



Dora P.  
Cuidadora, Tacoma

# Guía sobre los beneficios de salud



**OPEN ENROLLMENT (PERÍODO  
ANUAL DE INSCRIPCIÓN A LA  
COBERTURA MÉDICA) 2024**

Llame al 1-877-606-6705 si tiene alguna pregunta  
o necesita ayuda para presentar una solicitud.

Ver en español: [myseiu.be/oe-es](http://myseiu.be/oe-es)

查看中文版 : [myseiu.be/oe-zh](http://myseiu.be/oe-zh)

한국어로 보기: [myseiu.be/oe-ko](http://myseiu.be/oe-ko)

Посмотреть на русском: [myseiu.be/oe-ru](http://myseiu.be/oe-ru)

Переглянути укр: [myseiu.be/oe-ua](http://myseiu.be/oe-ua)

Xem bằng Tiếng Việt: [myseiu.be/oe-vi](http://myseiu.be/oe-vi)

Ku eeg Af-Soomaali: [myseiu.be/oe-so](http://myseiu.be/oe-so)

ପଞ୍ଜାବୀ ଦିੱਚ ପଡ଼େ: [myseiu.be/oe-pa](http://myseiu.be/oe-pa)

ភាគជាតិសាស្ត្រ: [myseiu.be/oe-kh](http://myseiu.be/oe-kh)

عرض باللغة العربية: [myseiu.be/oe-ar](http://myseiu.be/oe-ar)

**[myseiu.be/oe](http://myseiu.be/oe)**

Estimado cuidador:

Me encanta escuchar cómo la cobertura de atención médica de SEIU 775 Benefits Group fortalece la salud, la tranquilidad y la seguridad financiera de los cuidadores. A medida que explora sus beneficios de salud, me gustaría compartir algunas inspiradoras historias.

Después de que Dani R., de Asotin, tuviera su segundo hijo, inscribió a su recién nacido y a su hijo mayor en Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), nuestra cobertura extendida para los hijos de los cuidadores. Ella elogia nuestras “excelentes tarifas para la atención médica de los dependientes”, puesto que le permiten a su familia ahorrar un monto significativo cada mes.

Y Deborah M., de Vancouver, tuvo que someterse recientemente a una cirugía a corazón abierto. Aunque los costos de la cirugía ascendieron a cientos de miles de dólares, ella pagó un monto menor por cuenta propia. Sin tener que preocuparse por los costos, dice: “Pude centrarme en mí misma y en mi recuperación”. Hoy Deborah respira más tranquila, física y financieramente.

---

Estoy encantada de compartir las últimas actualizaciones de la cobertura, que incluyen un beneficio ampliado de atención en fertilidad, más beneficios auditivos, visuales y dentales, además de acceso a más programas gratuitos.

---

Tanto si se inscribe por primera vez como si realiza un cambio en la cobertura existente, espero que usted, como Dani y Deborah, aproveche al máximo la cobertura de atención médica que recibe como cuidador.

Un saludo cordial,



Merissa Clyde  
Directora Ejecutiva (CEO),  
SEIU 775 Benefits Group

### 3 Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) 2024

Del 1.<sup>º</sup> al 20 de julio podrá solicitar o realizar cambios en su cobertura de atención médica.

### 4 Mejoras en los beneficios

Obtenga más información sobre las últimas actualizaciones de la cobertura.

### 5 Descripción general de la cobertura de atención médica

5 Opciones y costos de la cobertura

6 Elegibilidad

6 Cuándo y cómo solicitar la cobertura

7 Cómo conservar la cobertura

### 9 Cómo obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Conozca los pasos que debe seguir para obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).

### 10 Gestione su atención médica en línea

Cree una cuenta en línea para acceder fácilmente a su cobertura y a sus beneficios.

### 11 Datos más destacados del plan médico

11 Beneficios médicos

12 Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

12 Beneficios de salud mental y bienestar

12 Beneficios visuales

12 Beneficios de atención auditiva

13 Resumen de los beneficios del plan

### 16 Beneficios de atención en fertilidad y formación de la familia

¡NOVEDAD!



Obtenga información sobre su nuevo beneficio: atención en fertilidad, formación de la familia y apoyo para la menopausia.

### 19 Opciones de cobertura dental

20 Delta Dental

21 Willamette Dental

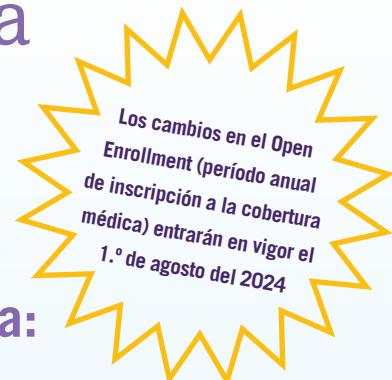
### 22 Recursos y apoyo

# Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica)

## para obtener cobertura de atención médica del 1.º al 20 de julio

**El 20 de julio es la fecha límite para:**

- ✓ Solicitar cobertura, si es elegible y aún no está inscrito.
- ✓ Cambiar su plan dental, si ya está inscrito.
- ✓ Agregar cobertura médica y/o dental para sus hijos si trabaja 120 horas o más al mes.



**No tiene que hacer nada si no desea cambiar su cobertura actual.**

Si no realiza ningún cambio, es posible que no pueda solicitar o realizar cambios de admisibilidad en su vida, como tener un bebé o perder otra cobertura de atención médica.

**¿Necesita ayuda para presentar su solicitud, apoyo con respecto al idioma o tiene alguna pregunta?**  
Llame a la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705.

