услуги, снятие химической зависимости (по месту жительства)

Психиатрические услуги, снятие химической зависимости (стационарно)

Медицинский уход на дому

Учреждение сестринского ухода

## Сеть ODS. Оплачивается пациентом

### ПРИМЕНЯЮТСЯ ФРАНШИЗЫ

20%

20%

20%

20%

20%

\$20 (франшизы нет)

20%

20%

20%

20%

<sup>1</sup> Фиксированные долларовые доплаты, доплаты за рецептурные препараты и неразрешенные сборы не учитываются при расчете годовой франшизы и максимальной суммы доплат.

Общие сведения не дают полного представления о льготах, предоставляемых медицинским планом ODS. Для получения более подробной информации о своем страховом покрытии см. справочник участника ODS или позвоните в Отдел обслуживания клиентов ODS. Если данный обзор противоречит справочнику участника ODS, последний имеет преимущественную юридическую силу.



# Общие сведения о льготах по стоматологическому плану

1 апреля 2011 г. – 31 декабря 2011 г.

КОМИССИЯ ПО УХОДУ НА ДОМУ ШТАТА ОРЕГОН 10001759

**Максимальная сумма льготы за календарный год, на участника** **\$1 500**  
**Сумма франшизы за календарный год, на участника** **\$50**

## Услуга

## Льгота

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ УХОД (франшизы нет)

**100%**

Осмотр/рентгенография (плановые осмотры, рентгенографическое исследование зубов каждые шесть месяцев)  
 Профилактика (чистка — каждые шесть месяцев)  
 Герметики для фиссур  
 Фиксаторы пространства  
 Обработка фтором

### БАЗОВЫЕ УСЛУГИ

**80%**

Восстановительная стоматология (лечение кариеса амальгамными или композитными пломбами)  
 Хирургическая стоматология (хирургическое удаление зубов и определенные незначительные хирургические манипуляции)  
 Эндодонтия (терапия пульпы и пломбирование корневого канала)  
 Пародонтология (лечение тканей вокруг зубов)

### ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

**50%**

Коронки  
 Восстановление литевых протезов  
 Имплантаты  
 Зубные и мостовидные протезы (создание или ремонт несъемных мостовидных протезов, частично съемных или полностью съемных протезов)

## ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ — ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ

По результатам исследований, регулярное посещение стоматолога способствует диагностике диабета и управлению им, а чистка зубов у женщин во время третьего триместра беременности предотвращает преждевременные роды и рождение младенцев с низким весом. Новая программа Oral Health, Total Health (Здоровье зубов — общее здоровье) основывается на этих результатах. Программа включает следующие льготы:

- Чистка зубов у женщин на третьем триместре беременности.
- Две дополнительные чистки или пародонтический прием в год для больных диабетом.

Чтобы зарегистрироваться для участия в программе ODS Oral Health, Total Health, позвоните в ODS по тел. 1-877-277-7280.

### Ограничения и исключения

Возможны ограничения и исключения. Услуги, оказание которых началось до регистрации в программе, не покрываются программой.

Общие сведения не дают полного представления о льготах, предоставляемых стоматологическим планом ODS. Для получения более подробной информации о своем страховом покрытии см. справочник участника ODS или позвоните в Отдел обслуживания клиентов ODS. Если данный обзор противоречит справочнику участника ODS, последний имеет преимущественную юридическую силу.

# Уведомления об обязательных льготах

## 1. Важная информация о ваших правах на продление страхового покрытия COBRA

### Введение

Право на продление страхового покрытия COBRA закреплено федеральным законом в Сводном консолидированном согласительном акте по бюджету (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 1985 г. Вы можете получить право на продление страхового покрытия COBRA, когда потеряете право на страховое покрытие вашего группового плана. Это право также могут получить другие члены вашей семьи, когда они потеряют право на страховое покрытие их группового плана. Для получения дополнительной информации о ваших правах и обязанностях в рамках плана и федерального законодательства см. Краткое описание плана или свяжитесь с администратором плана. Администратором плана является компания Homecare Union Benefits Board, LLC (HUBB).

### Что такое продление страхового покрытия COBRA?

Продление страхового покрытия COBRA становится возможным, когда действие страхового покрытия заканчивается в связи с жизненным событием, которое является «квалифицирующим». Конкретные квалифицирующие события представлены ниже в данном уведомлении. После квалифицирующего события продление страхового покрытия COBRA предлагается каждому лицу, являющемуся «квалифицированным получателем услуг». Вы, ваш (а) супруг (а)/сожитель и дети-иждивенцы могут стать квалифицированными получателями услуг, если страховое покрытие плана утрачено в связи с квалифицирующим событием. В соответствии с планом квалифицированные получатели услуг, выбравшие продление страхового покрытия COBRA, должны внести соответствующие взносы за продление страхового покрытия COBRA.

**Если вы являетесь работником,** вы становитесь квалифицированным получателем услуг в случае утраты страхового покрытия плана в связи с одним из следующих квалифицирующих событий:

- сокращение часов трудовой занятости или
- прекращение трудоустройства по любой причине.

**Если вы являетесь супругом (ой)/сожителем работника,** вы становитесь квалифицированным получателем услуг в случае утраты страхового покрытия плана в связи с одним из следующих квалифицирующих событий:

- смерть вашего (ей) супруга (и)/сожителя;
- сокращение часов трудовой занятости вашего (ей) супруга (и)/сожителя;
- прекращение трудоустройства вашего (ей) супруга (и)/сожителя по любой причине;
- получение вашим (ей) супругом (ой)/сожителем права на участие в программе Medicare или его (ее) регистрация в программе Medicare (Часть А, Часть В или обе части); либо
- развод или судебное оформление раздельного проживания с вашим (ей) супругом (ой); либо расторжение домашнего партнерства;
- получение или утрата вашим (ей) супругом (ой)/сожителем права на страховое покрытие по программам Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIPs).

**Ваши дети-иждивенцы** становятся квалифицированными получателями услуг в случае утраты страхового покрытия плана в связи с любым из следующих квалифицирующих событий:

- смерть родителя-работника;
- сокращение часов трудовой занятости родителя-работника;
- прекращение трудоустройства родителя-работника по любой причине;
- получение родителем-работником права на участие в программе Medicare или его регистрация в программе Medicare (Часть А, Часть В или обе части);

- развод или судебное оформление раздельного проживания родителей; либо расторжение домашнего партнерства;
- утрата ребенком права на страховое покрытие плана в качестве «ребенка-иждивенца»;
- получение или утрата родителем-работником права на страховое покрытие по программам Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIPs).

