

Dora P.  
مزود رعاية، تاكوما

2025-2026

Get healthcare coverage information in  
your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية  
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា  
ភាសាបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하  
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ  
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском  
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka  
caafimaadka luqaddaada.

Obtenga información sobre la cobertura  
de atención médica en su idioma.

Отримайте інформацію про покриття  
медичної страховки своєю мовою.

Nhận thông tin về bảo hiểm chăm sóc  
sức khỏe bằng ngôn ngữ của bạn.

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

# دليل تغطية الرعاية الصحية



اتصل على الرقم 1-877-606-6705 في حال راودك أي  
أسئلة بشأن التغطية أو احتجت مساعدة حيال التقديم.



# مزايا الصحة والعافية

إضافة إلى إمكانية الحصول على تغطية رعاية صحية فائقة الجودة، ستتمتع بمزيد من المزايا دون تكبد أي تكاليف، فهي مصممة لمساعدتك في تقليل الإجهاد، وبقائك آمنًا في العمل وتحسين جودة حياتك.



## Caregiver Kicks: حذاء مجاني لمزودي الرعاية

احصل على حذاء مجاني سنويًا! تتوفر أحذية Caregiver Kicks بأكثر من 90 تصميمًا من Reebok وSketchers، وأحذية مقاومة للانزلاق مصممة للحفاظ على سلامتك ومنحك المزيد من الراحة أثناء العمل.

[myseiu.be/kicks](http://myseiu.be/kicks)



## مزايا الرعاية الذاتية

يقدم مزودو الرعاية في أغلب الأحيان الآخرين على أنفسهم، ولكن الرعاية الذاتية مهمة أيضًا. توجد العديد من المزايا المجانية ومنخفضة التكلفة لمزودي الرعاية والتي يمكن أن تساعد في معالجة الإجهاد والقلق والاكتئاب. [myseiu.be/self-care](http://myseiu.be/self-care)

## المزيد من المزايا المتاحة

### لمزودي الرعاية

تعرف على المزيد من المعلومات حول مزايا التقاعد والتعلم ومطابقة الوظائف المتاحة لمزودي الرعاية وكيفية الحصول عليها من خلال [seiu775benefitsgroup.com](http://seiu775benefitsgroup.com)

## 3 مميزات خطة الرعاية الصحية

- 3 خيارات التغطية والتكاليف
- 4 المزايا المحسنة والمزايا الجديدة
- 4 المزايا المهمة
- 6 خيارات تغطية طب الأسنان

## 7 حساب المزايا الصحية

يمكنك التقديم بطلب للتمتع بالتغطية أو تحديث تغطيتك أو إدارة المزايا عبر الإنترنت بسهولة.

## 8 الأسئلة الشائعة

### حول التغطية

- 8 الأهلية
- 8 Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)
- 8 كيفية التقدم بطلب وموعد
- 9 موعد بدء تطبيق التغطية
- 9 الأقساط الشهرية المشتركة
- 9 كيفية إنهاء التغطية

## 10 كيفية الاحتفاظ بالتغطية

## 11 دعم المزايا الصحية

كانت Deborah M. بحاجة إلى إجراء جراحة قلب مفتوح، وكانت ستكلفها مئات الآلاف من الدولارات بدون التغطية. وتقول "لقد تمكنت من التركيز على نفسي وعلاجي"، حين أزيح القلق بشأن التكاليف من على كاهلها.

Deborah M.

مزود رعاية، فانكوفر



كانت عملية التسجيل سهلة للغاية.  
لقد اطلعت فقط على الكتيب وألقيت  
تركيزي على الأمور المهمة بالنسبة  
إلي. وكان إجراء ذلك عبر الإنترنت  
أمرًا بسيطًا.

Acacia V. مزود رعاية

# الدليل التفصيلي للتقدم بطلب للحصول على التغطية

خدمة عملاء مزايا الرعاية  
الصحية : 1-877-606-6705

احصل على المساعدة  
بشأن الأسئلة المتعلقة  
بالتغطية والأهلية والتقديم.

## 1 تعرّف على تغطيتك

- استكشف خيارات تغطيتك وأهم المزايا في هذا الدليل.
- اطلع على تفاصيل الأهلية في الصفحة 8 لمعرفة كونك مؤهلاً أم لا.
- اطلع على "كتيب تفاصيل الخطة" لمعرفة تكاليف خطتك النثرية التي تدفعها مقابل الوصفات الطبية والعلاجات والخدمات.
- حدد خيارًا للتغطية وخطة طب الأسنان.

## 2 الاستعداد للتقدم بطلب

- اجمع معلوماتك. سيتعين عليك تقديم رقم ضمانك الاجتماعي واسم صاحب العمل للتقدم بطلب.
- **Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال):** اجمع وثائق اعتماد المعالين لديك. يمكنك الاطلاع على قائمة الوثائق المقبولة والتعليمات على [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk).

## 3 إنشاء حساب مزايا صحية

- تفضل بزيارة [myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba) لمعرفة كيفية إنشاء حساب. بمجرد امتلاك حساب، يمكنك تسجيل الدخول في أي وقت على [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare).

## 4 تقديم طلبك وإرساله

- أكمل الطلب قبل الموعد النهائي على [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare). تعرّف على المزيد عن المواعيد النهائية وطريقة إرسال الطلب عبر البريد في صفحة 8.
- **Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال):** أرسل وثائق اعتماد المعالين عند تقديم طلبك. تعرّف على كيفية إرسال وثائقك على [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk).

## 5 تلقي الإشعارات بشأن طلبك

- ستتلقى إيصال الطلب عبر البريد الإلكتروني أو من خلال حساب المزايا الصحية لديك في غضون يوم واحد وقرار التغطية عبر خطاب أو بريد إلكتروني في غضون 30 يومًا. في حال لم يصلك شيئًا، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.



John R.  
مزود رعاية، سياتل



بعد ولادة طفلها الثاني، سجلت Dani كلا  
الطفلين في برنامج Coverage for Kids  
(التغطية الصحية للأطفال)، وأثبتت على  
"الأسعار الرائعة" التي تساعد أسرتها  
في توفير والادخار شهرياً.

Dani R.  
مزود رعاية، أسوتين



# خيارات خطة تغطية الرعاية الصحية

احصل على تغطية رعاية صحية عالية الجودة بمبلغ يبدأ من  
25 دولارًا فقط شهرياً. يمكنك اختيار تغطية نفسك فقط أو إضافة  
Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) لأطفالك المعالين.

## الخيار 3



**التغطية الفردية +  
Coverage for Kids  
(التغطية الصحية للأطفال)  
تغطية طب الأسنان فقط**

**35 دولارًا/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

احصل على التغطية الطبية وتغطية  
طب الأسنان لنفسك، إضافة إلى  
تغطية طب أسنان لأطفالك مقابل  
35 دولارًا شهرياً فقط.

**التكلفة هي ذاتها، بغض النظر عن عدد الأطفال الذين تتم إضافتهم!**

يمكنك إضافة الأطفال المعالين المؤهلين حتى بلوغهم سن 26 عامًا، ويشمل ذلك  
الأطفال البيولوجيين والأطفال المتبنين وأبناء الزوج/الزوجة وأبناء شركاء السكن.  
على الأعضاء المشتركين في خطة KPWA POS تغيير الخطط لإضافة Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة أو أكثر شهرياً.

## الخيار 2



**التغطية الفردية +  
Coverage for Kids  
(التغطية الصحية للأطفال)  
التغطية الطبية وتغطية  
طب الأسنان**

**125 دولارًا/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

احصل على التغطية الطبية وتغطية طب  
الأسنان كاملة لنفسك ولأطفالك مقابل  
125 دولارًا فقط شهرياً.

## الخيار 1



**التغطية الفردية  
التغطية الطبية  
وتغطية طب الأسنان**

**25 دولارًا/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

احصل على التغطية الطبية  
وتغطية طب الأسنان لنفسك  
مقابل 25 دولارًا فقط شهرياً.

**الاقساط الشهرية المشتركة:**

المبلغ الذي تدفعه شهرياً لتغطية  
الرعاية الصحية، أطلع على الصفحة  
9 لمعرفة المزيد من التفاصيل.

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة  
مدفوعة أو أكثر شهرياً.

## المزايا المحسنة والمزايا الجديدة

### موثوقية التغطية

يتلقى مزودو الرعاية الآن نقطتي رصيد بشأن موثوقية التغطية سنوياً. تطيل جميع الأرصفة تغطية الرعاية الصحية لمدة شهر واحد إذا لم تتمكن من تلبية ساعات العمل المطلوبة، وهذا يوفر تغطية مستمرة لك ولأفراد عائلتك المعالين.

### مزايا التبنّي لدى Progyny

احصل على ما يصل إلى 15000 دولار أمريكي لتغطية النفقات المتعلقة بالتبنّي (ميزة مدى الحياة<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> الحد الأقصى للمبلغ المقدم لتغطية النفقات المتعلقة بالتبنّي طالما كنت مسجلاً في الخطة.

### تخفيض تكاليف الوصفات الطبية

تقليل تكاليف أجهزة الاستنشاق ذات العلامات التجارية غير المفضلة، وحُقن EpiPens، وأدوية وعلاجات ما بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

### مزايا رعاية تثبيت الجنس

تغطي جميع الخطط الآن مجموعة متنوعة من الإجراءات والعلاجات.

يستحق مزودو الرعاية الحصول على رعاية صحية عالية الجودة وموثوق بها تسمح لهم بالتركيز على تقديم رعاية استثنائية ومميزة، دون التعرض لضغوطات إدارة مزاياهم. تعكس هذه التطورات الأخيرة التزامنا المستمر بتقديم التغطية التي تدعم حقاً تجربة مزودي الرعاية.



**Merissa Clyde**  
الرئيس التنفيذي (CEO)،  
SEIU 775  
Benefits Group

## مزايا التغطية المهمة

الخطة الصحية المتاحة لك بناءً على رمز محل إقامتك البريدي. توفر لك خطتك المخصصة العديد من الطرق لدعم صحتك وعافيتك رفاهيتك. وتتضمن هذه التغطية المزايا التالية:

- ✓ العلاج الطبي
- ✓ الرعاية الوقائية
- ✓ طب الأسنان وتقويمها
- ✓ دواء بالوصفة الطبية
- ✓ الصحة النفسية
- ✓ الرؤية
- ✓ السمع
- ✓ مزايا الصحة الإنجابية وتكوين الأسرة
- ✓ رعاية تثبيت الجنس
- ✓ العلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك
- ✓ العلاج الطبيعي

### زيارات مجانية لتلقي الرعاية الأولية

لن تتكبد أي تكاليف\* لمعرفة مزود الرعاية الأولية (PCP). يمكنك زيارة مزود الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك لإجراء الفحوصات الصحية وعندما تشعر بالمرض. توفر التغطية لك أيضاً خيارات رعاية افتراضية، لكي تستطيع تلقي الرعاية بكل راحة من منزلك دون الاضطرار إلى مغادرته.

