



Dora P.
Cuidadora, Tacoma

2025-2026

Guía de cobertura de atención médica

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

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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតាមភាសាប្រសើរ។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

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

3 Datos más destacados del plan médico

- 3 Opciones y costos de la cobertura
- 4 Beneficios nuevos y mejorados
- 4 Datos más destacados de los beneficios
- 6 Opciones de cobertura dental

7 Cuenta de beneficios de salud

Solicite o actualice fácilmente la cobertura o gestione los beneficios en línea.

8 Preguntas frecuentes sobre la cobertura

- 8 Elegibilidad
- 8 Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)
- 8 Cuándo y cómo solicitarla
- 9 Cuándo comienza la cobertura
- 9 Coprima mensual
- 9 Cómo finalizar la cobertura

10 Cómo conservar la cobertura

11 Soporte sobre los beneficios de salud

Deborah necesitaba una operación a corazón abierto que sin cobertura le habría costado cientos de miles de dólares. Menos preocupada por los costos, dice: "Pude centrarme en mí misma y en mi recuperación".

Deborah M.
Cuidadora, Vancouver



Beneficios de bienestar



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 trabajo y mejorar su calidad de vida.



Caregiver Kicks: Zapatos gratis para cuidadores

¡Obtenga gratis un par cada año! Los Caregiver Kicks son zapatos antideslizantes, diseñados para mantenerlo más seguro y cómodo en el trabajo y están disponibles en más de 90 estilos, desde Reebok (ribuk) hasta Skechers (squéchers). myseiu.be/kicks



Beneficios de autocuidado

Muchas veces los cuidadores dan prioridad a los demás, pero el autocuidado también es importante. Existen muchos beneficios gratis y a bajo costo para los cuidadores que pueden ayudar a abordar el estrés, la ansiedad y la depresión. myseiu.be/self-care

Más beneficios para el cuidador



Obtenga más información sobre los beneficios de jubilación, aprendizaje y ofertas de empleo para cuidadores y cómo acceder a ellos en seiu775benefitsgroup.com.

Guía paso por paso para solicitar cobertura

“El proceso de inscripción fue muy sencillo. Simplemente revisé el folleto y marqué las cosas que eran importantes para mí. Hacerlo en línea resultó fácil”.

Acacia V., Cuidadora

1 Conozca sobre su cobertura

- Explore en esta guía sus opciones de cobertura y los datos más destacados sobre los beneficios.
- Verifique los detalles de elegibilidad en la página 8 para comprobar si cumple con los requisitos.
- Revise el folleto con los detalles del plan para comprender los costos por cuenta propia de su plan por prescripciones, tratamientos y servicios.
- Seleccione una opción de cobertura y un plan dental.

2 Prepare su solicitud

- Reúna su información. Necesitará su número de seguridad social y el nombre del empleador para presentar la solicitud.
- **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Reúna sus documentos de verificación del dependiente. Consulte la lista de documentos aceptados y las instrucciones en myseiu.be/cfk.

3 Cree una cuenta de beneficios de salud

- Visite myseiu.be/hba para aprender cómo crear una cuenta. Una vez que tenga una cuenta, puede iniciar sesión en cualquier momento en myseiu.be/magnacare.

4 Presente su solicitud

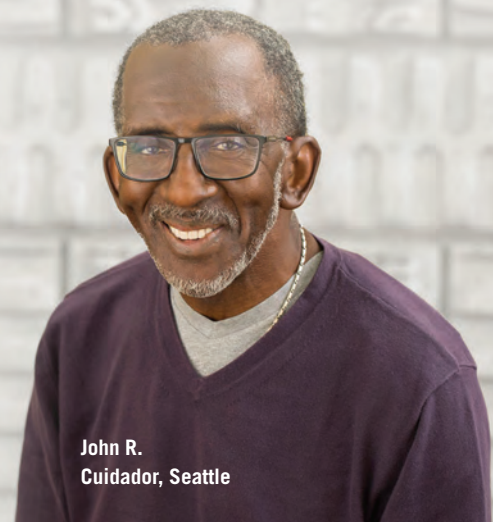
- Complete una solicitud antes de la fecha límite en myseiu.be/magnacare. En la página 8 podrá obtener más información sobre las fechas límite y la forma de presentar la solicitud por correo postal.
- **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Presente los documentos de verificación del dependiente cuando presente la solicitud. Aprenda cómo presentar sus documentos en myseiu.be/cfk.