### Как долго будет действовать продленное страховое покрытие?

В случае утраты страхового покрытия в связи с прекращением трудоустройства или сокращением часов трудовой занятости страховое покрытие обычно может быть продлено на общий срок до 18 месяцев. В случае утраты страхового покрытия в связи со смертью работника, разводом, судебным оформлением раздельного проживания, расторжением домашнего партнерства, получением работником права на страховое покрытие по программе Medicare или его регистрацией в программе Medicare, потерей ребенком статуса иждивенца в соответствии с условиями плана, страховое покрытие может быть продлено на общий срок до 36 месяцев. Когда квалифицирующим событием является прекращение трудоустройства или сокращение часов трудовой занятости, и работник получил право на страховое покрытие по программе Medicare или зарегистрировался в программе Medicare менее чем за 18 месяцев до квалифицирующего события, продление страхового покрытия COBRA для всех квалифицированных получателей услуг, кроме работника, продолжается до 36 месяцев с даты получения права на участие (или регистрации) в программе Medicare. В данном уведомлении указан максимальный период продления страхового покрытия для квалифицированных получателей услуг.

Продление страхового покрытия будет прекращено до окончания максимального периода, если:

- требуемый страховой взнос не будет оплачен полностью и вовремя;
- выбрав продление страхового покрытия, квалифицированный получатель услуг становится застрахованным через другой групповой план медицинского страхования, который не предполагает исключение в связи с имеющимся заболеванием квалифицированного получателя услуг;
- квалифицированный получатель услуг регистрируется в программе Medicare (Часть А, Часть В или обе части) после того, как выбрал продление страхового покрытия; либо
- работодатель прекращает предоставлять любое страховое покрытие через групповой план медицинского страхования для своих работников.

Продление страхового покрытия также может быть прекращено, если по какой-либо причине план прекратит страховое покрытие участника или получателя услуг, не имеющего права на продление страхового покрытия (например, в случае мошенничества).

### Как можно увеличить срок продления страхового покрытия?

При выборе продления страхового покрытия может предоставляться дополнительный период страхового покрытия до 18 месяцев, если квалифицированный получатель услуг становится инвалидом или происходит второе квалифицирующее событие. Для увеличения периода продления страхового покрытия вы должны уведомить администратора плана об инвалидности или о втором квалифицирующем событии. Если вы не отправите уведомление об инвалидности или о втором квалифицирующем событии, это может повлиять на ваше право на увеличение периода продления страхового покрытия.

### Инвалидность

Если кто-либо из квалифицированных получателей услуг становится инвалидом, ему предоставляется право продлить страховое покрытие на 11 месяцев. Управление социального

обеспечения (Social Security Administration, SSA) должно установить, что квалифицированный получатель услуг стал инвалидом в течение первых 60 дней продления страхового покрытия, и инвалидность должна продолжаться по меньшей мере до конца 18-месячного периода страхового покрытия. Вы должны уведомить администратора HUBB COBRA об этом факте в течение 60 дней с момента вынесения решения SSA и до истечения первых 18 месяцев продления страхового покрытия. Каждый квалифицированный получатель услуг, выбравший продление страхового покрытия, получит продление покрытия на период 11 месяцев в связи с инвалидностью одного из них. Если SSA установит, что квалифицированный получатель услуг больше не является инвалидом, вы должны уведомить администратора плана об этом факте в течение 30 дней с момента вынесения решения SSA.

### Второе квалифицирующее событие

Если в течение первых 18 месяцев продления страхового покрытия произойдет второе квалифицирующее событие, супругам/сожителям или детям-иждивенцам, выбравшим продление страхового покрытия, предоставляется увеличение периода продления страхового покрытия на 18 месяцев. В случае второго квалифицирующего события максимальный срок продления страхового покрытия составляет 36 месяцев. Ко второму квалифицирующему событию относятся: смерть застрахованного работника, развод, судебное оформление раздельного проживания или расторжение домашнего партнерства с застрахованным работником, получение застрахованным работником права на участие (регистрация) в программе Medicare (Часть А, Часть В или обе части) или утрата ребенком-иждивенцем права на страховое покрытие в качестве иждивенца в рамках плана. Данные события могут считаться вторым квалифицирующим событием только в том случае, если по их причине квалифицированный получатель услуг утратил бы страховое покрытие при отсутствии первого события. Если вы хотите получить увеличение периода продления страхового покрытия, вы должны уведомить администратора плана в течение 60 дней после второго квалифицирующего события.

### Как выбрать продление страхового покрытия?

Квалифицированный получатель услуг имеет право выбрать продление страхового покрытия. Квалифицированный получатель услуг должен выбрать страховое покрытие до даты, указанной в форме выбора. В противном случае он потеряет право выбрать продление страхового покрытия в рамках плана. Квалифицированный получатель услуг может отменить предыдущий отказ от продления страхового покрытия в любое время до этой даты. Каждый квалифицированный получатель услуг имеет отдельное право выбрать продление страхового покрытия. Например, супруг (а)/сожитель работника могут выбрать продление страхового покрытия, даже если работник от него отказался. Продление страхового покрытия можно выбрать только для одного, нескольких или всех детей-иждивенцев, являющихся квалифицированными получателями услуг. Родитель может выбрать продление страхового покрытия от имени любого ребенка-иждивенца. Работник или супруг (а)/сожитель работника могут выбрать продление страхового покрытия от имени всех квалифицированных получателей услуг.

Принимая решение о выборе продления страхового покрытия, вы должны принять во внимание тот факт, что ваш отказ от продления страхового покрытия вашего группового плана может отразиться на ваших будущих правах в соответствии с федеральным законодательством. Прежде всего, вы можете потерять право избежать применения к вам исключений в отношении имеющегося заболевания со стороны других групповых планов медицинского обслуживания, если у вас будет перерыв в страховом покрытии более 63 дней. Выбор продления страхового покрытия в таком случае поможет не иметь такого перерыва. Вы также должны принять во внимание, что у вас есть особые права на регистрацию в соответствии с

федеральным законодательством. У вас есть право попросить зарегистрировать вас в другом групповом плане медицинского обслуживания, на участие в котором вы имеете право (например, план, финансируемый работодателем вашего (ей) супруга (и)) в течение 30 дней после окончания страхового покрытия вашего группового плана медицинского обслуживания в связи с перечисленными выше квалифицирующими событиями. У вас также будет сохраняться особое право на регистрацию в другом плане по окончании периода продления страхового покрытия, если вы используете максимальный срок продления страхового покрытия, предоставленный вам.

