SEIU 775 BENEFITS GROUP

Dora P.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Tacoma

2025-2026

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਗਾਈਡ

ਜੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹ ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសារបស់អ្នក។

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 ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਸਬੰਧੀ ਖਾਸ ਗੱਲਾਂ

3 ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਅਤੇ ਖਰਚੇ
4 ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ
4 ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਸਬੰਧੀ ਖਾਸ ਗੱਲਾਂ
6 ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪ

7 ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤਾ

ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਔਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ, ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰੋ।

8 ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ

8 ਯੋਗਤਾ
8 Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ)
8 ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਹੈ
9 ਕਵਰੇਜ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ
9 ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ
9 ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਖਤਮ ਕਰਨਾ ਹੈ

10 ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ ਹੈ

11 ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਸਪੋਰਟ

Deborah ਨੂੰ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਓਪਨ ਹਾਰਟ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਬਗੈਰ ਉਸਦੇ ਲੱਖਾਂ ਡਾਲਰ ਖਰਚ ਹੋ ਜਾਣੇ ਸਨ। ਖਰਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਘੱਟ ਚਿੰਤਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਉਹ ਕਹਿੰਦੀ ਹੈ, "ਮੈਂ ਖੁਦ 'ਤੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇ ਸਕੀ"।

Deborah M.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Vancouver

ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਵਧੀਆ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਉਪਲਬਧ ਹਨ—ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਤਣਾਅ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ, ਕੰਮ 'ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਕੁਆਲਿਟੀ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

Caregiver Kicks: ਕੇਅਰਗਿਵਰਾਂ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਜੁੱਤੇ

ਹਰ ਸਾਲ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਜੋੜਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ! Reebok ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ Sketchers ਤੱਕ 90+ ਸਟਾਈਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ, ਤਿਲਕਣ-ਰੋਧੀ Caregiver Kicks ਜੁੱਤਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਅਰਾਮਦੇਹ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। **myseiu.be/kicks**

ਸਵੈ-ਸੰਭਾਲ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਅਕਸਰ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਆਪਣੀ ਖੁਦ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਵੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜੋ ਤਣਾਅ, ਚਿੰਤਾ ਅਤੇ ਡਿਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। **myseiu.be/self-care**

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਸਿੱਖਣ, ਅਤੇ ਨੌਕਰੀ-ਮਿਲਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਥੋਂ ਲਓ **seiu775benefitsgroup.com.**

ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪੜਾਅਵਾਰ ਗਾਈਡ

1 ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣੋ

- ਇਸ ਗਾਈਡ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪਾਂ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਖਾਸ ਗੱਲਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ।
- ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਪੰਨਾ 8 'ਤੇ ਯੋਗਤਾ ਵੇਰਵਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।
- ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨਾਂ, ਇਲਾਜਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਬਾਰੇ ਕਿਤਾਬਚੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।
- ਇੱਕ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਚੁਣੋ।

2 ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਕਰੋ

- ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰੋ। ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।
- **Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ):** ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਕੱਠੇ ਕਰੋ। ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਇੱਥੇ ਦੇਖੋ **myseiu.be/cfk.**

3 ਆਪਣਾ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤਾ ਬਣਾਓ

- ਖਾਤਾ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ **myseiu.be/hba** 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਖਾਤਾ ਬਣ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ **myseiu.be/magnacare** 'ਤੇ ਲੌਗਇਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

4 ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ

- ਆਖਰੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ **myseiu.be/magnacare** 'ਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਭਰੋ। ਪੰਨਾ 8 'ਤੇ ਆਖਰੀ ਤਰੀਕਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਓ।
- **Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ):** ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਇੱਥੋਂ ਸਿੱਖੋ **myseiu.be/cfk.**

5 ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਸਬੰਧੀ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

- ਤੁਹਾਨੂੰ 1 ਦਿਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਰਸੀਦ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਚਿੱਠੀ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਨਾਮਾਂਕਣ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਾਫ਼ੀ ਅਸਾਨ ਸੀ। ਮੈਂ ਸਿਰਫ਼ ਕਿਤਾਬਚਾ ਪੜ੍ਹਿਆ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਹਾਈਲਾਈਟ ਕੀਤਾ ਜੋ ਮੇਰੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਨ। ਇਸਨੂੰ ਔਨਲਾਈਨ ਕਰ ਪਾਉਣਾ ਅਸਾਨ ਸੀ।"

Acacia V., ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ:1-877-606-6705
ਕਵਰੇਜ, ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