5 Reciba notificaciones sobre su solicitud

- Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico o a través de su cuenta de beneficios de salud dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

Llame a la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al: 1-877-606-6705

Obtenga ayuda con las preguntas que tenga sobre la cobertura, la elegibilidad y la solicitud.



John R.
Cuidador, Seattle

Opciones del plan de cobertura de atención médica

Adquiera cobertura de atención médica de alta calidad desde solo \$25 al mes. Puede elegir cubrirse únicamente usted o incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) para sus hijos dependientes.

Después de tener a su segundo hijo, Dani inscribió a ambos niños en Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), y elogió las “excelentes tarifas” que ayudan a su familia a ahorrar mensualmente.

Dani R.
Cuidadora, Asotin



Opción 1



**Cobertura individual
médica y dental**

\$25 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted por solo \$25 al mes.

Coprima mensual: la cantidad que paga cada mes por su cobertura médica, consulte la página 9 para obtener más detalles.

Elegibilidad

Trabajar 80 horas o más al mes.

Opción 2



**Cobertura individual
+ Coverage for Kids
(cobertura para sus
hijos) médica y dental**

\$125 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más sus hijos, por solo \$125 al mes.

El costo es el mismo, sin importar cuántos niños inscriba

Puede inscribir a los hijos dependientes elegibles hasta que cumplan 26 años, ya sean biológicos, adoptados, hijastros o hijos de parejas de hecho.

Los miembros del POS de KPWA deben cambiar de plan para incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).

Elegibilidad

Trabajar 120 horas o más al mes.

Opción 3



**Cobertura individual
+ Coverage for Kids
(cobertura para sus
hijos) dental únicamente**

\$35 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más cobertura dental para sus hijos, por solo \$35 al mes.

2025

Beneficios nuevos y mejorados

Confiabilidad de la cobertura

Ahora, los cuidadores reciben 2 créditos de Confiabilidad de la cobertura por año. Cada crédito extiende la cobertura médica durante 1 mes si usted no cumple con las horas de trabajo requeridas y le proporciona cobertura continua a usted y a sus dependientes.

Beneficio de Progyny por adopción

Obtenga hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio¹).

¹ La cantidad máxima cubierta para gastos relacionados con la adopción durante el tiempo que esté afiliado al plan.

Reducción de los costos de medicamentos con prescripción

Reducción de los costos de los inhaladores de marcas no preferidas, los EpiPens y los medicamentos y terapias contra el VIH posteriores a la exposición.

Beneficios de atención para afirmación de género

Ahora todos los planes cubren una variedad de procedimientos y terapias.

Los cuidadores merecen tener acceso a una atención médica confiable y de alta calidad que les permita centrarse en brindar una atención excepcional, sin el estrés que supone gestionar sus beneficios. Estas últimas mejoras reflejan nuestro compromiso continuo de ofrecer una cobertura que realmente apoye la experiencia del cuidador.

Merissa Clyde
CEO,
SEIU 775
Benefits Group



Aspectos destacados de los beneficios de la cobertura

El plan médico disponible para usted se basa en el código postal de su hogar. El plan que se le asignó ofrece diversas formas de apoyar su salud y bienestar. La cobertura incluye los siguientes beneficios:

- ✓ Atención médica
- ✓ Cuidado preventivo
- ✓ Dental y de ortodoncia
- ✓ De suministro de medicamentos con prescripción
- ✓ De salud mental
- ✓ De atención visual
- ✓ De atención auditiva
- ✓ Beneficios de salud reproductiva y para la formación de familia
- ✓ De atención para afirmación de género
- ✓ Masaje y quiropráctica
- ✓ Fisioterapia

Consultas de atención primaria gratis

La consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) no tiene ningún costo*. Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar y cuando esté enfermo. Su cobertura también incluye opciones de atención virtual, de modo que puede 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.

Atención médica de emergencia y de urgencias

Su plan cubre la atención de urgencias y las visitas a la sala de emergencias. La atención de urgencias es una opción de bajo costo para problemas que no sean de emergencia, como lesiones leves o síntomas de gripe, cuando su médico no está disponible. Las visitas a la sala de emergencias tienen un copago de \$200 y deben utilizarse para afecciones graves como dolor en el pecho, dificultad para respirar o lesiones graves.

Se puede aplicar un deducible o copago.

Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Tiene acceso a una amplia variedad de medicamentos con prescripción médica (Rx) a un costo mínimo o gratuito, dependiendo del nivel de medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente tienen el copago más bajo, mientras que los medicamentos de marca y especiales pueden tener un mayor costo. También están disponibles las opciones de pedido por correo, que le permiten recibir un suministro de 90 días de medicamentos entregados en su hogar.