### Сколько стоит продление страхового покрытия?

Каждый квалифицированный получатель услуг оплачивает полную стоимость продления страхового покрытия. Сумма, которую потребуется оплатить квалифицированному получателю услуг COBRA, не должна превышать 102 процента от стоимости страхового покрытия группового плана медицинского страхования участника или получателя услуг подобного плана, не получающего продление страхового покрытия (или, в случае увеличения срока продления страхового покрытия в связи с инвалидностью, 150 процентов). Сумма оплаты за каждый период продления страхового покрытия для квалифицированного получателя услуг, указанного в Уведомлении о выборе продления страхового покрытия (Election Notice), приведена в Уведомлении о выборе продления страхового покрытия.

### Когда и каким образом должна производиться оплата за продление страхового покрытия?

#### Первый платеж за продление страхового покрытия

Если вы выбрали продление страхового покрытия, вы можете заплатить первый страховой взнос при подаче формы выбора продления страхового покрытия. Первый взнос за продление страхового покрытия должен быть уплачен в течение 45 дней с даты выбора. (В случае отправки почтой этой датой считается дата почтового штемпеля на форме выбора.) Если вы не произведете первый платеж за продление страхового покрытия в течение этих 45 дней, вы потеряете все права на продление страхового покрытия в соответствии с планом.

Ваш первый взнос должен покрыть продление страхового покрытия с момента, когда ваше страховое покрытие было прекращено планом, до момента первого платежа. Вы несете ответственность за то, чтобы сумма первого взноса была достаточной для покрытия всего периода. Вы можете связаться с администратором плана по телефону (503) 364-HUBB (4822) или (866) 364-4822 для уточнения суммы первого взноса.

#### Выпишите чек на имя «HUBB Trust» и отправьте по адресу:

Homecare Union Benefits Board, LLC  
SEIU Local 503, OPEU  
Headquarters: 1730 Commercial Street SE  
PO Box 12159  
Salem, OR 97309-0159

#### Периодические платежи за продление страхового покрытия

После того как вы сделаете первый взнос за продление страхового покрытия, вы должны будете платить за каждый последующий месяц страхового покрытия. В соответствии с планом, данные периодические платежи за продление страхового покрытия должны производиться в первый день месяца. Если вы внесете платеж в этот день или до требуемой даты, ваше страховое покрытие за этот период будет продолжаться без перерыва. План будет отправлять периодические уведомления о поступлении оплаты за данные периоды страхового покрытия.

Периодические платежи за продление страхового покрытия должны быть отправлены на указанный выше адрес, как и первый платеж.

#### Периоды отсрочки периодических платежей

Периодические взносы необходимо оплачивать в указанные

выше даты, однако вам будет предоставлен 30-дневный период отсрочки для каждого периодического платежа. Если платежи будут уплачиваться до истечения периода отсрочки, продление страхового покрытия будет предоставлено в каждый период страхового покрытия, за который начислена оплата. Однако в случае оплаты позднее срока, но в течение периода отсрочки, ваше страховое покрытие в соответствии с планом будет приостановлено с даты оплаты, а затем, когда периодический взнос будет уплачен, возобновлено ретроспективно (с даты оплаты).

Это означает, что любой счет, который вы представите к оплате в период приостановления действия страхового покрытия, будет отклонен и может быть подан повторно после возобновления страхового покрытия.

Если вы не внесете периодический взнос до конца периода отсрочки, вы утратите все права на продление страхового покрытия в рамках плана.

### Можно ли выбрать другое страховое покрытие кроме продления?

В соответствии с планом, у вас есть право по окончании страхового покрытия вашего группового плана медицинского страхования зарегистрироваться в переводном плане (индивидуальный полис медицинского страхования без предоставления доказательства страховой приемлемости), предлагаемый вашей страховой компанией. Лица, соответствующие требованиям, могут зарегистрироваться в переводном плане медицинского страхования до, в течение или по окончании периода продления страхового покрытия COBRA. Льготы, предоставляемые по такому индивидуальному переводному полису, могут отличаться от льгот, предоставляемых планом. Вы имеете право на страховое покрытие по переводному плану, если являетесь жителем штата Орегон на момент подачи заявления, и у вас закончилось страховое покрытие, которое действовало в течение 180 дней или более по одному или нескольким групповым планам медицинского страхования штата Орегон, либо если вы соответствуете требованиям Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1998 г. Вы должны подать заявление непосредственно в страховую компанию в течение 63 дней после окончания страхового покрытия вашего группового плана HUBB.

### Как получить более подробную информацию

Данное уведомление не предоставляет полную информацию в отношении продления страхового покрытия и других прав в соответствии с планом. Для получения дополнительной информации о продлении страхового покрытия и ваших правах в рамках плана см. справочник участника или свяжитесь с администратором плана. Вы можете получить экземпляр справочника участника плана в HUBB или вашей страховой компании.

За дополнительными сведениями о ваших правах в соответствии с Законом о пенсионном обеспечении (ERISA), включая COBRA, Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA) и другими законами, касающимися групповых планов медицинского страхования, обращайтесь в Управление обеспечения льгот для работающих граждан (Employee Benefits Security Administration, EBSA) Департамента труда США по месту жительства или посетите веб-сайт EBSA по адресу [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

### Сообщайте сотрудникам вашего плана о смене адреса

В целях защиты прав вашей семьи вы должны сообщать администратору плана о любых изменениях адресов членов семьи. Также сохраните в своем архиве копии всех уведомлений, которые вы направляете администратору плана.

## 2. Перевод на индивидуальный план медицинского страхования (альтернатива COBRA)

Если вы теряете право и страховое покрытие по плану HUBB, у вас, возможно, есть право перейти на один из индивидуальных переводных планов страховой компании. Страховые льготы в переводных планах отличаются от страховых льгот планов HUBB.

Вы имеете право на страховое покрытие по переводному плану, если являетесь жителем штата Орегон на момент подачи заявления, и у вас закончилось страховое покрытие, которое действовало в течение 180 дней или более по одному или нескольким групповым планам медицинского страхования штата Орегон, либо если вы соответствуете требованиям Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1998 г. Вы должны подать заявление непосредственно в страховую компанию в течение 63 дней после окончания страхового покрытия вашего группового плана HUBB.

Получить информацию и узнать о тарифах вы можете непосредственно в вашей страховой компании HUBB.

## 3. Конфиденциальность

Компания Homecare Union Benefits Board (HUBB) серьезно относится к своей обязанности по защите вашей личной информации. HUBB считает своим долгом защищать вашу конфиденциальную информацию.