**Solicite cobertura o realice cambios fácilmente**  
**[myseiu.be/oe-online](http://myseiu.be/oe-online)**

Solicite o realice cambios en su cobertura, verifique su elegibilidad, acceda a formularios, documentos y a las facturas de pago por cuenta propia. Obtenga más información sobre cómo empezar en la página 10.



# Mejoras en los beneficios del 2024

- ✓ El monto límite para los dispositivos de visión aumentó a \$600 cada 12 meses.
- ✓ El monto límite para los dispositivos auditivos aumentó a \$3,000 por cada oído cada 3 años.
- ✓ El límite del período de beneficios anuales de Delta Dental y el límite vitalicio de ortodoncia aumentaron a \$5,000.
- ✓ El copago de ortodoncia en Willamette Dental Group se redujo a \$1,500.
- ✓ Los suministros para diabéticos y el equipo médico duradero (DME) se redujeron a \$0.
- ✓ **¡NOVEDAD! Beneficio de atención en fertilidad y formación de la familia**

Desde la fertilidad y la planificación familiar hasta la menopausia, su nuevo beneficio proporciona cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo y orientación personalizados por parte de los defensores de la atención al paciente y acceso a atención de alta calidad.



Alyssa E.  
Cuidadora, Mount Vernon

Además del acceso a cobertura de atención médica de alta calidad, tiene a su disposición otros beneficios sin ningún costo,\* diseñados para ayudarlo a reducir el estrés, estar seguro en el lugar de trabajo y mejorar su calidad de vida.

Obtenga más información en  
[myseiu.be/oe-benefits](http://myseiu.be/oe-benefits).

## Caregiver Kicks

### Zapatos gratis para cuidadores

¡Obtenga gratis un par de zapatos antideslizantes cada año! Los Caregiver Kicks están disponibles en más de 70 estilos de marcas como Reebok (ribuk) y Skechers (squéchers), y están diseñados para mantenerlo más seguro en el trabajo a la vez que alivian el dolor de espalda y pies.



\*Sujeto a las reglas de elegibilidad.

# Descripción general de la cobertura de atención médica

Cobertura diseñada para los cuidadores.



## ¿Cuáles son mis opciones de cobertura de atención médica y cuánto cuestan?

El plan médico disponible para usted se basa en el código postal de su hogar. Su plan le ofrece muchas formas de obtener atención y apoyo para su salud y bienestar. La cobertura incluye los siguientes beneficios, además de acceso a asesoría de bienestar, programas personalizados y más.

- ✓ De cuidado preventivo
- ✓ Médicos
- ✓ Dentales
- ✓ De ortodoncia
- ✓ De suministro de medicamentos con prescripción
- ✓ De salud emocional
- ✓ De atención visual
- ✓ De atención auditiva
- ✓ De atención en fertilidad y formación de la familia
- ✓ De atención para afirmación de género
- ✓ De quiropráctica y masajes
- ✓ De fisioterapia

### Cobertura individual Médica y dental

## \$25 mensuales

Adquiera cobertura de atención médica de alta calidad por solo \$25 al mes.

### Coverage for Kids<sup>SM</sup> (cobertura para sus hijos)

### Cobertura médica y dental

## \$100 mensuales

Puede agregar cobertura médica y dental para los hijos elegibles por \$100 adicionales al mes.

### Coverage for Kids<sup>SM</sup> (cobertura para sus hijos)

### Cobertura dental únicamente

## \$10 mensuales

Puede agregar cobertura dental únicamente para los hijos elegibles por \$10 adicionales al mes.

### Deducción de la coprima mensual: \$125

\$25 para la cobertura individual + \$100 para todos sus hijos

### Deducción de la coprima mensual: \$35

\$25 para la cobertura individual + \$10 para todos sus hijos

**Deducción de la coprima mensual:** este es el monto que su empleador deducirá automáticamente de sus salarios cada mes.



## ¿Cómo puedo ser elegible para adquirir la cobertura?

### Cobertura individual

Para ser elegible y adquirir la cobertura individual, debe trabajar **80 horas o más al mes** durante 2 meses consecutivos.

### Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Para ser elegible y adquirir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe trabajar **120 horas o más al mes**.

## ¿Cuándo puedo presentar la solicitud y cuándo comenzará a regir la cobertura?

Puede solicitar la cobertura cuando sea elegible por primera vez, durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o si ocurre un evento de admisibilidad en su vida.

### Período inicial de elegibilidad

Cuando sea elegible por primera vez, se le enviará información sobre la cobertura de atención médica y cómo realizar la solicitud.

Debe completar y enviar la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) en un plazo de 60 días a partir del momento en que cumpla los criterios de elegibilidad iniciales. La próxima oportunidad para realizar la solicitud es durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o el período especial de inscripción en caso de que ocurra un QLE.

### La cobertura comenzará a regir cuando recibamos su solicitud completa.

El procesamiento de la solicitud tarda aproximadamente 2 semanas y la cobertura solo comenzará a regir el primer día del mes. Le recomendamos que envíe su solicitud completa antes del día 15 de modo que su cobertura pueda comenzar a regir el primer día del mes siguiente.

Por ejemplo, si recibimos su solicitud completa:

- **Antes del 15 de marzo:** la cobertura comenzará el 1.<sup>º</sup> de abril.
- **Entre el 16 y el 31 de marzo:** la cobertura comenzará el 1.<sup>º</sup> de mayo.

### Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): del 1.<sup>º</sup> al 20 de julio

El Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) es su oportunidad anual para solicitar o realizar cambios en su cobertura. El 20 de julio es la fecha límite para realizar la solicitud de cobertura de atención médica o realizar cambios si ya está inscrito. Los cambios incluyen cambiar su plan dental o agregar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).