\*لا تتطلب زيارات مزود الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك دفع دفعة مشتركة، لكن إذا طلب طبيبك إجراء فحوصات أو تحاليل معملية، فإنك قد تضطر إلى دفع دفعة مشتركة مقابل هذه الخدمات.

### رعاية الحالات العاجلة والطارئة

تغطي خطتك الرعاية العاجلة وحالات الدخول إلى غرف الطوارئ. تعتبر الرعاية العاجلة إحدى الخيارات منخفضة التكلفة للأزمات غير الطارئة مثل الإصابات الطفيفة أو أعراض الأنفلونزا عندما لا يكون طبيبك موجوداً. تبلغ التكلفة المشتركة للدخول إلى غرفة الطوارئ 200 دولار أمريكي ويجب استخدامها في الحالات الخطيرة مثل ألم الصدر أو صعوبة التنفس أو الإصابات الشديدة.

قد يتم تطبيق خصم أو دفع مشترك.

## مزايا الوصفات الطبية

يمكنك الحصول على مجموعة واسعة من الأدوية الموصوفة طبيًا (Rx) بتكلفة زهيدة أو مجانية، حسب فئة الدواء. عادةً ما تكون تكلفة الأدوية الجينية أقل، بينما قد تكون تكلفة الأدوية ذات العلامات التجارية والأدوية المتخصصة أعلى. وتتوفر خيارات الطلب عبر البريد، وهذا يسمح لك بتلقي إمدادات من الأدوية تكفيك لمدة 90 يومًا وتوصيلها إلى منزلك.

## مزايا الصحة النفسية

لا تقل صحتك العاطفية والنفسية أهمية عن صحتك الجسدية. تشمل تغطيتك الدعم المهني والأدوية والعلاج الجماعي والرعاية البديلة، إضافة إلى الوصول إلى تطبيقات الرعاية الذاتية والبرامج والموارد الأخرى.

## المزايا الخاصة بالبصر

تقدم تغطيتك عناية شاملة للعين. وتشمل هذه العناية إجراء فحص واحد مجاني للعين كل 12 شهرًا، وفحص لأجهزة الرؤية (مثل العدسات، والإطارات، والعدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا مقابل 600 دولار.

## المزايا الخاصة بالسمع

باشتراكك في EPIC Hearing، يمكنك أنت وأطفالك الحصول على فحص سمع سنوي مجاني مع استشارة أحد مزودي الرعاية داخل الشبكة. إضافة إلى تغطية تصل إلى 3000 دولار لأجهزة السمع مع ضمان ممتد لكل أذن كل 36 شهرًا.

## تدريب العافية وبرامجها

يمكن أن تساعدك مزايا العافية والتدريب عليها في علاج الأمراض المزمنة مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم، إضافةً إلى تحسين صحتك الجسدية. تشمل خططك ما يلي:

- تدريب فردي بشأن العافية للحصول على إرشادات شخصية لتحقيق أهدافك.
- يمكنك الحصول على الدعم من فريق رعاية مخصص لمساعدتك في إدارة حالتك.
- برامج وتطبيقات للتعقيد والإدارة السهلة.

## العلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك

يمكن علاج آلام العضلات والمفاصل والوقاية منها من خلال العلاج الطبيعي والعلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك والوخز بالإبر وبرامج العافية الافتراضية منخفضة التكلفة.

راجع تفاصيل خططك لمعرفة حدود الزيارة أو متطلبات الإحالة وتأكد من قبول مقدم الخدمة تأمينك عند تحديد موعد.

## مزايا الصحة الإنجابية وتكوين الأسرة

احصلي على مزايا لكل مرحلة من مراحل الحياة، بداية من الخصوبة وبناء الأسرة إلى الحمل، وبعد الولادة وانقطاع الطمث. احصل على تغطية لأحدث العلاجات، والدعم الشخصي من داعمي الرعاية الصحية للمرضى (PCAs) المتخصصين، والرعاية المقدمة شخصيًا وافترضياً. يمكنك الآن الحصول على ما يصل إلى 15000 دولار أمريكي لتغطية النفقات المتعلقة بالتبني (ميزة مدى الحياة).



## اطّلع على "كتيب تفاصيل الخطة" للحصول على قائمة كاملة بالمزايا.

يوفر "كتيب تفاصيل الخطة" تفصيلاً كاملاً لخططك الطبية وطب الأسنان، ومنها التكاليف النثرية، والتغطية للوصفات الطبية والدخول إلى المستشفى والعلاجات.

"في إحدى المرات، كنت مريضة للغاية ومكثت في المستشفى لمدة 45 يومًا. ولأنني أمتنع بتغطية صحية، لم أدفع سوى مبلغ بسيط، بينما تكفل التأمين بمعظم التكاليف. لذلك، من المهم أن تكون لدي تغطية صحية."

Amy L.

مزود رعاية، سياتل



# خطة طب الأسنان

تشتمل تغطية الرعاية الصحية  
الخاصة بك على تغطية طب  
الأسنان. حدّد الخطة المناسبة لك.

استخدم الجدول لمقارنة الخطط ومراجعة تكاليفك النثرية  
المحتملة للخدمات الشائعة في "كتيب تفاصيل الخطة".

إذا كنت مشتركاً بالفعل في تغطية وترغب في تغيير خطة طب الأسنان  
الخاصة بك، يمكنك إجراء ذلك خلال Open Enrollment (فترة التسجيل  
السبوي للتغطية الصحية).

 Willamette Dental	 DELTA DENTAL®	
لا يوجد	5,000 دولار	الحد الأقصى لقيمة المزايا السنوية
0 دولار	0 دولار	المبلغ المقطع
مغطى بالكامل	مغطى بالكامل	فحوصات روتينية
نعم	نعم	مزايا تقويم الأسنان
تمتلك مجموعة Willamette Dental العديد من المواقع المناسبة في غرب واشنطن، مما يُسهّل العثور على طبيب أسنان تابع لـ Willamette إذا كنت تعيش على امتداد ممر 5-1.	تتمتع جمعية Delta Dental بشبكة واسعة من مقدمي الرعاية، بما في ذلك المناطق الريفية. ستحتاج طبيب أسنان تابع لمؤسسة Delta Dental PPO لتحقيق أقصى استفادة من مزاياك.	شبكة مقدمي الرعاية
تفضل بزيارة <a href="http://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a> وأدخل رمز محل إقامتك البريدي في مربع البحث.	تفضل بزيارة <a href="http://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> واختر "Delta Dental PPO" لتصفية نتائج البحث.	البحث عن طبيب أسنان قريب منك
1-855-433-6825 <a href="http://myseiu.be/willamette">myseiu.be/willamette</a>	1-800-554-1907 <a href="http://DeltaDentalWA.com">DeltaDentalWA.com</a>	للاستفسارات أو لمزيد من المعلومات



# التقدم بطلب للحصول على التغطية عبر الإنترنت

تُتم إدارة حسابك على الإنترنت من قبل  
MagnaCare، الجهة المسؤولة عن مزاياك الصحية.

إضافة إلى إمكانية التقدم بطلب للحصول على تغطية  
رعاية صحية أو إجراء تغييرات، يمكنك دفع الأقساط المشتركة  
والاطلاع على سجل المدفوعات والاطلاع على وثائق الخطة  
والاشتراك في خدمة رسائل البريد الإلكتروني.

## التحقق من أهليتك

اطلع على ساعات عملك وأهليتك للتغطية ومزايا  
الصحة والعافية الأخرى، مثل Caregiver Kicks.

## التقدم بطلب للحصول على تغطية أو تحديثها

يمكنك الوصول إلى حسابك لتقديم طلب بسهولة  
عبر الإنترنت أو إجراء تغييرات على التغطية الحالية.

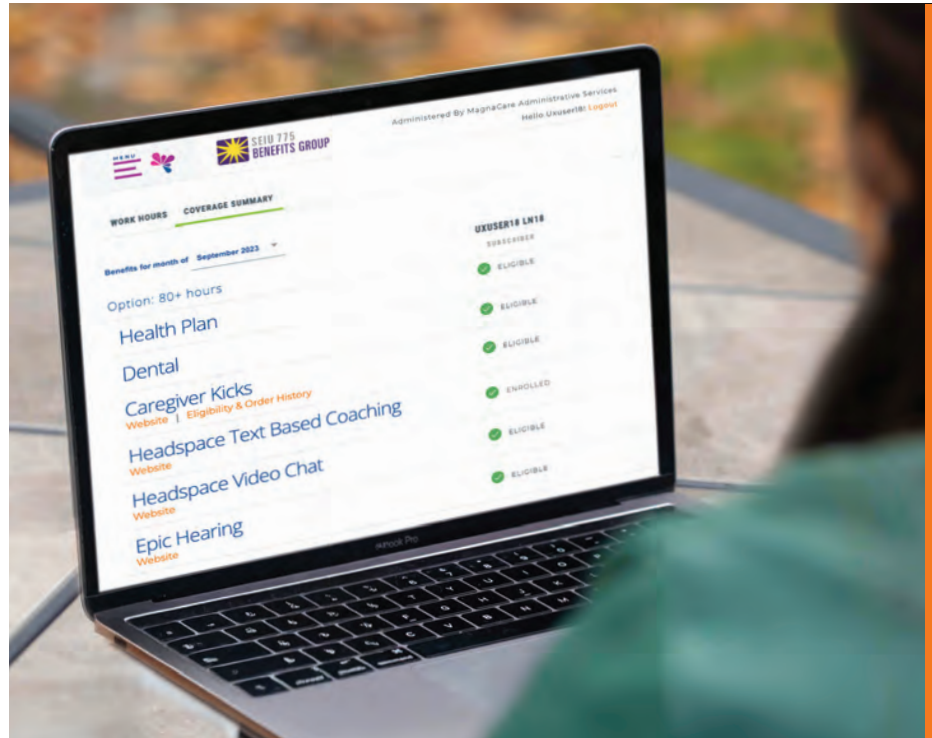
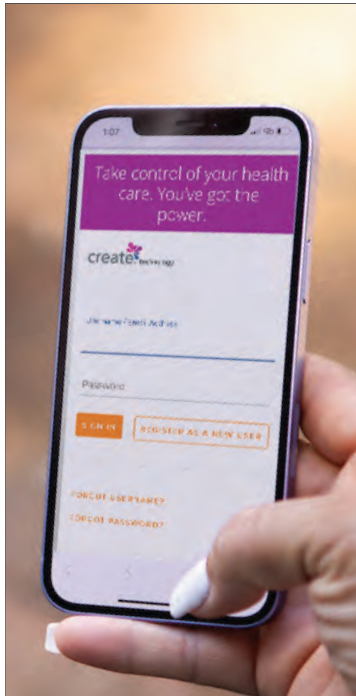
## الحصول على دعم الدردشة المباشرة

احصل على المساعدة بشأن الأسئلة المتعلقة بالتقديم  
والأهلية والمزيد من خدمة عملاء المزايا الصحية.