При осуществлении своей деятельности HUBB ограничит количество запрашиваемой конфиденциальной информации до минимума, необходимого для своих целей. Если HUBB необходимо раскрыть кому-либо конфиденциальную информацию, чтобы оказать вам помощь в подаче апелляций, исков или в спорах со страховыми компаниями или поставщиками медицинских услуг, вас попросят предоставить компании HUBB разрешение на использование вашей личной информации.

## 4. Уведомление о правах в отношении женского здоровья и рака

Если вы получаете льготы в связи с мастэктомией и после консультации с лечащим врачом выбрали реконструкцию молочной железы, страховое покрытие будет предоставлено за следующие действия:

- реконструкция молочной железы, на которой была произведена мастэктомия;
- хирургическая операция и реконструкция другой молочной железы для обеспечения симметрии обеих молочных желез; и
- протезирование и лечение осложнений всех состояний мастэктомии, включая лимфоэдему.

Льготы по реконструкции молочной железы подпадают под те же положения, что и любые другие льготы, предоставляемые в рамках плана.

## 5. Страховое покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare, Часть D

Компания Homecare Union Benefits Board (HUBB) постановила, что с 1 апреля 2007 г. страховое покрытие рецептурных препаратов, предлагаемое медицинскими планами Kaiser Permanente и ODS, в среднем для всех участников плана будет равняться стандартной стоимости страхового покрытия рецептурных препаратов, предлагаемого Medicare. Поскольку существующее страховое покрытие HUBB в среднем приблизительно соответствует стандартному страховому покрытию рецептурных препаратов Medicare, вы можете сохранить страховое покрытие HUBB, и вам не нужно будет оплачивать дополнительные расходы, если вы позднее решите зарегистрироваться в Medicare, Часть D.

# ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

## ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

### Раздел 1. Определения.

А. Апелляция — просьба о пересмотре административного решения, решения в отношении права на участие в программе или решения в отношении требований по страховым выплатам, которые участник считает неправильными.

В. COBRA — сводный консолидированный согласительный акт по бюджету (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) 1986 г., в соответствии с которым работодатели, имеющие в штате 20 и более сотрудников, обязаны предложить продление страхового покрытия при прекращении трудоустройства или сокращении часов трудовой занятости. Данный акт также предлагает варианты продления страхового покрытия для иждивенцев, утративших право на участие в программе в связи с определенными «квалифицирующими событиями».

С. Совместное страхование — стоимость оплачиваемых услуг делится между планом и участником и обычно выражается в процентах. Пример: 80% оплачивается страховой компанией и 20% — участником.

Д. Доплата — официальная сумма в долларах, например 20 долларов, которая выплачивается участником поставщику медицинских услуг при предоставлении услуги.

Е. Франшиза — сумма в долларах оплачиваемых расходов, которую участник должен заплатить, перед тем как заплатит план.

Ф. Работник, имеющий право на участие, — приходящий социальный работник штата Орегон, работающий весь рабочий день, какую-либо его часть, несколько часов в день или круглосуточно, получающий государственную зарплату, трудоустроенный в рамках программ Client Employed Provider (CEP), Spousal Pay Providers или Oregon Project Independence и получающий заработную плату от Департамента социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) штата Орегон. Приходящие социальные работники, имеющие право на участие, — это лица, отработавшие 80 или более часов в течение двух месяцев подряд и не имеющие другой медицинской страховки, кроме предоставляемой по программе Medicare и в рамках ветеранских льгот.

Г. Члены семьи

1. Если вы состоите в браке, ваш законный супруг (а) имеет право на получение страховки. Ее также может получить ваш сожитель того же или противоположного пола, если он (а) удовлетворяет критериям аффидавита о домашнем партнерстве, либо если вы предоставите свидетельство о регистрации домашнего партнерства (Certificate of Registered Domestic Partnership).

Н. Любой ребенок в возрасте до 26 лет, который является биологическим или приемным ребенком либо ребенком, усыновленным (удочеренным) имеющими соответствующее право работником, его супругой (супругом) или сожительницей (сожителем), и не имеет какой-либо иной медицинской или стоматологической страховки, а также возможности получить медицинскую и стоматологическую страховку, оплачиваемую другим работодателем.

И. FHIAF — программа Family Health Insurance Assistance Program штата Орегон помогает с оплатой медицинского страхования. Если вы отвечаете критериям, FHIAF

компенсирует оплату от 50% до 95% ежемесячных страховых взносов. Субсидия действует на протяжении одного года и вы можете подавать повторное заявление об ее продлении ежегодно.

Ж. Организация медицинского обеспечения (Health Maintenance Organization, HMO) — вид плана медицинского страхования, в соответствии с которым участники должны получать все медицинское обслуживание от сетевых поставщиков услуг, как правило, под наблюдением основного лечащего врача.

К. HUBB — компания Homecare Union Benefits Board, LLC, являющаяся администратором программы медицинского страхования приходящих социальных работников штата Орегон.

Л. Максимальный размер льготы — общая сумма, оплачиваемая планом за покрываемые расходы. Например, пожизненный размер льготы за медицинское обслуживание в плане ODS составляет 2 миллиона долларов.

М. Ежемесячный страховой взнос — денежная сумма, выплачиваемая каждый месяц страховой компанией для покрытия стоимости льгот по медицинскому страхованию.

Н. Максимальная сумма доплат — ежегодная сумма, которую должен оплатить участник по франшизам и совместному страхованию, прежде чем план компенсирует все остальные расходы до 100% за остаток календарного года.

О. Перевод медицинского страхования — постоянное страховое покрытие медицинского обслуживания, предоставляемое работнику текущим поставщиком медицинских услуг после прекращения страхового покрытия HUBB.

Р. Предварительное разрешение — требование плана, согласно которому покрываемая услуга должна быть утверждена планом до даты ее предоставления.

Q. Имеющееся заболевание — это физическое или психическое заболевание, которое было выявлено и в отношении которого производилось лечение в течение шести месяцев до даты регистрации. Заболевание считается диагностированным, если врач сообщает пациенту о том, что он имеет данное заболевание, и делает соответствующие записи в медицинской карте пациента. Это применимо и к тем случаям, когда врач обследует или лечит пациента от другого заболевания.

Р. Основной лечащий врач (Primary Care Provider, PCP) — врач, входящий в сеть поставщиков услуг плана, которого вы выбираете и назначаете ответственным за ваше постоянное медицинское обслуживание. Ваш PCP должен утверждать ваше лечение, услуги и направления к другим специалистам, входящим в сеть плана, за льготы, оплачиваемые планом.