John R.
ਕੇਅਰਗਿਵਰ, Seattle

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਪਲਾਨ ਸਬੰਧੀ ਵਿਕਲਪ

ਸਿਰਫ਼ $25 ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਵਧੀਆ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਵੀ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਜੋੜਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਬੱਚੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, Dani ਨੇ ਦੋਵਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਨਾਮਾਂਕਣ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਿੱਚ ਕਰਵਾਇਆ, ਉਹ ਉਨ੍ਹਾਂ "ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਰੇਟਾਂ" ਦੀ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਉਸਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਬਚਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

Dani R.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Asotin

ਵਿਕਲਪ 1

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ

$25/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ $25 ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ: ਉਹ ਰਕਮ ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਪੰਨਾ 9 ਦੇਖੋ।

ਯੋਗਤਾ

ਹਰ ਮਹੀਨੇ 80 ਘੰਟਿਆਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਵਿਕਲਪ 2

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ + Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ

$125/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਆਪਣੇ ਲਈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ, ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ $125 ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਵਿਕਲਪ 3

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ + Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਸਿਰਫ਼ ਡੈਂਟਲ

$35/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ $35 ਵਿੱਚ, ਆਪਣੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਖਰਚਾ ਉੱਨਾ ਹੀ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਜਿੰਨੇ ਮਰਜ਼ੀ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਲਓ!

ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ 26ਵੇਂ ਜਨਮ ਦਿਨ ਤੱਕ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਕੇ, ਗੋਦ ਲਏ ਹੋਏ, ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

KPWA POS ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਜੋੜਨ ਲਈ ਪਲਾਨ ਬਦਲਣੇ ਪੈਣਗੇ।

ਯੋਗਤਾ

ਹਰ ਮਹੀਨੇ 120 ਘੰਟਿਆਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

2025

ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ)

ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਹੁਣ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ 2 Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ) ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਦੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹਰ ਕ੍ਰੈਡਿਟ—ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਨਿਰੰਤਰ ਕਵਰੇਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ 1 ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਵਧਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

Progyny ਗੋਦ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਗੋਦ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ $15,000 ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ (ਲਾਈਫ਼ਟਾਈਮ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ[1])।

[1]ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਗੋਦ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਕਮ।

ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਦੇ ਖਰਚੇ ਵਿੱਚ ਕਮੀ

ਗੈਰ-ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ ਦੇ ਇਨਹੇਲਰਾਂ, EpiPens ਅਤੇ HIV ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਈ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਲਈ ਘਟੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ।

ਲਿੰਗ-ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਸਾਰੇ ਪਲਾਨ ਹੁਣ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਵਧੀਆ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀ, ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤਣਾਅ ਤੋਂ ਬਗੈਰ—ਬੇਮਿਸਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇ ਸਕਣ। ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਨਵੇਂ ਵਾਧੇ ਅਜਿਹੀ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਡੀ ਨਿਰੰਤਰ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਦੇ ਅਨੁਭਵ ਵਿੱਚ ਵਾਕਈ ਸਹਿਯੋਗ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

Merissa Clyde
CEO,
SEIU 775
Benefits Group

ਕਵਰੇਜ ਲਾਭ ਸਬੰਧੀ ਖਾਸ ਗੱਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ZIP ਕੋਡ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਪਲਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਦੇਣ ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਤਰੀਕੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ✓ ਮੈਡੀਕਲ
- ✓ ਰੋਕਥਾਮ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ
- ✓ ਡੈਂਟਲ ਅਤੇ ਆੱਰਥੋਡੌਂਸ਼ੀਆ
- ✓ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀ) ਦਵਾਈ
- ✓ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ
- ✓ ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ
- ✓ ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ
- ✓ ਪਰਿਵਾਰ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ
- ✓ ਲਿੰਗ-ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ
- ✓ ਮਸਾਜ ਅਤੇ ਕਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ
- ✓ ਫ਼ਿਜ਼ਿਕਲ ਥੈਰੇਪੀ

ਮੁਫ਼ਤ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ

ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ (PCP) ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਲਈ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ* ਹੁੰਦਾ। ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਜਾਂਚਾਂ ਲਈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ PCP ਨੂੰ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਵਰਚੁਅਲ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਬੈਠਿਆਂ ਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕੋ।

*ਆਪਣੇ PCP ਨਾਲ ਕੀਤੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਲੈਬ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇ।