تعرف على كيفية إنشاء  
حساب على [myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba)



تتوفر الحسابات حاليًا باللغة الإنجليزية. في حال احتجت  
مساعدة حيال إنشاء حساب أو احتجت دعمًا لغويًا، اتصل  
على الرقم 1-877-606-6705.





# الأسئلة الشائعة حول تغطية الرعاية الصحية

## كيف أصبح مؤهلاً للحصول على Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

عليك أن تعمل لمدة 120 ساعة مدفوعة الأجر أو أكثر في الشهر لتصبح مؤهلاً للحصول على Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).

## من يمكنني إضافته إلى Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

يمكنك إضافة الأطفال المؤهلين حتى بلوغهم سن 26 عامًا. يشمل الأطفال المعالين المؤهلين الأطفال البيولوجيين والأطفال المتبنين والأطفال من زوجك/ زوجتك وأطفال شريكك في السكن.

يتم تسجيل الأطفال في الخطة نفسها التي تسجل أنت بها ولا يمكن تسجيلهم إلا تحت رعاية مزود رعاية واحد. يمكن تنسيق التغطية مع خطط خارجية. لمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.

## كيف أضيف Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

1. أكمل قسم Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) في الطلب.

2. حدد خيار تغطية، تغطية الرعاية الطبية وتغطية طب الأسنان أو تغطية طب الأسنان فقط.

3. أرسل وثيقة (وثائق) اعتماد المُعالين مع طلبك أو في غضون 60 يومًا من تقديم الطلب\*\*. تتضمن أمثلة المستندات المقبولة نسخًا من شهادات الميلاد الصادرة عن الحكومة وإقرارات الضرائب التي تسرد الأشخاص المعالين الذين تريد إضافتهم إلى تغطيتك.

\*\*يلزم اعتماد المُعالين عند تسجيل الأطفال لأول مرة. ليس هناك حاجة إلى إعادة إرسال الوثائق التي تم التحقق منها مسبقًا، إلا إذا تم طلب ذلك.

## تفضل بزيارة [myseiu.be/cfk](http://myseiu.be/cfk) للحصول على المعلومات المفصلة بشأن:

- كيفية التقدم بطلب من أجل Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).
- الأشخاص الذين يمكن إضافتهم إلى التغطية.
- قائمة بالوثائق المعتمدة المقبولة.
- كيفية إرسال مستنداتك.

## كيف أصبح مؤهلاً للتغطية الفردية؟

عليك أن تعمل لمدة 80 ساعة مدفوعة الأجر أو أكثر في الشهر لمدة شهرين متتاليين لتصبح مؤهلاً للحصول على التغطية الفردية.

## كيف يمكنني تقديم طلب؟

تقدم بطلب أو قم بإجراء التغييرات عبر الإنترنت على [myseiu.be/magnacare](http://myseiu.be/magnacare). إذا تلقيت طلبًا للحصول على مزايا صحية، فيمكنك إرسال الطلب المكتمل بالبريد أو الفاكس إلى العنوان أو رقم الفاكس المدرج في الطلب. مطلوب بريد الولايات المتحدة.

ستتلقى إيصال الطلب عبر البريد الإلكتروني أو من خلال حساب المزايا الصحية لديك في غضون يوم واحد وقرار التغطية عبر خطاب أو بريد إلكتروني في غضون 30 يومًا. في حال لم يصلك شيئًا، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.

## متى أستطيع التقدم بطلب؟

هناك 3 أوقات يمكنك فيها التقدم بطلب للحصول على التغطية

1. الأهلية الأولية: خلال 60 يومًا من تاريخ المواد الخاصة بتسجيلك المؤهل حديثًا. الأهلية الأولية هي عندما تصبح مؤهلاً للمرة الأولى.

2. Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية): من يوم 1 حتى 2 يوليو سنويًا. إذا كنت مسجلًا بالفعل، فسيتم تجديد تغطيتك تلقائيًا ولا يلزم اتخاذ أي إجراء إلا إذا كنت ترغب في إجراء تغييرات.

3. واقعة تاهيل (QLE): في غضون 30 يومًا من واقعة التاهيل (QLE) التي تغير احتياجاتك للتأمين الصحي. تشمل أمثلة وقائع التاهيل (QLEs) تبني طفل، أو فقدان تغطية رعاية صحية أخرى، أو حدوث طلاق. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [myseiu.be/qle](http://myseiu.be/qle).

## ألم تصبح مؤهلاً بعد؟

لا يزال بإمكانك التقدم بطلب خلال

Open Enrollment (فترة التسجيل

السنوي للتغطية الصحية)، في

الفترة من 1 حتى 20- يوليو!

أكمل طلب الحصول على المزايا الصحية\*، وستبدأ تغطيتك الفردية عند عملك لمدة 80 ساعة أو أكثر شهريًا. إذا كنت ترغب في إضافة Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)، فستبدأ تغطية المُعالين عند عملك لمدة 120 ساعة أو أكثر شهريًا.

\*إذا لم تكن تعمل حاليًا لمدة 80 ساعة فأكثر شهريًا، فلا يمكنك إكمال الطلب عبر الإنترنت. أرسل رسالة إلكترونية إلى [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com) لطلب نسخة من نموذج الطلب.





## موثوقية التغطية

قد تُصعّب الجداول الزمنية غير المُتوقعة الالتزام بساعات العمل المطلوبة. تُساعد ميزة موثوقية التغطية في ضمان تغطية رعاية صحية مُستمرة، حتى في حال عدم قدرتك على العمل كما هو مُخطط له.

### آلية عمل موثوقية التغطية:

- لقد حصلت على نقطتي رصيد لكل سنة تغطية (أغسطس-يوليو).
- تطيل جميع الأرصدة التغطية لمدة شهر واحد في حال لم تلتزم بأداء ساعات العمل المطلوبة. يشمل الرصيد تغطيتك أنت وأفراد عائلتك المُعالين.
- يتم تطبيق الأرصدة تلقائياً—لا يلزم اتخاذ إجراء.
- يمكنك التحقق من رصيدك الائتماني في أي وقت عن طريق تسجيل الدخول إلى حساب المزايا الصحية الخاص بك.

### الأسئلة الشائعة:

متى سستم إعادة تعيين الأرصدة الخاص بي؟  
سيتم إعادة تعيين نقطتي رصيد في الأول من أغسطس من كل عام. ويكونان متاحين بمجرد تسجيلك.

هل يتم ترحيل الرصيد غير المستخدم إلى العام التالي؟  
لا، ستحصل في الأول من أغسطس من كل عام على نقطتي رصيد جديدتين. لا يتم ترحيل الرصيد غير المستخدم.

هل يمكنني استخدام رصيدي لأشهر متتالية؟  
لا، لا يُمكنني استخدام رصيدي لشهرين متتاليين.

ماذا لو أُجريت ساعات عمل كافية للحصول على التغطية الفردية، ولكن ليست كافية لـ Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟  
في هذه الحالة سيتم تطبيق نقطة رصيد واحدة لتمديد تغطية أطفالك لهذا الشهر.

إذا استخدمتُ رصيد ائتمان، هل أظل أدفع قسطيني الشهري المشترك؟  
نعم، أنت لا تزال مسؤولاً عن قسطك الشهري المشترك. للمزيد من المعلومات حول الأقساط المشتركة، يُرجى الاطلاع على الصفحة 9.

## الحفاظ على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

بمجرد حصولك على التغطية، يجب إجراء ما يلي للحفاظ على استمرارية تغطية الرعاية الصحية.

### ❗ تأدية ساعات عملك المطلوبة.

**التغطية الفردية:** يجب العمل لمدة 80 ساعة مدفوعة الأجر أو أكثر كل شهر للاحتفاظ بتغطيتك.  
**Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال):** يجب العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة الأجر أو أكثر كل شهر للاحتفاظ بتغطيتك.

إذا انخفضت ساعات عملك إلى أقل من 120، ولكن بقيت أعلى من 80، فستفقد Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)، ولكنك ستحتفظ بتغطيتك.

### ❗ الإبلاغ عن ساعات عملك في الموعد المحدد.

في حال لم تُبلغ عن العمل ساعات عملك في وقتها، ستخسر تغطيتك. ويمكنك الإبلاغ عن الساعات المتأخرة أو التعديلات مع صاحب عملك خلال 60 يومًا من الشهر الذي جرى العمل خلاله.

### ❗ دفع قسطك الشهري المشترك كله.

اطّلع على الصفحة السابقة لمزيد من المعلومات.

### تعرف على المزيد من المعلومات بشأن الحفاظ على تغطيتك على [myseiu.be/maintain](http://myseiu.be/maintain)

اطّلع على أمثلة لما يحدث عندما لا تتمكن من أداء ساعات العمل المطلوبة من خلال أرصدة موثوقية التغطية أو بدونها.





مزايا الصحة

# خدمة العملاء

احصل على المساعدة بشأن الأسئلة المتعلقة بالتغطية والأهلية والتقديم وغير ذلك المزيد.

تتوفر خدمة العملاء من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساءً

1-877-606-6705

يتوفر دعم اللغات.

دعم الدردشة المباشرة

سجل الدخول إلى [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) لدعم الدردشة.

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

هل لا تستطيع التواصل مع خدمة العملاء خلال ساعات العمل؟  
أرسل بريدًا إلكترونيًا واحصل على الرد خلال يومي عمل.



## مصادر إضافية

### استخدم تغطيتك

احصل على نصائح حول كيفية تحقيق أقصى استفادة من مزاياك لدعم صحتك بمجرد حصولك على التغطية.

[myseiu.be/covered](https://myseiu.be/covered)

### Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)

تعرف على كيفية التقدم بطلب للحصول على Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) والمستندات المطلوبة لاستكمال طلبك.

[myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)

### الشروط العامة للتأمين

يمكنك فهم تغطيتك بشكل أفضل من خلال التعرف على تعريفات المصطلحات الشائعة للتأمين الصحي.