**La cobertura comenzará a regir el 1.<sup>º</sup> de agosto del 2024.**

### Período especial de inscripción de 30 días en caso de que ocurra un evento de admisibilidad en su vida (QLE)

Un evento de admisibilidad en su vida es un cambio en la situación de su vida, lo cual puede hacer que sea elegible para participar en un período especial de inscripción. Algunos ejemplos de eventos en su vida incluyen la adopción de un bebé, la pérdida de cobertura de atención médica o divorciarse. Para obtener una lista completa de los QLE, visite [myseiu.be/qle](http://myseiu.be/qle).

La forma más sencilla para presentar un QLE es a través de su cuenta en línea, por lo que deberá hacerlo en un plazo de 30 días a partir de que ocurra el evento.



**¿No es elegible en este momento?**  
Todavía puede solicitar la cobertura durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica).

Complete una Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) para usted y la cobertura individual comenzará cuando empiece a trabajar 80 horas o más al mes. También puede incluir a sus hijos en su Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) comenzará cuando empiece a trabajar 120 horas o más al mes.

## ¿Cómo puedo solicitar cobertura?

**La forma más sencilla de solicitar o realizar cambios en la cobertura es en línea.**  
Empíeze en [myseiu.be/oe-online](http://myseiu.be/oe-online).

**Para solicitar o realizar cambios por correo postal o fax:** si recibe la Guía de beneficios de salud impresa, puede utilizar la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) incluida en su correo postal. Envíe por correo postal o fax su solicitud completa a la dirección o número de fax que aparecen en la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud). Es necesario pagar los costos de envío.

! Si elige incluir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), deberá enviar documentos adicionales. Para obtener más información consulte la página 9.

## ¿Cómo puedo pagar la deducción de la coprima mensual?

Su empleador deducirá automáticamente la coprima mensual (el monto que usted paga cada mes) de sus salarios. Si su empleador no puede realizar la deducción, usted recibirá una carta de pago por cuenta propia por correo postal y por correo electrónico en la que se le indicará cómo pagar su coprima. Puede pagar con cheque o a través de su cuenta en línea (obtenga más información en la página 10).

**Si es un IP de CDWA:** su primer pago mensual será por cuenta propia.

## ¿Cómo puedo conservar mi cobertura?

Una vez que obtenga la cobertura, deberá seguir trabajando las horas requeridas al mes y realizar el pago mensual de la deducción de la coprima a tiempo para conservar la cobertura continua. Dado que su cobertura individual y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) tienen requisitos de horas diferentes, puede perder la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), pero seguir conservando su cobertura individual. Obtenga más información sobre cómo las horas de trabajo pueden afectar su cobertura en la siguiente página.

### Para conservar su cobertura individual, debe:

- ✓ Trabajar 80 horas o más al mes.
- ✓ Informar sus horas en los 60 días siguientes al mes trabajado.
- ✓ Realizar el pago mensual de \$25 correspondiente a la deducción de la coprima.

### Para conservar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe:

- ✓ Trabajar 120 horas o más al mes.
- ✓ Informar sus horas en los 60 días siguientes al mes trabajado.
- ✓ Realizar el pago mensual completo de la deducción de la coprima correspondiente a usted y sus hijos dependientes.



### Informe sus horas a tiempo para conservar su cobertura

**Perderá su cobertura si no informa las horas a tiempo.**  
Puede registrar las horas atrasadas o realizar ajustes con su empleador en un plazo de 60 días a partir del mes trabajado.



### Obtenga más horas para conservar su cobertura

Si usted es un Proveedor Individual (IP) y necesita más horas para obtener o conservar la cobertura, pruebe usando Carina, un sitio web gratuito de ofertas de empleo que lo ayuda a encontrar más clientes.

Obtenga más información en [myseiu.be/oe-carina](http://myseiu.be/oe-carina).



## ¿Cómo las horas que trabajo pueden afectar la conservación de la cobertura?

Mes de trabajo	Mes de cobertura
Las horas que trabaje en el mes de:	Determinan la cobertura en el mes de:
Enero →	Marzo
Febrero →	Abril
Marzo →	Mayo
Abrial →	Junio
Mayo →	Julio
Junio →	Agosto
Julio →	Septiembre
Agosto →	Octubre
Septiembre →	Noviembre
Octubre →	Diciembre
Noviembre →	Enero
Diciembre →	Febrero

**Una vez se inscriba en la cobertura, las horas que trabaje determinarán su estado de cobertura 2 meses después.**

Vea los siguientes ejemplos sobre cómo sus horas trabajadas en junio afectarán su cobertura en agosto.

### Pérdida de la cobertura individual

Mes de trabajo: junio	Mes de cobertura: agosto
Usted trabaja menos de 80 horas.	Pierde la cobertura.

### Pérdida de Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Dado que su cobertura individual y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) tienen requisitos de horas diferentes, puede perder la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), pero seguir conservando su cobertura individual.

Mes de trabajo: junio	Mes de cobertura: agosto
Usted trabaja más de 80 horas pero menos de 120 horas.	Conserva su cobertura individual pero pierde su Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).

### Reanudación automática de la cobertura

Si pierde su cobertura debido a la falta de horas, la próxima vez que trabaje las horas requeridas en un mes de trabajo, su cobertura se reanudará automáticamente en el mes de cobertura asociado.

Mes de trabajo: junio	Mes de cobertura: agosto
Usted trabaja las horas requeridas.	La cobertura se reanuda automáticamente.

 Cuando la cobertura se reanude, su empleador no podrá deducir automáticamente la coprima del mes, por lo que recibirá notificación de pago particular.