С. Квалифицирующее событие с изменением статуса

1. Заключение брака или вступление в домашнее партнерство путем подписания аффидавита или получения свидетельства о регистрации домашнего партнерства.
2. Смерть супруга (и) или сожителя либо расторжение брака или домашнего партнерства.
3. Рождение биологического ребенка, усыновление (удочерение) или размещение ребенка в семью для усыновления (удочерения).
4. Смерть ребенка-иждивенца.
5. Приобретение ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках ваших льгот.

6. Утрата ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках ваших льгот.
7. Изменение трудового статуса социального работника.
8. Изменение трудового статуса супруга (и) или сожителя.
9. Изменение стоимости страхового покрытия.
10. Утрата социальным работником, супругом (ой), сожителем или ребенком-иждивенцем права на другую льготу.
11. Получение социальным работником, супругом (ой) или сожителем постановления о праве ребенка на государственную медицинскую поддержку.
12. Переезд социального работника, супруга (и) или сожителя из зоны обслуживания плана.
13. Получение социальным работником или членом его семьи одобрения на предоставление субсидии FHIAP или отказ в ее выплате.
14. Приобретение или потеря социальным работником или членом его семьи права на поддержку в рамках программ Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIP).
- Т. **Квалификационный период** — после того как вы отработали 80 или более часов в течение двух месяцев подряд, вы должны пройти период ожидания один месяц, прежде чем страховое покрытие начнет действовать. Первые два месяца, в течение которых отработано 80 или более часов, плюс период ожидания называются «квалификационным периодом».
- У. **Вклад штата** — денежная сумма, выплачиваемая штатом Орегон приходящим социальным работникам, имеющим право на участие в программе, на покупку медицинской страховки, предоставляемой HUBB.
- В. **Субсидия** — льгота, предоставляемая программой FHIAP и помогающая оплатить стоимость медицинского страхования. Как правило, это процент от фактической стоимости ежемесячного страхового взноса.
- W. **Фонд рецептурных препаратов штата Орегон (Oregon Prescription Drug Pool, OPDP)** — программа штата, закупающая рецептурные препараты по сниженной стоимости. В 2007 г. законодательное собрание штата Орегон приняло законопроект SB 362, по которому данная программа стала доступна таким группам, как HUBB. С помощью данной программы приходящие социальные работники, зарегистрированные в медицинском плане ODS, могут воспользоваться льготными ценами на рецептурные препараты.

## Раздел 2. Требования для получения права на участие в программе.

### A. Приходящие социальные работники

Работники, имеющие право на страховое покрытие по программе Homecare Workers Insurance Program, — это приходящие социальные работники, работающие весь рабочий день, какую-либо его часть, несколько часов в день или круглосуточно, получающие государственную зарплату, трудоустроенные у работодателя, являющегося участником программ Client Employed Providers (CEP), Spousal Pay Providers или Oregon Project Independence (OPI) и получающие заработную плату от Департамента социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) или других государственных организаций, получающих деньги от DHS. Все остальные приходящие социальные работники, включая трудоустроенных другими работодателями и руководителями, не входят в программу.

Работники получают право на страховое покрытие медицинского обслуживания, если они проработали 80 или более часов в месяц в течение двух месяцев подряд. Когда

работник получает право на медицинское страхование, он также получает право на стоматологическое страхование. Работники, отвечающие критериям первоначального двухмесячного периода, должны пройти один месяц периода ожидания, чтобы начало действовать их страховое покрытие. Два последовательных месяца, в течение которых отработано 80 часов, плюс период ожидания называются «квалификационным периодом». Работники должны заполнить регистрационную форму и направить ее администратору плана — компании Homecare Union Benefits Board (HUBB).

### B. Члены семьи

Члены семей приходящих социальных работников имеют право на получение страховки по программе Homecare Workers Insurance Program при выполнении следующих условий:

1. Законный супруг (а) или сожитель того же или противоположного пола имеет право на получение страховки, если он (а) удовлетворяет критериям аффилированности страховой компании о домашнем партнерстве или может предоставить свидетельство о регистрации домашнего партнерства (Certificate of Registered Domestic Partnership).
2. Любой ребенок в возрасте до 26 лет, который является биологическим или приемным ребенком либо ребенком, усыновленным (удочеренным) имеющими соответствующее право работником, его супругой (супругом) или сожительницей (сожителем), и не имеет какой-либо иной медицинской или стоматологической страховки, а также возможности получить медицинскую и стоматологическую страховку, оплачиваемую другим работодателем.

## Раздел 3. Регистрация и срок действия.

### A. Варианты регистрации

Работники, имеющие право на участие в программе и проживающие в зоне обслуживания Kaiser Permanente, будут зарегистрированы в медицинском плане Kaiser Permanente. Работники, зарегистрированные в плане медицинского страхования Kaiser Permanente, могут по своему выбору записаться в стоматологический план Kaiser Permanente или ODS.

Работники, имеющие право на участие в программе и проживающие вне зоны обслуживания Kaiser Permanente, будут зарегистрированы в медицинском плане ODS. Работники, зарегистрированные в медицинском плане ODS, будут зарегистрированы в стоматологическом плане ODS.

Работники, зарегистрированные в других планах медицинского или стоматологического страхования, кроме предоставляемых по программе Medicare и в рамках ветеранских льгот, не имеют права на регистрацию. Работники обязаны подтвердить в регистрационной форме, что они не зарегистрированы в других планах медицинского или стоматологического страхования.

### B. Порядок регистрации и срок действия

1. Регистрация работников, впервые получивших право на участие в программе  
Работники, впервые получившие право на участие в программе, получают регистрационный пакет от Homecare Union Benefits Board, если они отработали 80 и более часов за один месяц.

Работники, впервые получившие право на участие в программе, могут зарегистрироваться во время квалификационного периода. Для этого им необходимо

заполнить форму на получение медицинской и стоматологической страховки по месту жительства.

После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого числа месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

#### 2. Регистрация существующего работника

Работники, имеющие право на участие в программе, могут зарегистрироваться, заполнив регистрационные формы на получение медицинской и стоматологической страховки по месту жительства.

После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого числа месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

В случае подачи регистрационных форм на получение медицинской и стоматологической страховки после окончания квалификационного периода страховка будет предоставляться социальным работникам с первого числа месяца, следующего после получения форм (дата проставляется компанией HUBB). При этом работники должны соответствовать всем требованиям для получения права на участие в программе.