[myseiu.be/hc-terms](https://myseiu.be/hc-terms)

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# كتيب تفاصيل ال خطة

أنت مؤهل للحصول على الخطة الطبية  
Aetna. تسري هذه الخطة اعتباراً من  
1 أغسطس 2025 حتى 31 يوليو 2026.

لمزيد من المعلومات حول ملخص المزايا  
والتغطية (SBC) أو ملخص التعديلات الجوهرية (SMM)  
أو إذا كانت لديك أي استفسارات متعلقة بالتغطية،  
يرجى التواصل مع خدمة عملاء المزايا الصحية على:

1-877-606-6705

مواعيد العمل من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00  
صباحاً حتى 6:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

يتضمن الكتيب وثائق مهمة لمساعدتك  
على فهم تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك:

ملخص التعديلات الجوهرية (SMM):  
يسرد أي تحديثات أو تغييرات متعلقة بخطتك التي ستبدأ 1 أغسطس 2025.

نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان:  
نظرة عامة سريعة وواضحة على المزايا للخطة الطبية وخيارات طب  
الأسنان المتاحة لك، مقدمة من SEIU 775 Benefits Group.

ملخص المزايا والتغطية (SBC):  
يشمل شرح خطتك المفصل ما يلي:  
• كيفية تغطية الاحتياجات الطبية والوصفات الطبية الشائعة  
(مثل زيارات الطبيب والمختبرات ورعاية مرضى السكري وما إلى ذلك).  
• ما تتحمله وما تغطيه الخطة (المبالغ المقتطعة والدفعات المشتركة والتأمين المشترك).  
• ما تشمله الخطة وما لا تشمله (القيود أو الاستثناءات على التغطية).

موارد الخطة:  
إليك أرقام الاتصال والمواقع الإلكترونية التي يمكنك استخدامها بمجرد التسجيل.



# ملخص التعديلات الجوهرية

على تغطية الرعاية الصحية المقدمة من خلال صندوق  
SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust لمزودي الرعاية  
الفرديين (IPs) ومزودي الرعاية التابعين للوكالات (APs) الذين  
يعملون في Consumer Direct of Washington (CDWA)

يُعدّ ملخص التعديلات الجوهرية هذا ("SMM") تحديثاً لبعض المعلومات  
الواردة في ملخص تفاصيل الخطة ("SPD") لتغطية التأمين الصحي ضمن  
الخطة الأساسية ("الخطة")، اعتباراً من 1 أغسطس 2025.

ابتداءً من 1 أغسطس 2025، ستتغير مزايا الخطة وقواعد الأهلية لتغطية الرعاية الصحية. يجب  
أن يكون مزودو الرعاية التابعون للوكالات ومزودو الرعاية الفرديون على علم بتحسينات المزايا التالية:

**موثوقية التغطية** توفر لمزودي الرعاية نقطتي رصد سنوياً. تطيل جميع الأرصدة تغطية الرعاية الصحية  
لمدة شهر واحد إذا لم تتمكن من تلبية ساعات العمل المطلوبة، وهذا يوفر تغطية مستمرة لك ولأفراد  
عائلتك المعالين.

منحة بقيمة 15,000 دولار لمرة واحدة للتبني مُقدمة من Progyny.

**تخفيض تكاليف الوصفات الطبية لما يلي:**

- أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens.
- سيتم توفير دورة علاج كاملة مجاناً تشمل الأدوية والعلاجات  
بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

**إذا كنت مسجلاً في تغطية Aetna، يمكنك الآن الاستفادة من مزايا رعاية تأكيد النوع الاجتماعي الموسعة:**

- تمت إزالة متطلبات الوثائق الثانوية للضرورة الطبية.
- يتوفر الآن علاج تعديل الصوت وعمليات نحت الجسم.

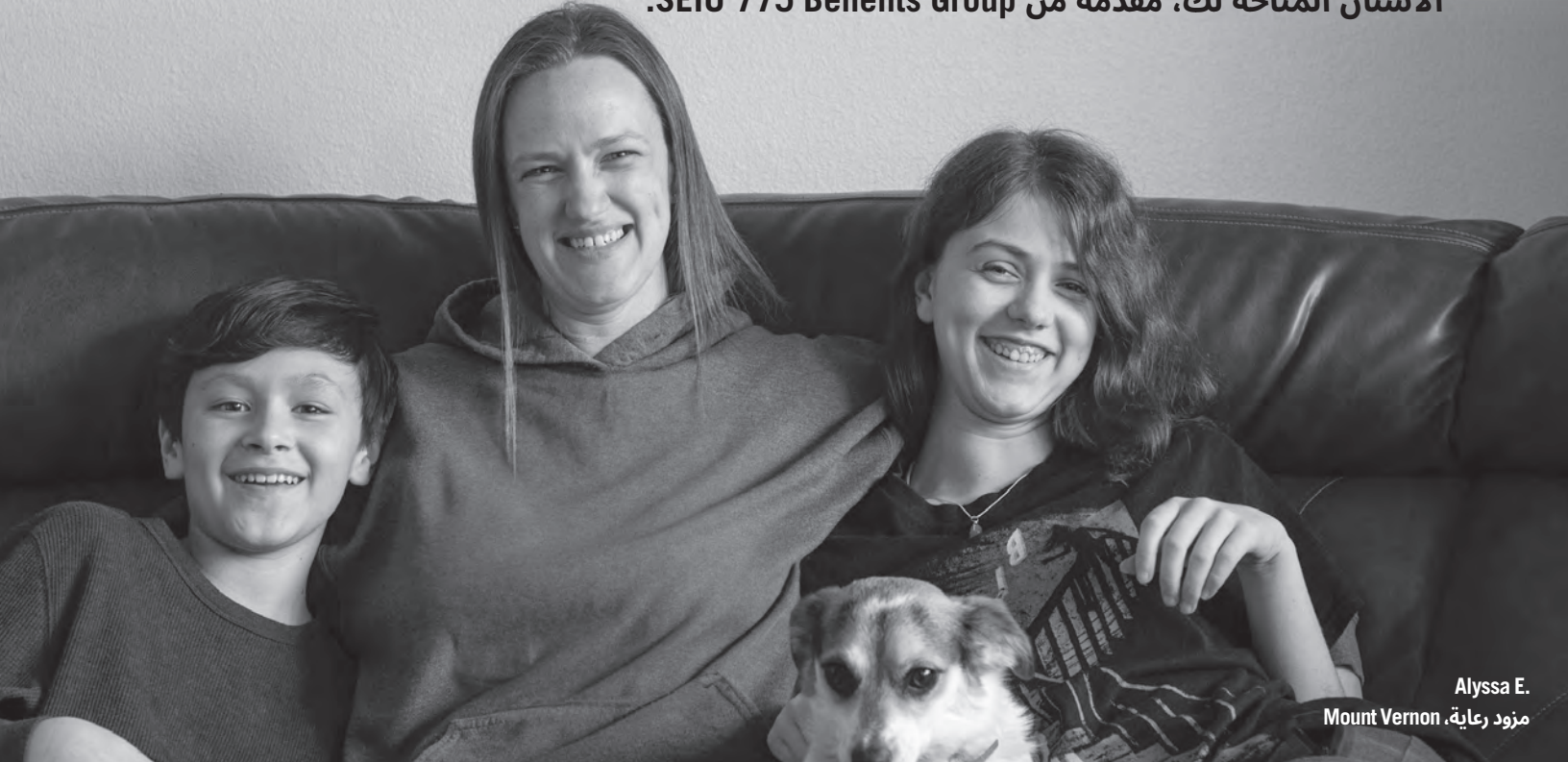
لمزيد من المعلومات بخصوص هذه التغييرات، يرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم  
1-877-606-6705 في مواعيد العمل من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 6:00  
مساءً بتوقيت المحيط الهادئ أو على البريد الإلكتروني SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.



تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان

نظرة عامة سريعة وواضحة على الخطة الطبية وخيارات طب  
الأسنان المتاحة لك، مقدمة من SEIU 775 Benefits Group.



**نبذة عن خطة Aetna الذاتية التأمين**  
تاريخ السريان 2025/8/1

**aetna®**



هذا ملخص موجز للمزايا المقدمة من SEIU 775 Benefits Group. هذا ليس عقدًا أو شهادة تغطية. جميع أوصاف المزايا، بما في ذلك الرعاية البديلة، هي للخدمات الضرورية طبيًا. وسيحمل العضو أقل حصة من تكلفة الخدمة المشمولة أو المبلغ الفعلي عن تلك الخدمة. وللاطلاع على أحكام التغطية الكاملة، بما في ذلك القيود، يرجى الرجوع إلى شهادة التغطية.

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضلة	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
المبلغ المقتطع من الخطة	لا يوجد اقتطاع سنوي	المبلغ المقتطع للفرد: 500 دولار لكل سنة تقويمية المبلغ المقتطع الخاص بالعائلة: 1000 دولار لكل سنة تقويمية
تأجيل المبلغ المقتطع للفرد	لا ينطبق	يتم تطبيق الترحيل في الربع الرابع
نسبة التأمين المشترك للخطة	لا توجد نسبة للتأمين المشترك للخطة	تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20% من المبلغ المسموح به.
حد التكاليف العينية	<p><b>حد المصاريف النثرية الطبية:</b> الفرد: 800 دولار العائلة: 1,600 دولار</p> <p><b>حد التكاليف الفعلية التي تتحملها لقاء الأدوية الموصوفة طبيًا:</b> الفرد: 400 دولار العائلة: 800 دولار</p> <p>نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية. جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة.</p>	تمت مشاركتها داخل الشبكة
الظروف الموجودة مُسبقًا (PEC) فترة الانتظار	لا توجد الظروف الموجودة مُسبقًا	نفس شبكة مقدم الرعاية المفضلة
الحد الأقصى على مدى الحياة	غير محدود	نفس الحد الأقصى لمقدم الرعاية المفضلة
خدمات العيادات الخارجية (زيارات العيادة)	المشاركة في دفع 15 دولارًا. إذا عينت طبيبًا للرعاية الأولية من موقع Aetna على الإنترنت، فإن جميع الزيارات لهذا الطبيب ستكون مجانية	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
الرعاية العاجلة	المشاركة في دفع 15 دولارًا	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
خدمات المستشفى	<p><b>الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا</p> <p><b>عيادة جراحية خارجية:</b> المشاركة بدفع 50 دولارًا</p>	<p><b>الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين.</p> <p><b>عيادة جراحية خارجية:</b> يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 50 والاقتطاع والتأمين</p>
الأدوية بالوصفة الطبية (قد تُغطى بعض أدوية الحقن ضمن خدمات العيادات الخارجية)	<p>المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا عن كل من الأدوية القائمة على القيمة/الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)</p> <p>الأنسولين: المشاركة بدفع 0 دولار/0 دولار/25 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)</p> <p>المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا عن كل من أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)</p>	<p>المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/55 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة</p> <p>الأنسولين: المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/35 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)</p> <p>أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/35 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة</p>
طلب الوصفة الطبية بواسطة البريد	حصة تكلفة وصفتين طبيتين لكل كمية تكفي 90 يومًا	غير مشمولة