**Si tiene una interrupción en la cobertura de 12 meses o más, tendrá que volver a solicitar la cobertura de atención médica.**

## ¿Qué pasa si pierdo la cobertura?

**Si pierde la cobertura de atención médica, recibirá información sobre cómo continuar la cobertura a través de COBRA.**

**COBRA:** (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) ayuda a los cuidadores y a sus hijos que hayan perdido la cobertura de atención médica. A través de la ley COBRA, cuando pierda su cobertura o la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) podrá obtener una cobertura de atención médica continuada a cambio de un pago mensual. Su beneficio de la ley COBRA es administrado por Ameriflex. Si tiene preguntas sobre la ley COBRA, llame a la línea de servicio al cliente al **1-877-606-6705**.

**Otras opciones de cobertura de atención médica:** si ha dejado de brindar cuidados y necesita encontrar una cobertura de atención médica a largo plazo, visite [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org). Podrá averiguar si es elegible para recibir cobertura a través de Washington Apple Health de manera gratuita o comparar otras opciones de atención médica.

# Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Obtenga la misma cobertura de excelente calidad para sus hijos dependientes.



## Si quiere agregar hijos a su cobertura de atención médica deberá:

- ✓ **Trabajar al menos 120 horas al mes.**  
Si no es elegible en este momento, puede completar una solicitud durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) comenzará cuando empiece a trabajar 120 horas o más al mes.
- ✓ **Completar la sección “Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)” de la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud), en línea o por correo postal.**  
Deberá elegir una opción de la cobertura para sus hijos (médica y dental o dental únicamente).
- ✓ **Presentar el (los) documento(s) de verificación del dependiente** para comprobar su parentesco con su (sus) hijo(s) junto con la solicitud.
- ✓ **Pagar la coprima mensual correspondiente** a la opción de cobertura que elija para sus hijos.

### **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) médica y dental \$125/mensuales**

\$25 para su cobertura + \$100 para todos sus hijos

### **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) dental únicamente \$35/mensuales**

\$25 para su cobertura + \$10 para todos sus hijos



## ¿A quién puedo agregar a Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Puede agregar a los hijos elegibles (hasta que cumplan 26 años). Algunos ejemplos de hijos dependientes que cumplen los requisitos son: hijos biológicos, hijos adoptados, hijastros e hijos de su pareja de hecho.

## ¿Qué se requiere para la verificación de dependientes?

**Cuando inscriba a sus hijos por primera vez, tendrá que verificar su parentesco con ellos antes de que la cobertura comience.\*** Se recomienda que envíe su (sus) documento(s) de verificación del dependiente junto con la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa antes del 20 de julio. Si no puede hacerlo, deberá enviar sus documentos antes del **30 de septiembre** y asegurarse de etiquetarlos con su nombre y apellidos y los cuatro últimos dígitos de su número de seguridad social.

\*Si ya envió los documentos verificados, no necesita volver a enviar su documentación a menos que se la soliciten.

## Documentos aceptados para la verificación del dependiente

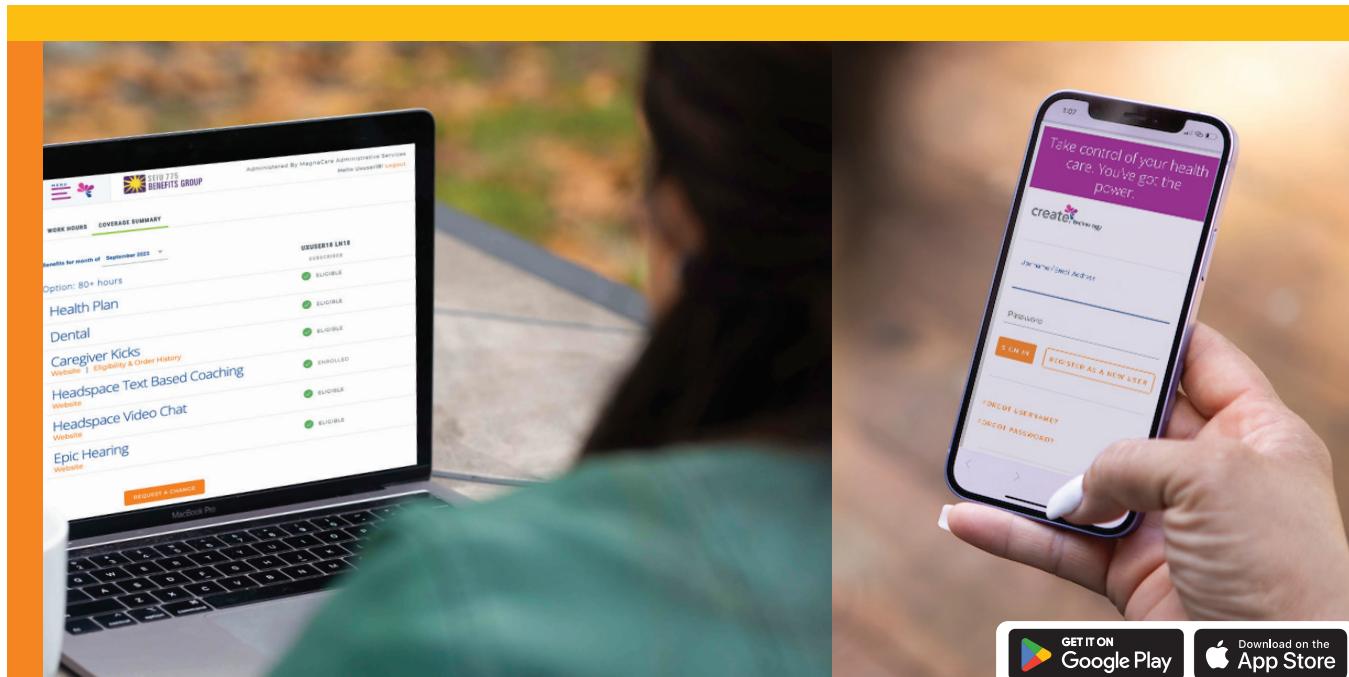
**Debe presentar un documento de verificación del dependiente por cada hijo que inscriba.** Algunos ejemplos de documentos que se pueden utilizar para la verificación del dependiente incluyen:

- Una copia del certificado de nacimiento de su hijo.
- Una copia del certificado de acogida, custodia legal o adopción de su hijo.
- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente en la que figure(n) su (sus) dependiente(s).
- Es posible que necesite documentos adicionales si va a agregar al hijo de una pareja de hecho.