#### 3. Регистрация членов семей

Социальные работники могут зарегистрировать членов своих семей для получения медицинской и стоматологической страховки:

- a) при первоначальной регистрации работника;
- b) при повторной регистрации работника для получения страхового покрытия;
- c) при изменении статуса;
- d) во время открытой регистрации;
- e) для регистрации в стоматологическом плане члены семей сначала должны зарегистрироваться в медицинском плане;
- f) члены семей не могут участвовать в программе, если социальный работник не зарегистрирован в планах HUBB;
- g) члены семей не могут являться пациентами (клиентами) социальных работников.

#### 4. Повторная регистрация для получения страхового покрытия

Приходящие социальные работники, лишившиеся страховки HUBB, но впоследствии отработавшие достаточное количество часов для получения права на ее возобновление, могут пройти повторную регистрацию.

Работники, которые вернули себе статус имеющих право на участие в программе после перерыва в страховом покрытии и потери страхового покрытия, должны отработать 80 или более часов в течение двух месяцев подряд и пройти период ожидания один месяц для подачи заявления на страховое покрытие.

Работники, которые вернули себе статус имеющих право на участие в программе после перерыва в страховом покрытии, должны заполнить новую регистрационную форму и подать ее в компанию HUBB во время квалификационного периода. После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого

числа месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

В случае подачи регистрационной формы после окончания квалификационного периода страховка будет предоставляться социальным работникам в месяц, следующий после получения этой формы (дата проставляется компанией HUBB). При этом работники должны соответствовать всем требованиям для получения права на участие в программе.

Работники, имеющие право на участие в программе, получат право на франшизу, распространяющуюся на календарный год до того, как они лишатся страхового покрытия.

## Раздел 4. Изменения регистрации.

### А. Изменение статуса

1. Социальные работники могут вносить изменения в регистрацию, если изменение в регистрации связано со сменой квалификационного статуса и является результатом изменения квалификационного статуса, как описано ниже. Изменение регистрационных данных происходит при изменении статуса, если в результате изменения статуса работник, его супруг (а), сожитель или ребенок-иждивенец получает или теряет право на страховое покрытие данного плана или плана супруга (и), сожителя или работодателя ребенка-иждивенца. Изменение регистрационных данных должно отражать получение или утрату права на страховое покрытие. Лицо, которое получает или теряет право на участие в определенном плане (например, в связи с переездом из зоны обслуживания плана), считается получившим или потерявшим право на страховое покрытие этого плана.

Чтобы вступить в силу, запросы на изменение регистрации должны быть получены компанией HUBB и на них должна быть проставлена дата в течение 60 дней с момента изменения статуса. После того как форма регистрации получена и на ней компанией HUBB проставлена дата в течение 60-дневного периода изменения статуса, страховка вступает в силу в первый день следующего месяца при условии, что социальный работник продолжает соответствовать требованиям на право участия в программе.

Для новорожденного ребенка страховка продолжает действовать ретроспективно до даты родов при условии подачи регистрационной формы и проставления на ней даты компанией HUBB в течение 60 дней после изменения статуса.

К квалифицирующим событиям с изменением статуса относятся:

- Заключение брака или вступление в домашнее партнерство путем подписания аффидавита или получения свидетельства о регистрации домашнего партнерства.
- Смерть супруга (и) или сожителя либо расторжение брака или домашнего партнерства.
- Рождение биологического ребенка, усыновление (удочерение) или размещение ребенка в семью для усыновления (удочерения).
- Смерть ребенка-иждивенца.
- Приобретение ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках вашего плана льгот.
- Утрата ребенком статуса иждивенца, имеющего право на страховое покрытие в рамках вашего плана льгот.

- Изменение трудового статуса социального работника.
- Изменение трудового статуса супруга (и) или сожителя.
- Изменение стоимости страхового покрытия.
- Утрата социальным работником, супругом (ой), сожителем или ребенком-иждивенцем права на другую льготу.
- Получение социальным работником, супругом (ой) или сожителем постановления о праве ребенка на государственную медицинскую поддержку.
- Переезд социального работника, супруга (и) или сожителя из зоны обслуживания плана.
- Получение членом семьи одобрения на предоставление субсидии FHIAP на оплату страховых взносов, изменение ее размеров или отказ в ее выплате.
- Приобретение или потеря социальным работником или членом его семьи права на поддержку в рамках программ Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIP).

## 2. Переезд из зоны обслуживания

В случае потери права на участие в программе в связи с переездом из зоны обслуживания медицинского или стоматологического плана социальные работники должны пройти регистрацию по новому месту жительства.

3. Покрытие в другом плане — потеря страхового покрытия Социальные работники, не зарегистрированные в связи с тем, что они были застрахованы в рамках другого плана, но впоследствии лишившиеся права на участие в нем, могут обратиться за регистрацией в программе Homecare Insurance Program. Чтобы установить право на участие в программе после потери страхового покрытия в другом плане, компания HUBB должна оценить право на участие в программе на основании количества часов, отработанных в течение двух предыдущих месяцев. Будут учитываться часы, отработанные работником за предшествующие два месяца и период ожидания. В случае подтверждения права на участие в программе страховка соцработника вступает в силу в первый день месяца после утери права на предыдущее страховое покрытие. Если право не будет установлено с учетом последних месяцев, работник не будет получать страховое покрытие до тех пор, пока не будет установлено его право на участие в программе.

## 4. Потеря права на участие

а) Работники, отработавшие менее 80 часов в течение двух месяцев подряд, лишаются права на участие в программе. Оплата страховки прекращается через месяц после того, как количество отработанных часов становится меньше 80. После регистрации в программе работники, лишившиеся права на участие в программе, могут продолжать пользоваться страховкой по программе продления страхового покрытия COBRA. При этом они должны самостоятельно оплачивать ежемесячные взносы.

б) Члены семей лишаются права на участие в программе, когда они перестают соответствовать определению членов семьи, либо когда работник теряет право на оплату страховки из-за сокращения числа отработанных часов. После регистрации в программе члены семей, лишившиеся права на участие в программе в связи с «квалифицирующим событием

COBRA», могут продолжать пользоваться страховкой по программе продления страхового покрытия COBRA. При этом они должны самостоятельно оплачивать ежемесячные взносы.

## Раздел 5. Права и обязанности.

### А. Обязанности работника

Работник, имеющий право на участие в программе, несет ответственность за сохранение действующей регистрации.

### В. Отказ от страхового покрытия

Работники могут отклонить льготы, отказавшись от права на вклад работодателя и от регистрации в страховом плане. Работники, которые хотят отказаться от страхового покрытия, могут не подавать регистрационную форму.