Beneficios de salud mental

Su salud emocional y mental es tan importante como su salud física. Su cobertura incluye apoyo profesional, medicamentos, terapia grupal y cuidados alternativos, así como acceso a aplicaciones de autocuidado y otros programas y recursos.

Beneficios de atención visual

Su cobertura proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular cada 12 meses gratis y \$600 cada 12 meses para dispositivos de visión (como lentes, monturas y lentes de contacto).

Beneficios de atención auditiva

A través de EPIC Hearing, usted y sus hijos pueden obtener un examen auditivo anual sin costo, con consulta incluida, realizado por un proveedor en la red. Además de hasta \$3,000 en dispositivos auditivos con garantía extendida por oído cada 36 meses.



"En una ocasión, estuve muy enferma y permanecí 45 días en el hospital. Gracias a que tengo cobertura médica, solo tuve que pagar un poco y el seguro pagó la mayor parte. Es por eso que es realmente importante tener cobertura".

Amy L.
Cuidadora, Seattle

Asesoría y programas de bienestar

Los beneficios y la asesoría de bienestar pueden ayudarlo a tratar afecciones crónicas como la diabetes o la presión arterial elevada, además de mejorar su salud física. Su plan incluye:

- Asesoría individual de bienestar, con orientación personalizada para alcanzar sus objetivos.
- Apoyo de un equipo de atención para ayudarlo a controlar su afección.
- Programas y aplicaciones para una gestión y un seguimiento sencillos.

Masaje y quiropráctica

Los dolores musculares y articulares pueden tratarse y prevenirse con fisioterapia, masajes, quiropráctica, acupuntura y programas virtuales de bienestar a bajo costo.

Consulte los detalles de su plan para conocer los límites de visitas o los requisitos de remisión y confirme con su proveedor si acepta su seguro al programar una cita.

Beneficios de salud reproductiva y para la formación de 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. Obtenga cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo personalizado por parte de los defensores de la atención al paciente (PCA) y atención en persona o de forma virtual. Ahora puede obtener hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio).



Consulte el folleto con los detalles del plan para ver la lista completa de beneficios.

El folleto con los detalles del plan proporciona un desglose completo de sus planes médico y dental, incluidos los costos por cuenta propia y la cobertura de medicamentos con prescripción, consultas y tratamientos.

Plan dental

El plan dental está incluido en su cobertura de atención médica. Seleccione el plan que más le convenga.

Utilice el cuadro para comparar planes y revisar los posibles costos por cuenta propia de los servicios más comunes que aparecen en el folleto con los detalles del plan.

Si ya está inscrito en una cobertura y desea cambiar su plan dental, puede hacerlo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica).



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
Beneficio máximo anual	\$5,000	Ninguno
Deducible	\$0	\$0
Exámenes de rutina	Cubiertos completamente	Cubiertos completamente
Beneficios de ortodoncia	Sí	Sí
Red de proveedores	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.
Encuentre un dentista cerca de usted	Visite deltadentalwa.com/fad/search y seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda.	Visite locations.willamettedental.com e ingrese su código postal en la barra de búsqueda.
Si tiene preguntas o necesita más información	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



Solicitar cobertura en línea



Aprenda cómo crear una cuenta en myseiu.be/hba

Las cuentas están disponibles actualmente en inglés. Si necesita ayuda para crear una cuenta o apoyo con respecto al idioma, llame al **1-877-606-6705**.

MagnaCare, el administrador de sus beneficios de salud, gestiona su cuenta en línea.

Además de poder solicitar cobertura de atención médica o de realizar cambios, puede pagar coprimas, consultar el historial de pagos, acceder a los documentos del plan e inscribirse para recibir comunicaciones por correo electrónico.



Verifique su elegibilidad

Consulte sus horas de trabajo y su elegibilidad para la cobertura y otros beneficios de bienestar como Caregiver Kicks.



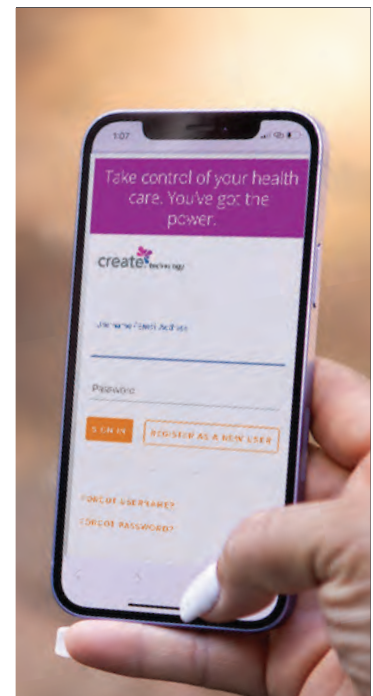
Solicite o actualice la cobertura

Acceda a su cuenta para solicitar cobertura en línea fácilmente o realizar cambios en la cobertura actual.