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضلة	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
العلاج بالخز	المشاركة بدفع 0 دولار كلفة 20 زيارة في السنة التقويمية	تتم مشاركتها مع الموفر المفضل عند نهاية الزيارة ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
خدمات الإسعاف	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار	نفس مزايا مزود الخدمة المفضل
الاعتماد الكيميائي	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا المرضى الخارجيون: مجاني	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات <ul style="list-style-type: none"> <li>المعدات الطبية المتينة</li> <li>أجهزة تقويم العظام</li> <li>حمالات ما بعد استئصال الثدي</li> <li>تقتصر على شهرين (2) كل ستة (6) أشهر</li> <li>مستلزمات الفغر</li> <li>الأجهزة التعويضية</li> </ul>	مغطاة بنسبة 100%	مغطاة بنسبة 50%، ويتم تطبيق الاقتطاع
مستلزمات مرضى السكري	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.
خدمات المختبر التشخيصية والأشعة السينية	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى عيادة خارجية: مغطى بالكامل	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى عيادة خارجية: يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين
خدمات الطوارئ (يتم التنازل عن مشاركة الدفع إذا تم تقديمها)	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار
فحوصات السمع (روتينية)	المشاركة في دفع 15 دولارًا	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
أجهزة السمع	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكلفة، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكلفة، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>
خدمات الصحة المنزلية	مغطاة بالكامل حتى 130 زيارة في كل سنة تقويمية	تتم مشاركتها مع المقدم المفضل عند كل زيارة ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين.
خدمات الاعتناء المنزلي	مغطى بالكامل	يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين.
خدمات العقم	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة) تساعد Smart Cycles 1+2 الأعضاء طوال رحلة الخصوبة وبناء الأسرة. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a>	غير مشمولة
العلاج اليدوي	تغطية ما يصل إلى 20 زيارة في كل سنة تقويمية دون إذن مسبق لا توجد دفعة مشتركة	تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
خدمات التدليك	المشاركة في دفع 15 دولارًا (20 زيارة في السنة التقويمية)	تتم مشاركتها مع الموفر المفضل عند نهاية الزيارة ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
خدمات الأمومة	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولارًا. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين. المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.



المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضلة	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
الصحة العقلية	<b>المرضى الداخليون:</b> ستتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني	<b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة بدفع 15 دولارًا
العلاج الطبيعي	مجانٍ. زيارات غير محدودة في السنة التقويمية	المشاركة بدفع 15 دولار لمقدم الخدمة المُفضّل عند كل زيارة، ويُطبّق الاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات حديثي الولادة	<b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الروتينية: أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.	<b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الروتينية: أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
الجراحة المرتبطة بالسمنة (البداية)	مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية	غير مشمولة
زراعة الأعضاء	غير محدود، لا توجد فترة انتظار <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة بدفع 15 دولارًا	غير مشمولة
الرعاية الوقائية (فحوصات الرعاية الصحية، والتطعيمات، وفحوصات مسحة عنق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة السينية)	مغطى بالكامل خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) مغطاة بالكامل.	غير مشمولة تخضع خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) لحصة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للمزايا. تصوير الثدي بالأشعة السينية الروتينية: يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين
خدمات إعادة التأهيل (زيارات إعادة التأهيل هي مجموع زيارات العلاج المجمع في السنة التقويمية)	<b>المرضى الداخليون:</b> 60 يومًا في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> 60 زيارة في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. المشاركة بدفع 15 دولارًا	<b>المرضى الداخليون:</b> تتم مشاركة الحدود اليومية مع حد مزايا المقدم المفضل. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين <b>المرضى الخارجيون:</b> تتم مشاركة الحدود الزيارة مع حد مزايا المقدم المفضل. ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
مرافق التمريض المؤهلة	مغطاة بالكامل حتى 60 يومًا في السنة التقويمية	تتم مشاركة الحدود اليومية مع مزايا المقدم المفضل مع تطبيق الاقتطاع والتأمين.
التعقيم (قطع القناة الدافقة، ربط البوق)	<b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة بدفع 15 دولارًا الإجراءات الخاصة بتعقيم النساء مغطاة بالكامل.	<b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين <b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين تُغطى إجراءات تعقيم النساء وفقًا لمشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزة.
خدمات المفصل الفكي الصُدغي (TMJ)	<b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا <b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة بدفع 15 دولارًا	<b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين <b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
استشارات الإقلاع عن التبغ	برنامج الإقلاع عن التبغ مدى الحياة - مغطى بالكامل	يتم تطبيق حصة التكلفة المطبقة
الرعاية البصرية الروتينية (زيارة واحدة كل 12 شهرًا)	المشاركة في دفع 15 دولارًا	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين
الأجهزة البصرية (العدسات، بما في ذلك العدسات اللاصقة والإطارات)	<b>كل الأعضاء:</b> 600 دولار لكل 12 شهرًا	تمت مشاركته مع مزايا المقدم المفضل

نبذة عن خطة رعاية طب  
الأسنان PPO Dental Plan  
تاريخ السريان 1/8/2025



هذا ملخص موجز للمزايا المتاحة لأغراض المقارنة فقط ولا يشكل عقدًا. بمجرد تسجيلك في إحدى الخطط، ستتمتع بإمكانية الوصول إلى كتيب المزايا الذي يقدم مزيدًا من التفاصيل عن خطة Delta Dental PPO الخاصة بك. اتصل بقسم خدمة عملاء Delta Dental على الرقم 1-800-554-1907 أو تفضل بزيارة الرابط الآتي [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com) إذا كان لديك أي استفسارات.

خارج الشبكة	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO	
اقطاع فترة تقديم الميزة			
50 دولارًا	50 دولارًا	0 دولار	لا يُطبق على الفئة الأولى وتقويم الأسنان خارج الشبكة (50 دولارًا لكل شخص)
الفئة الأولى - التشخيصي والوقائي			
80%	80%	100%	الفحوصات التنظيف الفلوريد الأشعة السينية ختامات الأسنان
الفئة الثانية - الترميم			
60%	60%	100%	الترميمات الحشوات الخلفية المركبة علاج جذور الأسنان (قناة الجذر) اللثة جراحة الفم
الفئة الثالثة - الجراحة الكبرى			
40%	40%	80%	أطقم الأسنان أطقم الأسنان الجزئية عمليات الزرع جسور الأسنان تاج الأسنان
الخصائص المميزة			
		○	أقل التكاليف الفعلية التي تتحملها
	○	○	نماذج ملفات المطالبات الخاصة بك
	○	○	إدارة الجودة وحماية التكاليف

#### فترة تقديم الميزة:

31/12/2025-1/1/2025

#### الحد الأقصى لفترة الإعانات\*

(لكل شخص؛ لا ينطبق على الفئة الأولى): 5,000 دولار

#### خدمة تقويم الأسنان — البالغون

والأطفال: 50% كحد أقصى  
مدى الحياة بمقدار 5,000 دولار لكل شخص

\*ستُغطى رعاية الأسنان التي تقدم من جانب أطباء الأسنان من (PDA) Pacific Dental Alliance بالكامل حتى 2,000 دولار كحد أقصى، مع التنازل عن التأمين المشترك مع الفئة الثالثة - الخدمات الرئيسية.

#### Delta Dental Premier

تمنحك شبكة Delta Dental PPO أقصى قدر ممكن من المزايا، كما تتمكنك من الوصول إلى شبكة Delta Dental Premier® ما يساعدك على توسعة خياراتك.



#### احصل على فرشاة أسنان Sonicare مجانًا

بالنسبة إلى أعضاء Delta Dental الذين يزورون مقدم Pacific Dental Alliance (PDA) كمرضى جدد؛ يمكنك الحصول على فرشاة أسنان Sonicare مجانًا.

#### استعراض قائمة

مقدمي PDA : [myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda)

**طوارئ الأسنان:** سيوفر المقدمون المشاركون العلاج لحالات طوارئ الأسنان خلال ساعات العمل. ستوفر الشركة المزايا للخدمات المغطاة التي يقدمها المقدمون المشاركون في علاج طوارئ الأسنان. يمكن أن يبحث المسجل عن علاج لطوارئ الأسنان من مقدم غير مشارك إذا كان المسجل يبعد أكثر من 50 ميلًا عن أي مكتب للمقدمين المشاركين.

توفر هذه الخطة المُكتتبة من قبل Willamette Dental of Washington, Inc. تغطية رائعة. تقدم لك القائمة أدناه معلومات حول بعض الإجراءات الأكثر شيوعًا التي تغطيها خطتك. اتصل بالرقم 1-855-433-6825 أو تفضل بزيارة [myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette) لمزيد من المعلومات. للحصول على قائمة القيود والاستثناءات، تفضل بزيارة الرابط الآتي [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions).