Если работник откажется от страхового покрытия, имея право на участие в программе, и позднее захочет зарегистрироваться в плане, он должен отвечать требованиям для участия в программе и подать заполненную регистрационную форму. После получения компанией HUBB регистрационной формы во время квалификационного периода и проставления на ней даты получения страховка вступает в силу с первого числа месяца по окончании периода ожидания и двух последовательных месяцев, в течение которых отработано не менее 80 часов.

### С. Ошибки и изменения регистрации

Администратор рассмотрит заявления работника на внесение изменений или исправление ошибок в регистрации. Работник должен указать на ошибку или на необходимость внести изменение. Если администратору будет представлено достаточно веское основание для принятия решения, администратор подтвердит регистрацию, и она начнет действовать с первого числа месяца, следующего за месяцем получения и одобрения запроса (дата проставляется в HUBB).

## Раздел 6. Продление страхового покрытия.

### А. COBRA

Работники и члены семьи, утратившие право на страховое покрытие в связи с сокращением часов трудовой занятости или прекращением трудоустройства, имеют право продлить страховое покрытие своего группового плана после даты окончания их страхового покрытия в соответствии с требованиями порядка продления группового страхового покрытия COBRA.

#### 1. Работники

В соответствии с федеральным законодательством работники, имеющие право на участие в программе, могут продлить страховое покрытие, которым они пользовались до утраты права на его использование в связи с сокращением часов трудовой занятости или прекращением трудоустройства. Для этого они должны заполнить соответствующие формы и самостоятельно оплатить страховые взносы. Продолжительность периода продления страхового покрытия определяется федеральным законодательством.

#### 2. Члены семьи

Члены семьи, утратившие право на страховое покрытие в связи с квалифицирующим событием работника, имеют право продлить страховое покрытие их группового плана следующим образом:

- а) Супруг (а) или сожитель — супруги и сожители имеют независимое право выбора страхового покрытия COBRA в случае:
- (1) прекращения трудоустройства или сокращения часов трудовой занятости застрахованного работника;
  - (2) смерти застрахованного работника;
  - (3) развода с супругом (ой);
  - (4) расторжения домашнего партнерства застрахованного работника с сожителем.
- б) Дети-иждивенцы — ребенок-иждивенец, утративший страховое покрытие, может выбрать страховое покрытие COBRA, если произойдет одно из следующих квалифицирующих событий:
- (1) прекращение трудоустройства или сокращение часов трудовой занятости застрахованного работника;
  - (2) развод застрахованного работника с супругом (ой);
  - (3) расторжение договора семейного партнерства застрахованного работника с сожителем;
  - (4) смерть застрахованного работника;
  - (5) регистрация застрахованного работника в программе Medicare и прекращение активного страхового покрытия;
  - (6) утрата ребенком статуса ребенка-иждивенца, определенного в плане.
3. Работники и члены семьи, утратившие право на страховое покрытие для приходящих социальных работников, получают от HUBB уведомление о продлении группового страхового покрытия COBRA.

4. Лица, выбравшие продление страхового покрытия COBRA, подпадают под те же положения, что и активные участники группового плана.

#### **В. Перевод и сохранение страховых льгот**

Работники и члены семьи, утратившие страховое покрытие, также имеют возможность продлить страховое покрытие по программе перевода и сохранения страховых льгот. Лица, имеющие право на участие и зарегистрированные в плане медицинского страхования для приходящих социальных работников, могут продлить страховое покрытие в соответствии с положениями страховой компании о сохранении страховых льгот до наступления, в течение или по окончании периода обеспечения страхового покрытия в соответствии с COBRA, если:

1. Они получали страховое покрытие непрерывно в течение 180 дней или более в плане, предложенном программой Homecare Insurance Program, или отвечают требованиям для получения права на участие в программе Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act) 1998 г. в соответствии со Сводом законов штата Орегон с дополнениями и изменениями ORS 743.760(1)(b)(ii).
2. Они не застрахованы в другом групповом плане медицинского обслуживания, Medicare или TriCare.
3. Они регистрируются в программе перевода и сохранения страховых льгот в течение 63 дней после окончания страхового покрытия группового плана медицинского обслуживания.

Лица, имеющие право на участие в программе и утратившие страховое покрытие по программе Homecare Insurance Program, получают от страховой компании уведомление о прекращении страхового покрытия и праве на перевод и сохранение страховых льгот.

## **Раздел 7. Порядок подачи жалоб.**

### **А. Порядок подачи апелляции на административные решения и решения в отношении права на участие в программе**

Участники плана HUBB имеют право подать апелляцию на административные решения и решения в отношении права на участие в программе, которые они считают неправильными или несправедливыми. Ниже описан порядок подачи в HUBB заявления о рассмотрении вашей жалобы. Ваша апелляция на неправильный или несправедливый отказ со стороны HUBB будет рассмотрена специалистом по страхованию HUBB. Просьбы о пересмотре можно подавать по электронной почте, по телефону или отправлять по почте в офис HUBB. Специалист по страхованию рассмотрит просьбу и предпримет все усилия, чтобы разрешить ее в течение 30 дней.

### **В. Порядок подачи апелляции на решения в отношении страхового покрытия по контракту**

Участники плана HUBB могут обжаловать отказ в страховой выплате от страховой компании. Обратитесь в отдел обслуживания клиентов страховой компании за разъяснениями относительно отказа в страховой выплате. Участники плана HUBB, которых не удовлетворяет объяснение, могут ходатайствовать о пересмотре решения. Для этого им необходимо подать апелляцию в соответствии с порядком, описанным в справочнике по плану. Представитель отдела обслуживания клиентов страховой компании может предоставить информацию о данной процедуре. Помощь с подачей апелляции может также оказать специалист по страхованию HUBB. HUBB может проверить, действует ли страховая компания в соответствии с контрактом. HUBB может потребовать разрешение на раскрытие конфиденциальной информации, поскольку этого требует страховая компания.

**Если у вас возникли вопросы относительно правил:**

**Свяжитесь с компанией HUBB**

**Бесплатная линия:**

**1 866 364-HUBB (4822)**

**Часы работы: 8.00–17.00, пн. – пт.**

**Веб-сайт: [www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org)**

**Эл. почта: [HUBB@opeuseiu.org](mailto:HUBB@opeuseiu.org)**

## Готовы бросить курить?

Вы можете получить бесплатную помощь независимо от наличия медицинской страховки. Позвоните по телефону линии для желающих бросить курить в штате Орегон, чтобы узнать, как это сделать. Вы можете иметь право на бесплатные пластыри или жевательную резинку.