Reciba apoyo por chat en vivo

La línea de servicio al cliente de beneficios de salud le ayudará a resolver sus preguntas sobre la solicitud, la elegibilidad y más.



Preguntas frecuentes sobre la cobertura de atención médica

¿Cómo puedo ser elegible para adquirir la cobertura individual?

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

¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Solicite o realice cambios en línea en myseiu.be/magnacare.

Si recibe una solicitud de beneficios de salud, puede enviarla por correo postal o por fax a la dirección o al número de fax que figuran en la solicitud. Es necesario pagar los costos de envío de EE. UU.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico o a través de su cuenta de beneficios de salud dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Hay 3 ocasiones en las que puede solicitar la cobertura:

1. Elegibilidad inicial: Dentro de los 60 días a partir de la fecha indicada en su material de inscripción por nueva elegibilidad. La elegibilidad inicial es el momento en que se vuelve elegible por primera vez.

2. Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Del 1.º al 20 de julio de cada año. Si ya está inscrito, su cobertura se renueva automáticamente, por lo que no necesita hacer nada, salvo que desee realizar cambios.

3. Evento de admisibilidad en su vida (QLE): Dentro de los 30 días a partir de un QLE que cambie sus necesidades de seguro médico. Algunos ejemplos de QLE incluyen la adopción de un bebé, la pérdida de cobertura de atención médica o divorciarse. Para obtener más información, visite myseiu.be/qle.

¿Aún no es elegible?

Aún puede presentar su solicitud durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), del 1.º al 20 de julio.

Complete una Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud)* y su cobertura individual comenzará cuando trabaje 80 horas o más al mes. Si desea incluir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), la cobertura de dependientes comienza cuando usted trabaja más de 120 horas al mes.

*Si actualmente no trabaja más de 80 horas al mes, no puede completar la solicitud en línea. Envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com para solicitar una copia del formulario de solicitud.

¿Cómo puedo ser elegible para Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

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

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

Puede agregar a los hijos elegibles hasta que cumplan 26 años. Los hijos dependientes elegibles son: hijos biológicos o adoptados, hijastros e hijos de su pareja de hecho.

Los niños se inscriben en el mismo plan que usted y solo los puede inscribir un cuidador. La cobertura puede coordinarse con planes externos. Para obtener más información, llame al 1-877-606-6705.

¿Cómo puedo incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

1. Complete la sección Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) de la solicitud.

2. Elija una opción de la cobertura, médica y dental o únicamente dental.

3. Presente su (sus) documento(s) de verificación del dependiente con su solicitud o dentro de los 60 días a partir de la solicitud**. Algunos ejemplos de documentos aceptados son copias de certificados de nacimiento emitidos por el gobierno y declaraciones de impuestos en las que figuran los dependientes que desea incluir en su cobertura.

****La verificación del dependiente es necesaria al inscribir a los niños por primera vez. No es necesario volver a presentar los documentos verificados anteriormente, salvo que se soliciten.**



Visite myseiu.be/cfk para obtener información detallada sobre:

- Cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).
- A quién puede incluir a la cobertura.
- Una lista de los documentos de verificación aceptados.
- Cómo presentar sus documentos.



¿Cuándo comenzará la cobertura?

Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Presente las solicitudes o realice cambios antes del 20 de julio para recibir cobertura a partir del 1.º de agosto.

Elegibilidad inicial y eventos de admisibilidad en su vida: La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la recepción y procesamiento de su solicitud, lo que tarda unas 2 semanas. Por ejemplo, si recibimos su solicitud completa:

- antes del 15 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de abril.
- entre el 16 y el 31 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de mayo.

La **Coverage for Kids** (cobertura para sus hijos) no puede comenzar hasta que se haya recibido y procesado la verificación del dependiente.

¿Qué pasa si quiero finalizar mi cobertura?

Si desea finalizar su cobertura o la de sus hijos, envíe un Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura). La suspensión recibida:

- antes del día 15, finaliza la cobertura el primer día del mes siguiente.
- después del día 15, finaliza la cobertura el primer día del segundo mes.

Importante: Puede volver a inscribirse solo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o después de un evento de admisibilidad en su vida. Las suspensiones recibidas antes del 1.º de julio del año actual se restablecen durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). Si tuvo cobertura en los últimos 12 meses, se le volverá a inscribir automáticamente salvo que presente un nuevo Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura).