المزايا	المشاركة في الدفع
الحد الأقصى السنوي	لا يوجد حد أقصى سنوي*
المبلغ المقتطع	المبلغ غير المقتطع
زيارة العيادة العامة وعيادة تقويم الأسنان	لا توجد مشاركة في الدفع للزيارة
<b>الخدمات التشخيصية والوقائية</b>	
الفحوصات الروتينية والطوارئ، الأشعة السينية، تنظيف الأسنان علاج الفلورايد، ختامات الأسنان (لكل سن)، فحص سرطان الرأس والرقبة، تعليمات نظافة الفم، رسم اللثة، تقويم اللثة	مغطاة مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
<b>طب الأسنان الترميمي</b>	
الحشوات (ملغم)	مغطاة مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
تاج الخزف المعدني	ستدفع 250 دولارًا كمشاركة في الدفع
<b>التركيبات</b>	
استكمال طقم الأسنان العلوي أو السفلي	ستدفع 400 دولار كمشاركة في الدفع
جسر الأسنان (لكل سنة)	ستدفع 250 دولارًا كمشاركة في الدفع
<b>جذور ودواعم الأسنان</b>	
علاج قناة الجذر - الأمامية	ستدفع 85 دولارًا كمشاركة في الدفع
علاج قناة الجذر - الأمامية - الضائكة	ستدفع 105 دولارًا كمشاركة في الدفع
علاج قناة الجذر - المولي	ستدفع 130 دولارًا كمشاركة في الدفع
الجراحة العظمية (لكل رباعية)	ستدفع 150 دولارًا كمشاركة في الدفع
تخطيط الجذر (لكل ربع)	ستدفع 75 دولارًا كمشاركة في الدفع
<b>جراحة الفم</b>	
خلع الأسنان الروتيني (سن واحد)	مغطاة مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
الخلع الجراحي	ستدفع 100 دولار كمشاركة في الدفع
<b>علاج تقويم الأسنان</b>	
علاج ما قبل تقويم الأسنان	ستدفع 150 دولارًا كمشاركة في الدفع**
علاج تقويم الأسنان الشامل	ستدفع 1,500 دولار كمشاركة في دفع التكاليف
<b>زراعة الأسنان</b>	
جراحة زرع الأسنان	الحد الأقصى لمزايا الزرع 1500 دولار لكل سنة تقويمية
<b>عناصر متنوعة</b>	
التخدير الموضعي	مغطاة مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
رسوم مختبر الأسنان	مغطاة مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
أكسيد النيتروز	ستدفع 40 دولارًا كمشاركة في الدفع
زيارة خاصة للعيادة	ستدفع 30 دولارًا كمشاركة في الدفع للزيارة
سداد تكاليف الرعاية الطارئة خارج المنطقة	تدفع رسومًا تزيد عن 250 دولارًا

\* يمتلك المفضل الفكي الصَّدغي الحد الأقصى سنويًا 1000 دولار/5000 دولار كحد أقصى على مدى الحياة\*\*الدفع المشترك المضاف إلى المشاركة في الدفع لعلاج تقويم الأسنان الشامل إذا وافق المريض على خطة العلاج. **طوارئ الأسنان:** سيوفر المقدمون المشاركون العلاج لحالات طوارئ الأسنان خلال ساعات العمل. ستوفر الشركة المزايا للخدمات المغطاة التي يقدمها المقدمون المشاركون في علاج طوارئ الأسنان. يمكن أن يبحث المسجل عن علاج لطوارئ الأسنان من مقدم غير مشارك إذا كان المسجل يبعد أكثر من 50 ميلًا عن أي مكتب للمقدمين المشاركين.



سيأخذ مستند ملخص المزايا والتغطية (SBC) بيدك نحو اختيار خطتك الصحية. يبين ملخص المزايا والتغطية (SBC) لك كيفية مشاركتك أنت والخطة في تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية المغطاة. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك، يرجى التواصل مع المدرب المتخصص في الحمل وفترة ما بعد الولادة من Progyny أو داعم الرعاية الصحية للمرضى (PCA) الخاص بك التابع لشركة Progyny عبر 233-0517 (833).

استفسارات مهمة	الإجابات	ما أهمية ذلك:
ما إجمالي الخصم؟	0 دولار للفرد/0 دولار للأسرة	لا يوجد تحمل أي خصومات ضمن خطة Progyny.
هل لدي دفعة مشتركة؟	لا	لا توجد أي دفعة مشتركة ضمن خطة الحمل وفترة ما بعد الولادة الخاصة بك من Progyny.
هل لدي تأمين مشترك؟	لا	لا يوجد تأمين مشترك ضمن خطة الحمل وفترة ما بعد الولادة الخاصة بك من Progyny.
هل هناك خدمات مغطاة قبل إيفائك بمبلغ الخصم؟	لا	لا توجد أي تكاليف عينية مقابل خدمات الحمل وفترة ما بعد الولادة الخاصة بك من Progyny. جميع الخدمات المقدمة ضمن الخطة تُعد من خدمات الرعاية الوقائية، ولا تشمل أي مشاركة في حصص التكاليف.
هل هناك خصومات أخرى لخدمات بعينها؟	لا	لا يوجد أي مبلغ مقطوع لخطة HRA للحمل وفترة ما بعد الولادة من Progyny. جميع الخدمات المقدمة ضمن الخطة تُعد من خدمات الرعاية الوقائية، ولا تشمل أي مشاركة في حصص التكاليف.
ما حد التكاليف العينية التي تتحملها ضمن هذه الخطة؟	0 دولار للفرد/0 دولار للأسرة	لا يوجد حد للتكاليف التي تتحملها ضمن خطة Progyny.
هل ستدفع مبلغاً أقل في حال استعنت بأحد مقدمي الرعاية ضمن الشبكة؟	لا ينطبق.	تتضمن هذه الخطة كل المدربين المتخصصين في الحمل وفترة ما بعد الولادة ومزودي الرعاية التابعين لـ Progyny. لا تتوفر المزايا لخدمات المدربين غير التابعين لـ Progyny.

#### خدمات مُستثناة وغيرها من الخدمات المُغطاة:

تشمل الاستثناءات مجموعات التنبؤ بالتبويض منزلياً، الخدمات والمستلزمات المُقدمة من قبل أحد مقدمي الرعاية خارج الشبكة، والعلاجات المصنفة على أنها علاجات تجريبية من قبل الجمعية الأمريكية للطب التناسلي. كل التكاليف المستحقة عن خدمات الأم البديلة غير مُغطاة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، رسوم الفحوصات المعملية. في حال طلب طبيبك خدمات غير مُدرجة في هذا الدليل، الرجاء التحقق من داعم الرعاية الصحية للمرضى (PCA) الخاص بك لتأكيد التغطية. هناك بعض الخدمات غير مدرجة ضمن تغطية Progyny؛ غير أنه يمكن تقديمها عبر خطتك الطبية.

#### حقوقك في متابعة تغطيتك:

هناك وكالات بإمكانها المساعدة في حال رغبت في متابعة تغطيتك عقب انتهائها. وفيما يلي بيانات التواصل مع تلك الوكالات: Healthcare.gov: بادر بزيارة www.HealthCare.gov أو اتصل بالرقم 1-800-318-2596 أو متجر الولاية للتأمين الصحي أو SHOP. كما قد تُتاح خيارات تغطية أخرى بما فيها شراء تأمين فردي عبر متجر التأمين الصحي. لمزيد من المعلومات حول المتجر "Marketplace"، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.HealthCare.gov أو اتصل بالرقم 1-800-318-2596.

#### حقوقك في رفع الشكاوى وتقديم الالتماسات:

هناك وكالات يمكنها مساعدتك في حال رغبت في رفع دعوى ضد خطتك حال رفض مطالبة ما. تُسمى هذه الدعوى بالشكاوى أو الالتماس. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، اطلعي على شرح المزايا التي ستلتقيها بخصوص هذه المطالبة الطبية. كما توفر مستندات خطتك معلومات وافية حول كيفية تقديم دعوى أو التماس أو شكوى لأي سبب إلى خطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، أو هذا الإخطار أو للحصول على المساعدة، انتقلي إلى [www.dol.gov/ebsa/healthreform](https://www.dol.gov/ebsa/healthreform) و <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

#### هل توفر هذه الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ لا ينطبق.

عادة ما يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية خطأً وتأميناً صحياً متاحاً عبر المتجر أو وثائق فردية أخرى في السوق، وMedicare، Medicaid، وCHIP، وTRICARE، وغير ذلك من التغطيات. في حال تأهلت للحصول على أنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تأهل للحصول على الائتمان الضريبي للأقساط.

#### هل تلبّي هذه الخطة معايير القيمة الأدنى؟ لا ينطبق.

لو لم تلبّ خطتك معايير القيمة الأدنى، فقد تأهل للحصول على ائتمان ضريبي للأقساط لمساعدتك على دفع تكاليف الخطة من خلال المتجر.



تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# ملخص المزايا والتغطية

شرح مفصل لخطتك وأمثلة لمساعدتك على فهم  
التكاليف التي قد تدفعها مقابل الخدمات المختلفة.

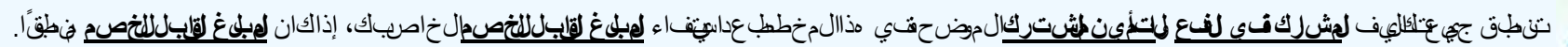


لنك غطي قل:- ل موظف فقط؛ ل موظف + ل بحلة إنوع ل خطة: POS

سيسى اعدلهم يتند لميخص لمزاي الويك عي (SBC) هبيختي اار خط تصحي قي ووض حل لهم يتند SBC ييفيت تش اركنات ول خط كلفه خدمات لر عي قلاصحي ة لهمش دول قليك غطي. ال حطة بسبق دمم عل و مات حول كلفة هذه ل حطة بنغر فبلسم قيس طيش كل من فصل. هذا مجرد لميخص لمزدي من ال عل و مات حولت غطيك، أول حصول لوي ن س خة من مص ط حات الت غطي قاك امله ة ففضل لبي ارة [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) أو الاتصال لوى ل ارقم 1-800-370-4526 ال حصول لوي ت عريفات عل املف مص ط ح اتل شلعة، نبال ال بي غلهمش مو ح به أوفتر ة لل صي د أل ت أي نال مثر ك أو لبي غلهمش ارك في ل ف ع أو ال بي ش قبال ل خصم أو قي دمل خدمة أو مص ط حات مئ طرة أخرى، راجع مس رد للمص ط حات لبي لئك الاطلاع لوى مس رد للمص ط حات عل <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> أو الاتصال لوى ل ارقم 1-800-370-4526 ل طلب بس خة.