**Линия помощи желающим бросить курить в штате Орегон является бесплатной для любого жителя штата Орегон, доступ к ней можно получить через Интернет или по телефону.**

Поговорите с личным инструктором, который понимает, как трудно бросить курить, и уже имел опыт успешной помощи другим людям. Если вы зарегистрируетесь по телефону для желающих бросить курить в штате Орегон, то сможете получить запас пластырей или жевательной резинки на две недели, которые будут доставлены вам прямо домой.

### **ЗВОНИТЕ:**

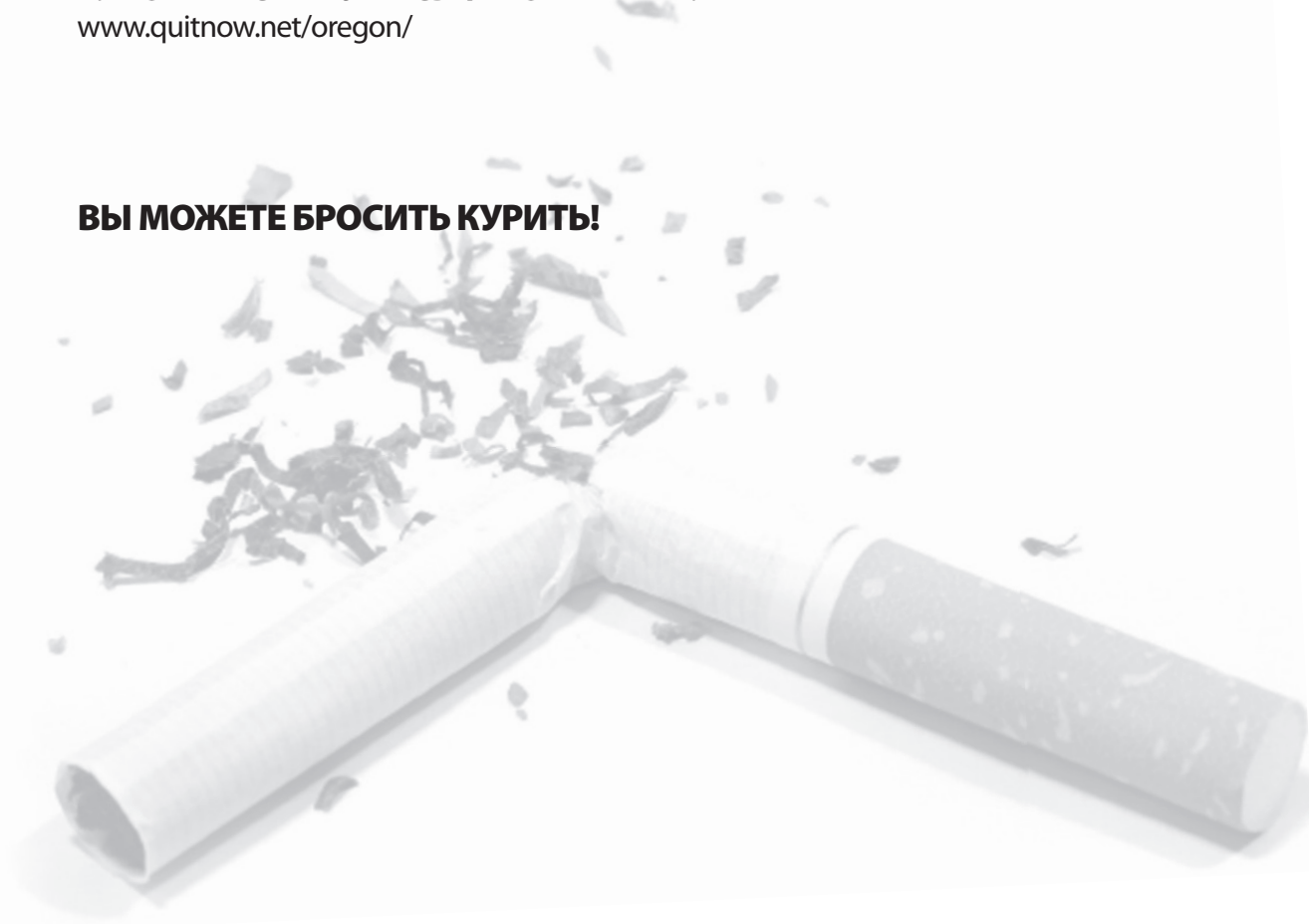
1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)

Для испаноговорящих: 1-877-2NO-FUME (1-877-266-3863)

### **ИЛИ ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ:**

[www.quitnow.net/oregon/](http://www.quitnow.net/oregon/)

**ВЫ МОЖЕТЕ БРОСИТЬ КУРИТЬ!**





# Список услуг



[www.hubbinsurance.org](http://www.hubbinsurance.org)

Связаться со специалистами по страховым льготам HUBB можно с понедельника по пятницу, с 8.00 до 17.00. Без колебаний обращайтесь к ним с вопросами относительно программы страхования HUBB.

**Адрес:**

1730 Commercial St SE

**Часы работы**

8.00 – 17:00

понедельник — пятница

**Почтовый адрес:**

PO Box 12159

Salem, OR 97309-0159

**Телефон:**

(503) 364-HUBB (4822)

Бесплатная линия: (866) 364-4822

Факс: (503) 581-1664

**Эл. почта:**

[HUBB@opeuseiu.org](mailto:HUBB@opeuseiu.org)



[www.seiu503.org](http://www.seiu503.org)

PO Box 12159

1730 Commercial St. SE

Salem, OR 97309-0159

(503) 581-1505

(800) 452-2146



**KAISER PERMANENTE®**

[www.kaiserpermanente.org](http://www.kaiserpermanente.org)

500 NE Multnomah St

Suite 100

Portland, OR 97232

**Отдел медицинского обслуживания участников**

(503) 813-2000

(800) 813-2000

**Отдел стоматологического обслуживания участников**

(503) 813-2000

(800) 813-2000

**Линия ТТУ**

(800)735-2900

**Переводческие услуги**

(800) 324-8010



[www.odskompanies.com](http://www.odskompanies.com)

Компании ODS

PO Box 40384

Portland, OR 97240

601 SW Second Ave

Portland, OR 97204

**Обслуживание получателей льгот на приобретение лекарственных препаратов ODS**

1-800-913-4284

1-800-433-6313 (линия TDD)

**Отдел медицинского обслуживания участников**

(503) 265-2964

(888) 217-2363

**Отдел стоматологического обслуживания участников**

(503) 265-2965

(888) 217-2365

**Линия TDD/TTY**

(800) 433-6313 (для лиц с нарушениями слуха и речи)

**Переводческие услуги**

можно получить через отдел обслуживания участников или линию ТТУ