¿Cómo puedo pagar 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 de beneficios de salud en línea.

Si usted es un proveedor individual (IP) de CDWA, su primer pago mensual será un pago por cuenta propia.

¿Qué pasa si pierdo la cobertura?

Recibirá información sobre la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), administrada por Ameriflex (1-877-606-6705). La ley COBRA les permite a los cuidadores y a sus hijos mantener la cobertura a cambio de un pago mensual.

Si deja de brindar cuidados y necesita una cobertura a largo plazo, verifique su elegibilidad a través de Washington Apple Health de manera gratuita o explore otras opciones en wahealthplanfinder.org.

¿Cómo las horas que trabajo pueden afectar mi cobertura?

Una vez se inscriba en la cobertura, las horas que trabaje en un mes determinarán su estado de cobertura 2 meses después. Ejemplo: Las horas de enero determinan la cobertura en marzo.

Las horas remuneradas que trabaje en el mes de:	Mes de trabajo	Mes de cobertura	Determinan la cobertura en el mes de:
	ENERO	→ MARZO	
	FEBRERO	→ ABRIL	
	MARZO	→ MAYO	
	ABRIL	→ JUNIO	
	MAYO	→ JULIO	
	JUNIO	→ AGOSTO	
	JULIO	→ SEPTIEMBRE	
	AGOSTO	→ OCTUBRE	
	SEPTIEMBRE	→ NOVIEMBRE	
	OCTUBRE	→ DICIEMBRE	
	NOVIEMBRE	→ ENERO	
	DICIEMBRE	→ FEBRERO	

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/carina.





Conservar su cobertura de atención médica

Una vez que tenga cobertura, debe hacer lo siguiente para seguir contando con cobertura de atención médica.

! Trabajar las horas requeridas

Cobertura individual: Debe trabajar 80 horas remuneradas o más al mes para conservar su cobertura. **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Debe trabajar 120 horas remuneradas o más al mes para conservar su cobertura de dependientes.

Si no alcanza las 120 horas pero sigue superando las 80 horas, perderá la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) pero conservará su propia cobertura.

! Informar sus horas a tiempo

Perderá su cobertura si no informa las horas de trabajo a tiempo.

Debe registrar las horas atrasadas o realizar ajustes con su empleador en un plazo de 60 días a partir del mes trabajado.

! Realizar el pago mensual completo correspondiente a la coprima

Consulte la página anterior para obtener más información.

Obtenga más información sobre cómo conservar su cobertura en myseiu.be/maintain

Vea ejemplos de lo que pasa cuando no puede trabajar las horas requeridas con y sin créditos de Confiabilidad de la cobertura.

Confiabilidad de la cobertura

Los horarios imprevisibles pueden hacer que sea complicado cumplir las horas de trabajo requeridas. El beneficio de Confiabilidad de la cobertura le ayuda a garantizar que siga contando con cobertura de atención médica, incluso cuando no pueda trabajar según lo previsto.

Cómo funciona la Confiabilidad de la cobertura:

- **Obtendrá 2 créditos por año de cobertura** (agosto-julio).
- Cada crédito **extiende la cobertura durante 1 mes** si no cumple con las horas de trabajo requeridas. Un crédito cubre tanto su cobertura como la de sus dependientes.
- **Los créditos se aplican automáticamente**, no necesita hacer nada.
- Puede **consultar el saldo de su crédito** en cualquier momento si inicia sesión en su cuenta de beneficios de salud.

Preguntas frecuentes:

¿Cuándo se restablecen mis créditos?

Los 2 créditos se restablecen el 1.º de agosto de cada año y están disponibles desde el momento en que se inscribe.

¿Los créditos no utilizados se transfieren al año siguiente?

No. El 1.º de agosto de cada año recibe 2 nuevos créditos. Los créditos no utilizados no se renuevan.

¿Puedo usar mis créditos durante meses consecutivos?

No, no puede utilizar créditos durante 2 meses seguidos.

¿Qué pasa si trabajo suficientes horas para la cobertura individual, pero no las suficientes para la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

En este caso, se aplicará 1 crédito para extender la cobertura de sus hijos durante ese mes.

¿Sigo pagando la coprima mensual si utilizo un crédito?

Sí, usted sigue siendo responsable de su coprima ese mes. Consulte la página 9 para obtener más información sobre las coprimas.