الأسئلة ل م مهمة	الإجابات	الأسباب التي تجعل هذا الأمر مهمًا:
ما هو إجمالي المبلغ القابل للخصم؟	\$0. خراج لشيك للفرد \$500 / الفئلة \$1,000.	تشكل عامي جب أن دفع عتقائي فمدى ال خدم ات تحت تصرف لي لا بل على قبال الخصم قبل بدء الخططي للفد. إذا انزل في كفرد آخرون من الفائل في ال خطة في جب لنفي كفرد من الفائل بال بل على قبال الخصم لفرد خصتي حت تصل إجملي بل غالفنق اقل قبائل الخصم الذي يفعه جي ع فلر الفائل إلى إجملي بل على قبال الخصم على.
هل توجد خدمات مثل مول طبي غطي قبل تيفاء لمبلغ قابل للخصم لأصربك؟	نعم، تمت غطية ر على فال طواري والأدي فال مصوف قبل استيفاء بل على قبال الخصم لأصربك.	تغطي مذل خططي عضا عن مصر وال خدم ات تحت تفني حال عدم استيفاء بل على قبال الخصم عدلك نقد بين طبق بل غالمشراك في الفد ألت أين المشتر كلفي سيال المثال تغطي مذل خطة خدم ات ووقتي محدة من دوتق اس ملكف وقبل استيفاء بل على قبال الخصم لأصربك أي لك الا لع نفى قوائم ال خدم ات ووقتي المشمول قبلت غطية نفى <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
هل توجد مبالغ إضافية للخصم أخرى لخدمات محددة؟	لا.	ليس علي كاستيفاء المبيل أو البيل أقل خصم لخدم ات محدده.
ما هو الحد الأقصى للفائدة لخدمة طبية؟	داخل للشيك: الفرد \$800 / الفئلة \$1,600. خراج لشيك: فرد \$800 / الفئلة \$1,600. الأدي فال مصوفة: الفرد \$400 / الفئلة \$800.	حدائق الفاشية موال حدال قصي ال ذي لي لك دفع في ال سن قم قبائل خدم ات المشمول قبلت غطية. إذا كان لي ألفر اع ائله آخري في مذل خطة في جب علي هام استيفاء حدودا لتغالي فالوشية ال خصم بمب ما يصل إلى استيفاء حدائق الفاشية الإجمالي الفائل.
ما الذي يضمنه الحد الأقصى؟	الأقساطورس وفتر ة الص يد والر على للص حقاتي لا تغطي ها مذل خطة وال غرامات الفرض في حال عدم الحصول نفى إن مسبقا لخدم ات.	نفى لرغم من دفع كل هذه النفقات، ال نأ ه لاتخص بعض من حدائق الفاشية.
هل ستفعل مبلغ أقل البنات عن تب قدم خدم اتك بأكبر؟	نعم، لي لك الا لع نفى <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> أو الاتصال نفى الوقم 800-370-4526-لل حصول نفى قوائم قمق دمى ال خدم ات داخل الشيك.	تستند مذل خطة إلى شيك قمق دمى خدم ات وستفع لمبلغ أقل إذا سبت قمق دمى خدم من داخل الشيك ال خطة. إذا سبت قمق دمى خدم من خراج لشيك قمق دمى أكبر وقت سبت فستورة من قدمال خدم تتضم من الفربي زرسوم قدمال خدم ومكلفه خطط كفتر ة الص يد) يرجي ال فهم أن قدمال خدم من داخل الشيك قمق دمى ب قدم خدم من خراج لشيك كمقوفي ب عضا لخدم ات (مثل الفحوصات الم تعبيرة) بتحق من الأمر مع قدمال خدم لكي لك للحصول على ال خدم ات.
هل يحتاج إلى إحالة قارة ليصل؟	لا.	لي لك زيارة الأنضاي ال ذيت يتاره من دون إحالة.



307823-662695-250057





لخدمة طب والشلل ع	لخدمة انثى يقي نحت اجلاي ها	لخدمات لمتابعة عليك	
		قدم خدمة داخل شل بكه (بشفع لمبلغ النل)	قدم خدمة خارج شل بكه (بشفع لمبلغ النل كبر)
لخدمة طب والشلل ع	الادوية ذات الالام انثى جارية غير الفضلة	بالنسبة الى العيش ارك قى الف عا وصف قال طبيه، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم: بليغ \$50 المداد لمدة 30 يومًا، وبليغ \$100 المداد لمدة 60 يومًا، وبليغ \$150 المداد لمدة 90 يومًا (البيغ لث جنة)، وبليغ \$100 المداد لمدة 31 الى 90 يومًا (الاطلب بصر المريدي)، وللاشولين: بليغ \$25 ليش ارك قى الف عا وصف قال طبيه	بالنسبة الى العيش ارك قى الف عا وصف قال طبيه، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم: بليغ \$55 المداد لمدة 30 يومًا، وبليغ \$110 المداد لمدة 60 يومًا، وبليغ \$165 المداد لمدة 90 يومًا (البيغ لث جنة)، وللاشولين بليغ \$35 الليش ارك قى الف عا وصف الطبيه
		الليش ارك قى في طبقه كدما مو موضح اعلاه الادوية التي تحسنه او ذات الالام تجارية	تصرف الالبي في طبقه كدما مو موضح اعلاه الادوية التي تحسنه او ذات الالام تجارية
إذا كنت لايك جراحة خارج لخدمة شفى	رسوم الالبي في مركز جراحات لسامح قبله جول	لا توجد رسوم	لا يوجد
	رسوم الالبي بال جراح	بليغ \$50 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم	بليغ \$50 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم
إذا كنت لايك ربي بي قوي	رعيه غف قال طواري	بليغ \$200 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم	بليغ \$200 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم
	الليش ارك قى لالال طواريه	بليغ \$200 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم	بليغ \$200 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم
لرعيه قال لجله	لا توجد رسوم	بليغ \$15 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم	بليغ \$15 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم
	لا توجد رسوم	بليغ \$15 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم	بليغ \$15 ليش ارك قى الف عا لزيارة، لا ينطبق الالبي في قبيل الخصم



لخدمات طب و الأسنان	لخدمات لمتابعة عيالك		لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها	قايود والاستثناءات والمواعيد لخدمة الأخرى
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك		
لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك
	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك	لخدمات لمتابعة عيالك

لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها ولخدمات الأخرى لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها:

لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها ولخدمات الأخرى لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها:		
لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها	لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها	لخدمات التثقيف ونصائح لاجلها



لخدمات الأخرى لمشمول عليك غليظة في تطبيق قولي ود على هذه لخدمات ف هذا ليس تلقى مة كالهة بي رجي الا ال عمل ممس تند ل خطة قولي ك.

- ال جليل وخزب الير - 20 زي ار قلن مقوي في كل ال جال مرض
- ال جراح كالهة لية ت غطي مة محدودة، لظرم مقن لسياسة
- جراحة ال جالس في مقص ر على مق دى ال خدمات داخل
- ال ر علي فال روي في اقل عي نل (ليل غين) ف حص عي ن ريني واحد 12ش مرًا.
- أ ورقم الاصل ال في نطاق قع فيك (ID).
- الشك:

**يقول لعل ليس تمرار لك غلي** فتوجد وكالات التي لم تتقدي مالمس اعدة إذالتي تسترغب في موطرل ةالتي غطي بق عدد ق ط ه ا. عل ومات النص للبت لك الالات هي:

- لمزيد من العمل ومات حول حقوقك لمطال فالت غطي ة وتوصل م ع ال خطة لغى لارقم 1-800-370-4526.
- إذا كنت الت غطي فالص جي لم ج موع صلتك خص لغى ولون وض مان د ختق اعدال موظف (ERISA) في لمفك ليض الت وتوصل م ع إدار قض مان مز اي ال مو فلي ال لتتبع لغى و ز ار قال عمل لغى لارقم (3272) EBSA-1-866-444 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.

- للخط الطاصحي فالج م عي فال ح ف و ية غير افني درالي ة ي فنيك ي ل ي ض ا النص البوزارة لص حة و ل خدمات الاس ا ية ، مركز ع ل و م ا ل م س ت ه ل ك و ا ل ا ش ر ا ف ل ع ل ط ا ت ا ه ن ل ع ي ا ل و ق م  
www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565

- إذا كنت تستغطي بك هي خط متباعد الفيس، الـتخطى خطط الفيس قبولك طبقا واعد مواعيد تستغطي كـ COBRA الذي درالي. إذا كنت التخطي غرضت أي في جب لى الأفراد النص البنيظم الت أي نال لى م يفي م ليغلب قب عوق مال م عمل في استمر التخطي قبو جب قبول الولى.
- تتكون خيرات التخطي الأخرى متاح لك أيضا أب عطي لكش راء التخطي أيت أي في أفري من خلال س و ل ت أي النص حى لمزيد من العمل ومات ع رال س و ق ي لمفك زيارة [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال بقوى الرقم 1-800-318-2596.

**حقوقي لتظلمات والاعتقافات لحص قبك:** فاك وكالاتي لثقي قديدم المس اعدة اذا كان لي كشكوى ضد خطبك سببوا فاض مطلب قتبس من لطل شكوى ليك تظلم أو الامتن افلزي د من ال عمل ومات عن حقوقك، راج ع شر رح الازا ليا لك تبست لوالعل لك ال مطلب ال طلي قتبور من سن دات خطبك لفض ال عمل ومات الك امله حول العتيق ديم مطلبة أو اسن اف أو تظلم لأي سبب ل خطبك لزي د من ال عمل ومات حول حقوقك أو هذا الإخطار أو المس اعدة توصل ل مع:

- إذا كنت التغطي فالصحي فلم جموعا كنت خضع لـ ERISA في لمفك النص الب- Aetna بمشرة عن طريق النص الب رقم ال ملف ال مجلي ال موجود في طاق متعريف ك ال طبيه (ID) أو عن طريق النص ال بوقم ال عام في 1-800-370-4526 في لمفك أيضا ال توصل مع إدار قضم ان مزاي ال مو ظي ال لتبلغ قلوز ار ال عمل في ال رقم (3272) EBSA-1-866-444 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.

- للخط الصالح عال جماعي عال حكومي غير افي دراليه يلمنك أيضاً الاتصال بالبوزارة الصحة وال خدمات الاسريه، مركز عمل ومات الم ستهلك والإشراف فو طلت أيمن فوحي الوقم  
www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565

- **خزفة إلى لك عي لحن أفس اعدك برن ام جمس اعدلة ملست مل لفستيق دي ماميت افك.** متوفر عل ومات الفصل ثوى:  
<http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

هذه لخطة لحد الآنى من لك نظرية الأساسية من عم.

تمثل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً فحوى الخطط التي تهيئ المصالحات من الأسواق التي تهيئ المصالحات Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وتغطي أخرى معينة. إذ لا تغطي هذه الحد الأدنى من التغطية الأمراض فقد لا تكون مؤلاً الخدمات الصحية على قسط.

ملف في هذه لخط قبلي ير لحد الآن في سنة ٢٠٢٠م.