**Para obtener una lista completa de quiénes cumplen los requisitos como hijos dependientes y los documentos aceptados, visite [myseiu.be/cfk](http://myseiu.be/cfk).**

# Gestione sus beneficios de salud con una cuenta en línea

Empiece en [myseiu.be/oe-online](http://myseiu.be/oe-online)



## Si tiene una cuenta, podrá:

- ✓ Consultar las horas y su elegibilidad respecto a la cobertura de atención médica, Caregiver Kicks y Headspace Care.
- ✓ Solicitar o realizar cambios en la cobertura de atención médica.
- ✓ Agregar a sus hijos a la cobertura.
- ✓ Acceder a los documentos y formularios del plan.
- ✓ Pagar las coprimas y consultar el historial de pagos.
- ✓ Inscribirse para recibir comunicaciones por correo electrónico sobre la cobertura.

## Crear una cuenta es fácil, solo le tomará 5 minutos



Visite [myseiu.be/oe-online](http://myseiu.be/oe-online) para ver un video instructivo sobre cómo crear una cuenta nueva.

Las cuentas en línea forman parte del sitio web CREATE de MagnaCare. MagnaCare es la administradora de la cobertura de atención médica. El sitio web está disponible en inglés. Si necesita ayuda para crear una cuenta o apoyo con respecto al idioma, llame a la línea de servicio al cliente al **1-877-606-6705**.

# Datos más destacados del plan médico



Becky F.  
Cuidadora, Lacey

## Aproveche al máximo su cobertura de atención médica de Aetna

Además del cuidado preventivo, su cobertura incluye muchas formas de obtener atención y apoyo, como asesoría de bienestar y programas personalizados sobre el manejo de afecciones crónicas, como la diabetes, la hipertensión y el dolor de espalda.

Asegúrese de familiarizarse con todos los aspectos de su plan médico y aproveche al máximo sus excelentes beneficios.

## Utilice su identificación de miembro para empezar

Una vez inscrito, Aetna le enviará por correo postal un documento de identificación de miembro. Si no recibe su documento en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de inicio de la cobertura, llame a los servicios para miembros de Aetna.

Con su documento de identificación de miembro, puede registrarse para crear una cuenta en el sitio web para miembros de Aetna en [MyAetnaWebsite.com](#), o utilice la aplicación para teléfonos inteligentes Aetna Health para acceder a sus beneficios.

Aetna es el plan médico disponible para usted, con base en el código postal de su hogar.



## Consultas de atención primaria gratis\*

Con Aetna no hay copagos cuando acude a su médico de atención primaria (también llamado proveedor de atención primaria o PCP). Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar y cuando esté enfermo. Aetna también ofrece opciones de atención virtual en una variedad de casos, de modo que pueda recibir atención desde la comodidad de su hogar.

\*Las consultas con su PCP no tienen copago; sin embargo, si su médico ordena pruebas o análisis de laboratorio, es posible que deba pagar un copago por esos servicios.

Si no puede obtener una cita para el mismo día con su médico o tiene necesidades de salud que requieren atención de inmediato, su centro de atención de urgencias de Aetna más cercano es una solución asequible.

Su plan también incluye servicios de atención a través de CVS Health®, proporcionándole acceso a atención primaria y de salud mental por encargo, de forma virtual con la opción de ser atendido en persona.

Proveedor de atención primaria/ consultas en línea	Copago de \$0
Consultas de atención de urgencias	Copago de \$15
Consultas en la sala de emergencias	Copago de \$200



## Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Aetna utiliza la red de farmacias minoristas Sav-Rx para los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción, que incluye 75,000 farmacias en todo el país. Es importante que presente su documento de identificación de Sav-Rx en la farmacia.

Recibirá por correo postal su documento de identificación de Sav-Rx. Una vez reciba su documento de identificación, visite [savrx.com](http://savrx.com) y regístrate para crear una cuenta y acceder a sus beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Sav-Rx llamando al 1-800-228-3108.

\*Si trabaja para una organización religiosa, su plan médico no incluye la cobertura de medicamentos anticonceptivos de conformidad con la excepción por índole religiosa de la Ley de Atención Médica Asequible. Sin embargo, recibirá dichos medicamentos por parte de Kaiser Permanente sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), siempre y cuando esté inscrito en un plan médico. \*\*Medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.

Copago de prescripción médica	En la farmacia (suministro de 30 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)
Anticonceptivos genéricos*	\$0	\$0
Medicamentos basados en el valor**	\$4	\$8
Genérico preferido	\$8	\$16
Marca preferida	\$25	\$50
No preferido	\$50	\$100

## Tome el control de su salud

Las afecciones crónicas como la diabetes, el dolor crónico o la hipertensión pueden afectar su calidad de vida y requerir un tratamiento especial. Afortunadamente, pueden tratarse eficazmente mediante un estilo de vida saludable, cuidado preventivo y un manejo continuo.

Además de las consultas de atención primaria para atención general y remisiones a especialistas, su plan también ofrece:

**Asesoría de bienestar** para una orientación individual que lo ayude a estar y mantenerse sano.

**Programas y orientación** de un equipo de cuidado personalizado para ayudarlo a controlar su afección.

**Aplicaciones para teléfonos inteligentes** que le proporcionan programas personalizados de estiramientos, meditación, asesoramiento y más.