BENEFICIOS DE SALUD

Línea de servicio al cliente

Obtenga ayuda con las preguntas que tenga sobre la cobertura, la elegibilidad, la manera de realizar la solicitud, y mucho más.

La línea de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

1-877-606-6705

Tiene a su disposición apoyo con respecto al idioma.

Reciba apoyo por chat en vivo

Inicie sesión en myseiu.be/magnacare para recibir apoyo por chat.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

¿No puede comunicarse con la línea de servicio al cliente en horario laboral? Envíe un correo electrónico y reciba una respuesta en los próximos 2 días hábiles.



Recursos adicionales

Términos de uso común en el campo de seguros

Comprenda mejor su cobertura aprendiendo las definiciones de los términos más comunes relacionados con el seguro médico.

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Aprenda cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) y cuáles son los documentos necesarios para completar su solicitud.

myseiu.be/cfk

Utilice su cobertura

Obtenga consejos sobre cómo aprovechar al máximo sus beneficios para apoyar su bienestar una vez que esté cubierto.

myseiu.be/covered



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Folleto con los detalles del plan

Este folleto incluye documentos importantes para ayudarlo a comprender su cobertura de atención médica:

Resumen de Modificaciones al Material (SMM):

Enumere todas las actualizaciones o cambios realizados en su plan a partir del 1.º de agosto del 2025.

Panorama del plan médico y dental:

Una descripción general rápida y fácil de leer de sus beneficios para su plan médico y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Una explicación detallada de su plan, incluyendo:

- Cómo se cubren las necesidades médicas comunes y los medicamentos con prescripción (como consultas con el médico, análisis de laboratorio, cuidados de la diabetes, etc.).
- Lo que usted paga y lo que paga el plan (deducibles, copagos, coaseguro).
- Lo que está incluido y lo que no (limitaciones o exclusiones de la cobertura).

Recursos del plan:

Números de contacto y sitios web que puede utilizar una vez que se inscriba.

Usted es elegible para el plan médico de Aetna. Este plan tendrá vigencia desde el 1.º de agosto del 2025 hasta el 31 de julio del 2026.

Para obtener más información sobre el SBC, SMM u otras preguntas relacionadas con la cobertura, comuníquese con la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al:

1-877-606-6705

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
hora del Pacífico

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
Cuidadora, Seattle



Resumen de Modificaciones al Material

de la cobertura del seguro médico proporcionada a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust para los proveedores individuales (IP) y los proveedores de una agencia (AP) de Consumer Direct Care Network Washington (CDWA)

Este Resumen de Modificaciones al Material (“SMM”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2025.

A partir del 1.º de agosto del 2025, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los PI deben tener en cuenta las siguientes mejoras en los beneficios:

La **Confiabilidad de la cobertura** ofrece a los cuidadores 2 créditos por año. Cada crédito extiende la cobertura médica durante 1 mes si usted no cumple con las horas de trabajo requeridas y le proporciona cobertura continua a usted y a sus dependientes.

Un beneficio vitalicio por adopción de \$15,000 ofrecido por Progyny.

Reducción en los costos compartidos de los medicamentos con prescripción para:

- Inhaladores y EpiPen.
- 1 régimen de medicamentos y terapias posteriores a la exposición al VIH se reducirá a \$0.

Si está inscrito en la cobertura de Aetna, ahora puede acceder a una atención para afirmación de género ampliada:

- Se eliminan los requisitos de documentación de necesidad médica de segundo nivel.
- Ahora están disponibles la terapia de modificación de la voz y los procedimientos de remodelación corporal.

Para obtener más información sobre estos cambios, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del Pacífico, o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Panorama del plan médico y dental

Una descripción general rápida y fácil de leer de su plan médico
y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.



Alyssa E.
Cuidadora, Mount Vernon



SEIU 775
BENEFITS GROUP

aetna®

Panorama del plan
autoasegurado de Aetna

Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2025

Este es un breve resumen de beneficios proporcionado por SEIU 775 Benefits Group. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente 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.