إِذَا لَمْ تَسْتَغْفِرْ لِحُكْمِكَ عَلَى الْإِنْسَانِ أُولَئِكَ مَا لَكَ مِنَ اللَّهِ أَنْ تَتَكَبَّرَ عَلَيْهِمْ إِنَّكَ أَنْتَ الْعَظِيمُ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ وَإِنْ يَرَوْا كِسْفًا مِنَ السَّمَاءِ سَاقِطَةً فَلَوْ أَنَّ لَكَ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا هُدًى لَعَذَابُكَ أَلَمٌ لَئِيمٌ

الاعلى فيمبئلتوضحي فيستغطي هذهال خطة للتغاي فلن مودجل لال اتال طلي ؁ ل ن ظل ق س م ال تلي



هذه ليس هي درة التغطية، بل الراجح ان موضوع هذه هي مجرد مثال لتغطية مدهال خطه على الالطية بة ست على فستظاها في الغالب على اية اية اذاعى الى الر على فقل على اية انتيتل ق ا ا  
والاى على ال تي فرض ا م ق دم و ال خدم ا تي ك ال و ع د ي د م ال ا و ا م ال ا خ ر ي . ر ك ز ف ي م ب ل ل ت غ ي اس م ال ك ث ف ة ( ا ب ل ل ف ل ل ب ل ل ا ق ل خ س م و ب ل ل غ ل م ش ا ر ك ق ي ل ف ع ل ي ت ا ه ن الم ش ت ر ك )  
وال خدم ا ت الم س ت ث ن ا ق ب م و ج ب ا ل خ ط ة . اس ت خ د م م د ه ا ل ع ل و م ا ت ل م ق ا ر ن ة ج ز ا ل ت ظ ل ي ف ل ت ي ق م ت ف ع م ل ب م و ج ب خ ط ط ص م م م خ ت ف ة ي ر ج ي م ل ا ح ظ ة ا ن م ب ل ل ق ا ل ت غ ط ي ة م ت ف ت ن د ل ل ي  
الت غ ط ي ة ا ل ت ي ق ط .

### كسب سري طعند Mia

(زيارة غرفة الطوارئ داخل المستشفى ورعاية المتابعة)

\$0	مبلغ لقابل الخصم الإجمالي للخطوة
\$15	مبلغ لمشرك في دفع الخصم
\$100	مبلغ لمشرك في دفع للمهتشفى (للمفوق)
\$0	مبلغ لمشرك في دفع الأخرى

شتمل هذا لحدث لم يستخدم لخدمات على خدمات متثل:  
رعاية غرفة الطوارئ بة طي في كالمستلزمات الطبية)  
فحص بالشخصي (الأشعة فسريري)  
المعدات الطبية للممرضة (الغذات)  
خدمات إعادة التأهيل (الجالطي عي)

\$2,800	بكالفة الإجمالي للمثال
	سي هذا المثال، ستففع Mia:
	تقاس مثال كفة
\$0	المبلغ قابل الخصم
\$500	مبلغ لمشرك في دفع
\$0	بأهين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$0	القيود أو الامتناعات
\$500	إجمالي ما ستففعه Mia هو

### إدارة الداخلي سكري من نوع 2 عند Joe

(عام من الرعاية الرويحية داخل المستشفى ليلة بة في هاجيذا)

\$0	مبلغ لقابل الخصم الإجمالي للخطوة
\$15	مبلغ لمشرك في دفع الخصم
\$100	مبلغ لمشرك في دفع للمهتشفى (للمفوق)
\$0	مبلغ لمشرك في دفع الأخرى

شتمل هذا لحدث لم يستخدم لخدمات على خدمات متثل:  
زيارات عيادات دمى الرعاية الأولى بة طي ذلك خدمات  
التقوية قبل مرض  
الفحوصات بالشخصي (فحص الدم)  
الأدوية والوصفة  
لإوزام مرضى السكري (جهاز قياس سكر في الدم)

\$5,600	بكالفة الإجمالي للمثال
	سي هذا المثال، ستففع Joe:
	تقاس مثال كفة
\$0	المبلغ قابل الخصم
\$600	مبلغ لمشرك في دفع
\$0	بأهين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$20	القيود أو الامتناعات
\$620	إجمالي ما ستففعه Joe هو

### Peg مثلد مثلاً

(9 أشهر من الرعاية فسريرية قبل ولادة داخل المستشفى والولادة الفحوصات)

\$0	مبلغ لقابل الخصم الإجمالي للخطوة
\$15	مبلغ لمشرك في دفع الخصم
\$100	مبلغ لمشرك في دفع للمهتشفى (للمفوق)
\$0	مبلغ لمشرك في دفع الأخرى

شتمل هذا لحدث لم يستخدم لخدمات على خدمات متثل:  
زيارات عيادات الأخصائيين (رعاية ما قبل الولادة)  
الخدمات المبهية عن دال ولادة  
خدمات ما قبل ولادة  
الفحوصات بالشخصي (الموجات فوق الصوتية وفحص الدم)  
(زيارة الأخصائي (تخير)

\$12,700	بكالفة الإجمالي للمثال
	سي هذا المثال، ستففع Peg:
	تقاس مثال كفة
\$0	المبلغ قابل الخصم
\$200	مبلغ لمشرك في دفع
\$0	بأهين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$60	القيود أو الامتناعات
\$260	إجمالي ما ستففعه Peg هو

ملاحظة: يفترض هذه الأرقام أن الوريض اليش ارلفي برن امج الصح طلب لول خطة. إذا لقيت تشا رلفي برن امج الصح طلب لول خطة فف ستكون ادرا فوى ففص لتكافيف لخص بة ك. لدم يري من  
الخدمات عن برن امج الصح يري جى النص الب: 1-800-370-4526.

ستكون ال خطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى لخدمات المشمول قبلت غطية ال و ا ر د ق ي م د ه ل ل ل ل ل .

## اقتني خدمة لمساعدتك

قد لايتمكن الأشخاص الذين يستخدمون التقني المساعدة من الوصول الكامل للخدمات التلوي للمساعدة يرجى الاتصال برقم 1-800-370-4526.

## لنقل ذلك إلى جهازك لوجي

لعرض المميزات من هذا ذلك أو جهازك لوجي على هاتفك لوجي WinZip المجاني. يمكنك أن تجد App Store.

## عدلتك في

تتمثل Aetna في توفير الحقوق المدنية في الرعاية الصحية لمولديها المتقاربين بضرورة غير قابل للرد أو لتسبب عدا الناس أو عملهم بطرق مختلفة قبالة الحقوق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو أي خاصية أخرى أو التمييز الجنسي.

نوفر الخدمات لمساعدتك في الحصول على الخدمات التي تحتاجها إلى المساعدة في دفعها.

إذا اضطررت إلى تقديم معلومات أو معلومات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى فستحصل على المعلومات الموجودة في بطاقة تعريفك (ID).

إذا كنت تتوقع أن أتمكن من تحقيق ذلك من خلال خدمات أوقم بها في هذا المجال أو أي أسس أخرى محمية من هذه الحالة هي أن يكون لديك الحق في عدم الظلم إلى نفس الحقوق المدنية عن طريق التوصل مع:

Civil Rights Coordinator,

,P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

,1-800-648-7817, TTY: 711

فكس: [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com), 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705).

في أن يكون لديك الحق في المشاركة في صنع القرار في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، لتجنب أي تشكك أو أي الحقوق المدنية المتاحة في

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, واشنطن، أو في: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Washington, DC 20201، أو في الرقم 1-800-368-1019، أو 800-537-7697 (TDD).

Aetna هي شركة لتجارية لم يتم خدمتها في خدمات الرعاية من قبل واحدة أو أكثر من مجموعة لشركات لمصر قبـ Aetna بمفدي لك Aetna Life Insurance Company وشركته لتبذل (Aetna).

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ဘာသာစကားဝန်ဆောင်ခွင့်ရရှိလိုပါက 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	Ⴄႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ Ⴑႃ႗ႃ႗ႃ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.



Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksasyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လာတိကမ္းနီကိၣ်အတိမ္းစာအတိမ္းတံးတိမ္းတဖၣ်လာတအိၣ်ဒီးအပူလာကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi m̈wú n̈ ní Pídyi ní, níí, d̈á nòbà n̈ià k̈e: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەستگیراگیشتن به خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शक्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesia-	
Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weër de thokic ke cîn wëu kor keek tënɔŋ yîn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djei wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܝܠܚܝܩܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau ‘oku ke fiema’u ta’etōtōngi ‘a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wonú awon isẹ èdè l’ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.



Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Coverage for: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum Health Reimbursement Arrangement**

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. This is only a summary. For more information about your coverage, please contact your dedicated Progyny Pregnancy & Postpartum coach or your Progyny Fertility Patient Care Advocate (PCA) at (833) 233-0517.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Individual \$0 Family \$0	There is no deductible with your Progyny plans.
Do I have a copayment?	No.	There is no copayment with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Do I have coinsurance	No.	There is no coinsurance with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will not pay an out-of-pocket for your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum services. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
Are there other deductibles for specific services?	No.	There is no deductible required for the Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum HRA plans. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Individual \$0 / Family \$0	There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.
Will you pay less if you use a network provider?	Not applicable.	Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.

**Excluded Services & Other Covered Services:**

Exclusions include home ovulation prediction kits, services and supplies furnished by an out-of-network provider, and treatments considered experimental by the American Society of Reproductive Medicine. All charges associated with services for a gestational carrier, including but not limited to fees for laboratory tests, are not covered. If your doctor requests services that are not listed in this guide, please check with your PCA to confirm coverage. There are some services that do not fall under Progyny's coverage; however, they may be provided through your medical plan.

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Healthcare.gov: [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318-2596 or state health insurance marketplace or SHOP. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318- 2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, go to [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) and <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.**

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Not Applicable.**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).



# موارد الخطة

خدمة عملاء المزايا الصحية		MAGNACARE™
الهاتف	1-877-606-6705 (مواعيد العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 6 مساءً من الاثنين إلى الجمعة)	
البريد الإلكتروني	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	
حساب المزايا الصحية	myseiu.be/magnacare	

Aetna		aetna®
خدمات الأعضاء	1-855-736-9469	aetna.com
خدمات الصحة العقلية	1-800-424-4047	aetna.com
الخط الهاتفي لاستدعاء الممرضات على مدار 24 ساعة	1-800-556-1555	aetna.com
البحث عن PCP الصحيح	1-888-982-3862	aetna.com
المساعدة اللغوية للأعضاء	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language

طب الأسنان		
Delta Dental	1-800-554-1907	deltadentalwa.com
Willamette Dental	1-855-433-6825	myseiu.be/oe-willamette

المزايا الأخرى		
EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

## احصل على الدعم بلغتك

اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-606-6705 أو عبر البريد الإلكتروني SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. سيتم توصيلك بممثل خدمة العملاء الذي يتحدث بلغتك ويمكنه الإجابة عن استفساراتك حول عملية التقديم للحصول على المزايا الخاصة بك وعملية إدارتها. بمجرد أن يتم تسجيلك في تغطية الرعاية الصحية، سيتوفر الدعم اللغوي من خلال خطتك الصحية.