Obtenga más información en [myseiu.be/oe-cc](http://myseiu.be/oe-cc).



## Beneficios de salud mental y bienestar

Su salud emocional es tan importante como su salud física. Su cobertura incluye apoyo profesional las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asesoramiento en persona y opciones de atención virtual, así como recursos útiles en línea.

Su cobertura también incluye programas como Alma y Headway, que proporcionan asesoramiento para todas las edades, con terapeutas disponibles en persona o de forma virtual. Los dos programas permiten encontrar fácilmente un proveedor que se adapte a sus necesidades personales. Empiece en [aetna.com](http://aetna.com).



## Beneficios visuales

Aetna proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular por un valor de \$15 cada 12 meses y \$600 cada 12 meses para dispositivos de visión (como lentes, monturas y lentes de contacto). Los dependientes menores de 19 años obtendrán 1 montura gratis con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro.



## Beneficios de atención auditiva

La pérdida auditiva es una afección común pero también muy tratable. A través de EPIC Hearing, usted y sus hijos pueden obtener un examen auditivo anual sin costo por parte de un proveedor de atención socio de EPIC Hearing y hasta \$3,000 de dispositivos auditivos por oído cada 36 meses sin costo alguno para usted.

Empiece en [myseiu.be/epic](http://myseiu.be/epic).





## Resumen del plan autoasegurado de Aetna

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2024

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicaamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010: los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan incluso hasta los 26 años de edad.

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Deductible del plan	Sin deducible anual	Deductible individual: \$500 por año calendario Deductible familiar: \$1,000 por año calendario
Deductible que se accredita al deducible individual del próximo año	No es aplicable	Se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	Sin coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido
Límite de gastos por cuenta propia	<b>Límite de gastos por cuenta propia (médicos):</b> Individual: \$800 Familiar: \$1,600 <b>Límite de gastos por cuenta propia (medicamentos con prescripción):</b> Individual: \$400 Familiar: \$800 Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia. Todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos.	Igual que en la red
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin PEC	Igual que en la red de proveedores preferidos
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que el máximo destinado para proveedores preferidos
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Copago de \$15. Si elige un médico de atención primaria del sitio web de Aetna, todas las visitas con ese médico tendrán un copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Cirugía ambulatoria:</b> copago de \$50	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. <b>Cirugía ambulatoria:</b> se aplica copago de \$50, deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) con copago de \$4/\$8/\$25/\$50 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$25	Genérico preferido/marca preferida/no preferido con copago de \$13/\$30/\$55 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$35
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubierta
Acupuntura	20 visitas por año calendario con copago de \$0	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que el beneficio del proveedor preferido
Dependencia de sustancias químicas	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
<b>Aparatos, equipos y suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Aparatos ortopédicos</li> <li>Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses</li> <li>Suministros para ostomía</li> <li>Aparatos protésicos</li> </ul>	Se cubre el 100 %	Se cubre el 50 % y se aplica el deducible
<b>Suministros para diabéticos</b>	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.
<b>Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico</b>	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> cubiertos completamente	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> se aplica deducible y coaseguro
<b>Servicios de emergencia</b> (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200	Copago de \$200
<b>Exámenes auditivos (rutinarios)</b>	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Dispositivos auditivos</b>	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic
<b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>	Se cubren completamente hasta 130 visitas en total por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
<b>Servicios paliativos</b>	Cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro.
<b>Servicios de infertilidad</b>	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny	No cubiertos
<b>Terapia manipulativa</b>	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios de masaje</b>	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios de maternidad</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro. <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios
<b>Salud mental</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Naturopatía</b>	Copago de \$0. Sin límite de visitas por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios neonatales</b>	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> consulte "Servicios hospitalarios"; "Visitas al consultorio". Consulte "Servicios ambulatorios"; "Controles rutinarios de salud". Consulte "Cuidado preventivo". Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> consulte "Servicios hospitalarios"; "Visitas al consultorio". Consulte "Servicios ambulatorios"; "Controles rutinarios de salud". Consulte "Cuidado preventivo". Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
<b>Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)</b>	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubiertos
<b>Trasplantes de órganos</b>	Sin límites ni período de espera <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	No cubiertos
<b>Cuidado preventivo</b> (exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente	No cubiertos Los servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios Mamografías de rutina: se aplica deducible y coaseguro
<b>Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)</b>	<b>Hospitalarios:</b> 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> los límites de visitas son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
<b>Esterilización</b> (vasectomía, ligadura de trompas)	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro Se cubren los procedimientos de esterilización para mujeres, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios
<b>Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco</b>	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
<b>Cuidado de rutina de la vista</b> (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Lentes ópticos</b> (lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas)	<b>Miembros menores de 19 años:</b> 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro <b>Miembros mayores de 19 años:</b> \$600 por 12 meses	Igual que el del beneficio del proveedor preferido



¡NOVEDAD!

# Beneficios de atención en fertilidad y formación de la familia

Obtenga beneficios para cada etapa de la vida, desde la atención en fertilidad y la formación de la familia hasta el embarazo, el posparto y la menopausia.

Los beneficios de atención en fertilidad ahora están disponibles para usted a través de Progyny.

Progyny proporciona cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo y orientación personalizados por parte de los defensores de la atención al paciente (PCA) y acceso a atención en persona y de forma virtual de alta calidad.

Los PCA son el primer contacto durante el proceso de formación de la familia. Lo orientarán durante todo su proceso relacionado con la fertilidad, la formación de la familia o la menopausia, proporcionándole información sobre los programas disponibles, las opciones de tratamiento, la coordinación de atención y un apoyo especializado.