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Deducible del plan	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario Deducible familiar: \$1,000 por año calendario
Deducible que se acredita 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	Límite de gastos por cuenta propia (médicos): Individual: \$800 Familiar: \$1,600 Límite de gastos por cuenta propia (medicamentos con prescripción): 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
Atención de urgencias	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: copago de \$50	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Cirugía ambulatoria: 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 Inhaladores y EpiPen: genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) con copago de \$8/\$25/\$35	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 Inhaladores y EpiPen: genérico preferido/marca preferida/no preferido con copago de \$13/\$30/\$35
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubiertos
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	Copago de \$200	Igual que el beneficio del proveedor preferido
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos 	Se cubre el 100 %	Se cubre el 50 % y se aplica el deducible
Suministros para diabéticos	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.
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200	Copago de \$200
Exámenes auditivos (rutinarios)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	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
Servicios de atención médica domiciliaria	Se cubren completamente hasta 130 visitas en total por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios paliativos	Cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios de infertilidad	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
Terapia manipulativa	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
Servicios de masaje	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro. Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.
De salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Naturopatía	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

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: 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.	Estancia hospitalaria inicial: 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.
Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubiertos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15	No cubiertos
Cuidado preventivo (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
Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)	Hospitalarios: 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 Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15	Hospitalarios: 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 Ambulatorios: los límites de visitas son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Centro de enfermería especializada	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.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres.	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: 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.
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Lentes ópticos (lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas)	Todos los miembros: \$600 por 12 meses	Igual que el del beneficio del proveedor preferido



Panorama del plan dental de la PPO

Fecha de entrada en vigencia:

01/08/2025

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**.

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.

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

Características

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** para obtener más información. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite **myseiu.be/willamette-exclusions**.

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Sin copago por visita
Servicios diagnósticos y preventivos	
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	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Odontología restauradora	
Empastes (de amalgama)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
Endodoncia y periodoncia	
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
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$1,500
Implantes dentales	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
Otros	
Anestesia local	Cubiertas 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.



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



Panorama del plan Progyny

Fecha de entrada en vigencia:

01/08/2025

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 asesor de embarazo y posparto de Progyny o su defensor de la atención al paciente (PCA) de Progyny al (833) 233-0517.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el monto total del deducible?	Individual \$0/familiar \$0	No hay deducible con su plan Progyny.
¿Debo pagar algún copago?	No	No hay copago con su plan de embarazo y posparto de Progyny.
¿Debo pagar un coaseguro?	No	No hay coaseguro con su plan de embarazo y posparto de Progyny.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No	No tendrá que pagar por cuenta propia los servicios de embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios cubiertos por el plan son servicios de cuidado preventivo y no están sujetos a costos compartidos.
¿Existen otros deducibles para obtener servicios específicos?	No	No se requiere deducible para el plan de embarazo y posparto de Progyny HRA. Todos los servicios cubiertos por el plan son servicios de cuidado preventivo y no están sujetos a costos compartidos.
¿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 asesores de embarazo y posparto de Progyny y los proveedores de atención están incluidos en este plan. No hay beneficios disponibles para los asesores que no hagan parte de Progyny.

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 están incluidos en esta guía, consulte a su PCA para confirmar la cobertura. Hay algunos servicios que no están cubiertos por 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: visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596; el 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. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite 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 en relación con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? No es aplicable.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados 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.



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Resumen de beneficios y cobertura

Una explicación detallada de su plan y ejemplos para ayudarlo a comprender los costos que podría pagar por diversos servicios.





El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0. Fuera de la red: individual \$500/familiar \$1,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención de emergencia y los <u>medicamentos con receta médica</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$800/familiar \$1,600. Fuera de la red: individual \$800/familiar \$1,600. <u>Medicamentos con receta médica</u> : individual \$400/familiar \$800.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo para determinados médicos de atención primaria.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cargo por visitas a <u>proveedores</u> de telemedicina de atención primaria dentro de la <u>red</u> para determinados servicios.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura; sin cargo para mamografías.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>La <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> está administrada por Sav-Rx</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.savrx.com</p>	Medicamentos genéricos	<p><u>Copago/medicamentos</u> con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: según el valor: \$4 para un suministro de 30 días, \$8 para un suministro de 60 días, \$12 para un suministro de 90 días (al por menor), \$8 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo); genéricos preferidos: \$8 para un suministro de 30 días, \$16 para un suministro de 60 días, \$24 para un suministro de 90 días (al por menor), \$16 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.</p>	<p><u>Copago/medicamentos</u> con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$13 para un suministro de 30 días, \$26 para un suministro de 60 días, \$39 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$13 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica.</p>	<p>Cubre un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u>. Revise el <u>formulario</u> para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	<p><u>Copago/medicamentos</u> con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$25 para un suministro de 30 días, \$50 para un suministro de 60 días, \$75 para un suministro de 90 días (al por menor); \$50 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.</p>	<p><u>Copago/medicamentos</u> con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$30 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica.</p>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 para un suministro de 30 días, \$100 para un suministro de 60 días, \$150 para un suministro de 90 días (al por menor); \$100 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: \$25 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$55 para un suministro de 30 días, \$110 para un suministro de 60 días, \$165 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$35 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o a través de Sav-Rx Prescription Services. Las demás recetas se deben surtir mediante Sav-Rx Prescription Services.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cargo por visitas a <u>proveedores</u> de telemedicina dentro de la <u>red</u> las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para determinados servicios.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	130 visitas/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	60 visitas por año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	60 días por año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	1 examen de rutina de la vista cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	Máximo de \$600/12 meses.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención dental (adultos y niños).
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cirugía bariátrica: Limitado a servicios de proveedores dentro de la red.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía plástica: Cobertura limitada, consulte el documento de la póliza o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista cada 12 meses.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-370-4526. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
 - Copago de especialista \$15
 - Copago del hospital \$100
(establecimiento)
 - Otro copago \$0
- Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
- Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$260