Además del apoyo de los PCA, tendrá acceso al portal y a la aplicación para miembros de Progyny, donde puede consultar los detalles de la cobertura, revisar las próximas citas, comunicarse directamente con su PCA y acceder a información sobre el tratamiento de fertilidad y formación de la familia.

## Preconcepción y apoyo

Comenzar a pensar en la formación de una familia puede ser abrumador. Mediante Progyny, puede acceder a un programa de 12 meses con apoyo personalizado, información y recursos para tener embarazos sanos y bebés felices.

## Atención en fertilidad y formación de la familia

Independientemente de que quiera obtener más información sobre la preservación de la fertilidad, esté intentando concebir o busque un tratamiento de fertilidad, Progyny puede apoyarlo en cada paso del proceso al proporcionarle:

- Fácil acceso a una red de especialistas en fertilidad.
- Apoyo emocional y clínico ilimitado por parte de PCA especializados.
- Todos los servicios, pruebas y tratamientos individuales que pueda necesitar.

## Menopausia y atención de la mediana edad

Obtenga atención de forma virtual en todas las etapas de la menopausia con la red de médicos, dietistas y enfermeros certificados de Progyny. Luego de una evaluación inicial, recibirá un plan de cuidado personalizado que utiliza una combinación de:

- Suplementos no hormonales y medicamentos hormonales.
- Apoyo relacionado con el estilo de vida en lo referente a la nutrición, el peso, el sueño y la salud emocional.
- Pruebas de detección de riesgos para la salud relacionados con la edad. Podrá seguir recibiendo recargas de medicamentos y apoyo por encargo durante el tiempo que necesite.

## Transición de la atención

Si actualmente está recibiendo tratamientos de fertilidad a través de su plan médico y su tratamiento no concluirá al final del año del plan (es decir, el 31 de julio del 2024), Progyny ofrece asistencia coordinada para realizar la transición de la atención con el fin de proporcionarle apoyo continuo durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia.

Llame al **1-833-233-0517** para hablar con un PCA quien podrá ayudarlo en el proceso de transición de la atención y asegurar que no haya interrupción en la atención.

**Obtenga más información  
o empiece a utilizar su  
beneficio llamando al  
1-833-233-0517**

A partir del 1.<sup>º</sup> de agosto del 2024, los cuidadores inscritos en una cobertura de atención médica podrán acceder a este beneficio.



Sandra C.  
Cuidadora, Kennewick

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo compartirían usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Se trata solo de un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su defensor de la atención al paciente (PCA) de Progyny al (833) 233-0517.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible global?	Individual \$0/familiar \$0	No hay deducible con su plan Progyny.
¿Tengo que pagar algún copago?	No	No hay coaseguro con su plan Progyny.
¿Cuento con un coaseguro?	No	No hay coaseguro con su plan Progyny.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No	Pagará por cuenta propia los servicios de atención en fertilidad elegibles hasta que alcance el deducible anual de \$0 por persona.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No	Solo se requiere el deducible para el plan Progyny HRA.
¿Cuál es el límite de gastos por cuenta propia para este plan?	Individual \$0/familiar \$0	No hay límite de gastos por cuenta propia con su plan Progyny.
¿Pagará menos si recurre a un proveedor de la red?	No es aplicable.	Todos los proveedores de la red del Centro de Excelencia de Progyny están incluidos en este plan. Debe utilizar un proveedor en la red.

#### **Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

Las exclusiones incluyen los kits caseros de predicción de la ovulación, los servicios y suministros proporcionados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos considerados experimentales por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Todos los cobros asociados a los servicios para una portadora gestacional, incluidas, entre otras, las tarifas de las pruebas de laboratorio, no están cubiertos. Si su médico solicita servicios que no figuran en esta guía, consulte a su PCA para confirmar la cobertura. Hay algunos servicios que no entran dentro de la cobertura de Progyny; sin embargo, es posible que se presten a través de su plan médico.

#### **Sus derechos para continuar con la cobertura:**

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es: Healthcare.gov: [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 o Mercado de Seguros Médicos estatal o SHOP. También puede disponer de otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura individual a través del mercado de seguros médicos. Si desea obtener más información acerca del mercado de seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

#### **Sus derechos de reclamo y apelación:**

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

#### **¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? No es aplicable.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del mercado de seguros u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario por prima.

#### **¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? No es aplicable.**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario por prima que lo ayude a pagar un plan a través del mercado de seguros.

# Opciones del plan dental

Compare los planes dentales y elija el más adecuado para usted.



## La cobertura dental está incluida en la deducción de su coprima mensual de \$25.

Use la siguiente tabla para revisar el resumen de beneficios del plan, la cual puede ayudarlo a comparar los planes y comprender los posibles costos por cuenta propia. Si ya está inscrito en la cobertura y desea cambiar de plan dental, presente su solicitud antes del 20 de julio.

	 <b>DELTA DENTAL®</b>	<b>Willamette Dental Group</b>
<b>Beneficio máximo anual</b>	<b>\$5,000</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Deductible</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Exámenes de rutina</b>	<b>Cubiertos completamente</b>	<b>Cubiertos completamente</b>
<b>Beneficios de ortodoncia</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>
<b>Red de proveedores</b>	Delta Dental tiene una amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. Querrá encontrar un dentista de Delta Dental PPO para maximizar su beneficio.	Willamette Dental tiene muchas ubicaciones convenientes en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette si usted vive en la ruta I-5.
<b>Encuentre un dentista cerca de usted</b>	Visite <a href="http://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> y seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda.	Visite <a href="http://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a> e ingrese su código postal en la barra de búsqueda.
<b>Si tiene preguntas o necesita más información</b>	<b>1-800-554-1907</b> <b>DeltaDentalWA.com</b>	<b>1-855-433-6825</b> <b>myseiu.be/oe-willamette</b>



# DELTA DENTAL®

Este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se debe interpretar como un contrato. Una vez esté inscrito en un plan, tendrá acceso a su folleto de beneficios, el cual proporciona más información sobre el plan de Delta Dental PPO. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicio al cliente de Delta Dental al **1-800-554-1907** o visite [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com).