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
 - Copago de especialista \$15
 - Copago del hospital \$100
(establecimiento)
 - Otro copago \$0
- Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
- Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$620

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
 - Copago de especialista \$15
 - Copago del hospital \$100
(establecimiento)
 - Otro copago \$0
- Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
- Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mía pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$500

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-800-370-4526.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. ADEMÁS, PUEDE HACERLO POR CORREO O POR TELÉFONO: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

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 পবিকষা 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 -	သငို့အနုဖငို့ အခမဲ့ကုန်ဝင်ငြိ မေပရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုက်နာ 1-800-370-4526 သို့၎ ဖုန်းခံခံခံဆုပီပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguahi ni dibatde para hagu, agang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏍᏏᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ ᏍᏘᏉᏗ 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 -	Tajaajiiloota 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 પહોંર 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 maaksesyo 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 -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် 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 moú n̈ nì Pídyi ní, n̈í, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄວ້ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय 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.
Micronesian-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 bą́ąh ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cîn wëu kor keek tēnɔŋ yin. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 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 djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܡܝܬܥܝܢ ܕܡܠܟܐ ܕܡܕܢܬܐ ܕܡܕܢܬܐ ܕܡܕܢܬܐ ܕܡܕܢܬܐ ܕܡܕܢܬܐ 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 -	بالتیمت 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 awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Cobertura para: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Acuerdo de reembolso de gastos médicos de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny**

El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su asesor de embarazo y posparto o su asesor de atención al paciente (Patient Care Advocate, PCA) de fertilidad de Progyny al (833) 233-0517.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Individual \$0 Familiar \$0	No hay deducible en sus planes de Progyny.
¿Tengo copago?	No.	No hay copago con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny.
¿Tengo coseguro?	No.	No hay coseguro con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	No.	No pagará costos de desembolso directo por sus servicios de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No se requiere un deducible para los planes de Acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos.
¿Cuál es el límite de gastos de desembolso directo para este plan?	Individual \$0 / Familiar \$0	No hay límite de gastos de desembolso directo en sus planes de Progyny.

¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	No corresponde.	Los asesores y proveedores de atención de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny están todos incluidos en este plan. No hay beneficios disponibles para asesores ajenos a Progyny.
--	-----------------	---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Entre las exclusiones se incluyen los kits de predicción de ovulación para uso en el hogar, los servicios y suministros brindados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos que la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva considera experimentales. No se cubren los cargos asociados con servicios para un subrogante gestacional, incluidos, sin limitación, los cargos de los análisis de laboratorio. Si su médico solicita servicios que no se encuentran enumerados en esta guía, comuníquese con su PCA para confirmar la cobertura. Hay determinados servicios que no se encuentran en la cobertura de Progyny. Sin embargo, es probable que se brinden a través de su plan médico.

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura después que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596, o el mercado de seguros médicos estatal o SHOP. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un problema con su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esto se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los beneficios que recibirá para dicho [reclamo médico](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener ayuda, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? No corresponde.

La [cobertura mínima esencial](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimos? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), usted puede ser elegible para recibir [crédito tributario de primas](#), que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Recursos del plan

Línea de servicio al cliente de beneficios de salud		MAGNACARE™
Telefónica	1-877-606-6705 (de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.)	
Correo electrónico	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	
Cuenta de beneficios de salud	myseiu.be/magnacare	

Aetna		aetna®
Member Services	1-855-736-9469	aetna.com
Servicios de salud mental	1-800-424-4047	aetna.com
Línea de enfermería disponible las 24 horas	1-800-556-1555	aetna.com
Encuentre el PCP adecuado	1-888-982-3862	aetna.com
Ayuda con el idioma para los miembros	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language

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

Otros beneficios		
EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

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. Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarlo 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.