## Período de beneficios:

1/1/2025 al 31/12/2025

**Máximo por período de beneficios\***  
(por persona; no es aplicable a la Clase I):  
\$5,000

## Ortodoncia (adultos y niños):

50 % con un máximo vitalicio de \$5,000 por persona

\*El cuidado dental recibido a través de un dentista de PDA estará cubierto completamente hasta el máximo de \$2,000, con exención del coaseguro para los servicios de Clase III - Principales.

## Red Delta Dental

Sus beneficios se incrementan con la red Delta Dental PPO. También tendrá acceso a la red Delta Dental Premier®, que lo ayuda a ampliar sus opciones.

Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis



Los miembros de Delta Dental que visitan como paciente nuevo a un proveedor de Pacific Dental Alliance (PDA) podrán recibir un cepillo de dientes Sonicare gratis.

Consulte la lista completa de proveedores de PDA: [myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda).

## Plan de la PPO

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2024

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la red
<b>Deductible del período de beneficios</b>			
No es aplicable a la Clase I y a la ortodoncia Fuera de la red (\$50 por persona)	\$0	\$50	\$50
<b>Clase I - Diagnósticos y preventivos</b>			
Exámenes			
Limpieza			
Fluoruro	100 %	80 %	80 %
Rayos X			
Selladores			
<b>Clase II - Restaurativos</b>			
Restauraciones			
Empastes de composite posteriores			
Endodoncia (conducto radicular)	100 %	60 %	60 %
Periodoncia			
Cirugía oral			
<b>Clase III - Principales</b>			
Dentaduras postizas			
Dentaduras postizas parciales			
Implantes	80 %	40 %	40 %
Puentes			
Coronas			

<b>Características</b>			
Menores costos por cuenta propia	●		
Formularios para presentar reclamaciones	●	●	
Gestión de calidad y aseguramiento de costos	●	●	

**Emergencia dental:** los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc., este plan proporciona una amplia cobertura. La siguiente lista ofrece información sobre algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Llame al **1-855-433-6825** o visite [myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette) para obtener más información. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions).

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deductible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Sin copago por visita
<b>Servicios diagnósticos y preventivos</b>	
Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal	Cubiertos con el copago de visita al consultorio
<b>Odontología restauradora</b>	
Empastes (de amalgama)	Cubiertos con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
<b>Prostodoncia</b>	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
<b>Endodoncia y periodoncia</b>	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$85
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$105
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$130
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$150
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$75
<b>Cirugía oral</b>	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubierta con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
<b>Tratamiento de ortodoncia</b>	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$1,500
<b>Implantes dentales</b>	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
<b>Otros</b>	
Anestesia local	Cubierta con el copago de visita al consultorio
Tarifas del laboratorio dental	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Óxido nitroso	Usted hace un copago de \$40
Visita a consultorios de especialistas	Usted hace un copago de \$30 por visita
Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura	Usted paga montos que excedan los \$250

\* La ATM tiene un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000. \*\* Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral. **Emergencia dental:** Los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

# Recursos y apoyo



## Servicio al cliente

Obtenga ayuda para cambiar de plan, con las preguntas sobre la cobertura, la ley COBRA y mucho más.

**1-877-606-6705**

[SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com)

(De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.)

## Cuenta de beneficios de salud en línea [myseiu.be/oe-online](http://myseiu.be/oe-online)

Inicie sesión para solicitar o realizar cambios y acceder a la información del plan. También puede conversar en línea con un representante de servicio al cliente.

## Términos de uso común en el campo de seguros médicos [myseiu.be/oe-terms](http://myseiu.be/oe-terms)

Conozca las definiciones de los términos de uso común para comprender mejor su cobertura de atención médica.

### Aetna

<b>Servicios para miembros</b>	1-855-736-9469	<a href="http://aetna.com">aetna.com</a>
<b>Servicios de salud mental</b>	1-800-424-4047	<a href="http://aetna.com">aetna.com</a>
<b>Línea de enfermería disponible las 24 horas</b>	1-800-556-1555	<a href="http://aetna.com">aetna.com</a>
<b>Encuentre el PCP adecuado</b>	1-888-982-3862	<a href="http://aetna.com">aetna.com</a>
<b>Ayuda con el idioma para los miembros</b>	1-855-736-9469	<a href="http://myseiu.be/aetna-language">myseiu.be/aetna-language</a>

### Dentales

<b>Delta Dental</b>	1-800-554-1907	<a href="http://deltadentalwa.com">deltadentalwa.com</a>
<b>Willamette Dental</b>	1-855-433-6825	<a href="http://myseiu.be/oe-willamette">myseiu.be/oe-willamette</a>

### Otros beneficios

<b>EPIC Hearing</b>	1-866-956-5400	<a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>
<b>Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia)</b>	1-833-233-0517	<a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a>

## Obtenga apoyo en su idioma

Llame a la línea de servicio al cliente al **1-877-606-6705** o envíe un correo electrónico a [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com). Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarle con las preguntas que tenga sobre cómo solicitar y gestionar sus beneficios.

Una vez que se inscriba en la cobertura de atención médica, tendrá a su disposición apoyo con respecto al idioma a través de su plan médico.