ਤਤਕਾਲ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਤਤਕਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਦੇ ਦੌਰੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤਤਕਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਛੋਟੀ-ਮੋਟੀ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਜਾਂ ਫ਼ਲੂ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ 'ਤੇ ਇੱਕ ਘੱਟ-ਖਰਚੇ ਵਾਲਾ ਵਿਕਲਪ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਦੇ ਦੌਰਿਆਂ ਲਈ $200 ਦਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਸੱਟਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਲਿਖੀ ਦਵਾਈ) ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਦਵਾਈ ਦੇ ਪੱਧਰ (ਟੀਅਰ) 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਬਹੁਤ ਹੀ ਘੱਟ ਖਰਚੇ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਮੁਫ਼ਤ ਦਵਾਈਆਂ ਤੱਕ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਦਵਾਈਆਂ (Rx) ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੈਨੇਰਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਵਾਸਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਬ੍ਰਾਂਡ ਨਾਮ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਕੀਮਤ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਵਧੇਰੇ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਆਰਡਰ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਾਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ 90-ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ

ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਵੀ ਉੰਨੀ ਹੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ। ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਹਿਯੋਗ, ਦਵਾਈਆਂ, ਗਰੁੱਪ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਕ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਸਵੈ-ਸੰਭਾਲ ਐਪਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਸਰੋਤਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਵਿਆਪਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅੱਖਾਂ ਦੀ 1 ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ $600 ਵਿੱਚ ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ ਹਾਰਡਵੇਅਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲੈਂਸ, ਫ੍ਰੇਮ ਅਤੇ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈਂਸ) ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

EPIC Hearing ਰਾਹੀਂ, ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਇੱਕ ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਨਾਲ ਬਗੈਰ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਇੱਕ ਸਲਾਨਾ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਹਰ 36 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਰ ਕੰਨ ਲਈ ਸੁਣਨ-ਸਬੰਧੀ ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਲਈ $3,000 ਤੱਕ ਦੀ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਵਾਰੰਟੀ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਬਾਰੇ ਕੋਚਿੰਗ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਵੈੱਲਨੈਸ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਅਤੇ ਕੋਚਿੰਗ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ (ਸ਼ੂਗਰ) ਜਾਂ ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਵਰਗੀਆਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸੁਧਾਰ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਧ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਬਾਰੇ ਕੋਚਿੰਗ।
- ਇੱਕ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸਹਿਯੋਗ।
- ਅਸਾਨ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਕ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਐਪਾਂ।

ਮਸਾਜ ਅਤੇ ਕਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ

ਘੱਟ ਖਰਚ ਵਾਲੀ ਫ਼ਿਜ਼ਿਕਲ ਥੈਰੇਪੀ, ਮਸਾਜ, ਕਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ, ਐਕਿਊਪੰਕਚਰ ਅਤੇ ਵਰਚੁਅਲ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੁਲਾਕਾਤ ਸੀਮਾਵਾਂ ਜਾਂ ਰੈਫ਼ਰਲ ਲੋੜਾਂ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦੇਖੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਤੋਂ ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰੋ ਕਿ ਉਹ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ ਤੈਅ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੀਮੇ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਪਰਿਵਾਰ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ

ਜਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ (fertility) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਣਾਉਣ (family-building) ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ, ਪੋਸਟਪਾਰਟਮ ਅਤੇ ਮੇਨੋਪੌਜ਼ ਤੱਕ, ਜੀਵਨ ਦੇ ਹਰ ਪੜਾਅ ਲਈ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਬਿਲਕੁਲ ਨਵੇਂ ਇਲਾਜਾਂ, ਸਮਰਪਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਹਮਾਇਤੀਆਂ (Patient Care Advocates, PCAs) ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਹਿਯੋਗ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਵਰਚੁਅਲ ਦੇਖਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਅਤੇ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਵਾਸਤੇ $15,000 ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਲਾਈਫ਼ਟਾਈਮ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ)।

"ਇੱਕ ਵਾਰ, ਮੈਂ ਸੱਚੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਸੀ ਅਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹੀ। ਕਿਉਂਕਿ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਮੈਂ ਬਸ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਭੁਗਤਾਨ ਬੀਮੇ ਨੇ ਕੀਤਾ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਹੋਣਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।"

Amy L.
ਕੇਅਰਗਿਵਰ, Seattle

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲਈ ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਵਾਲਾ ਕਿਤਾਬਚਾ ਵੇਖੋ।

ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਵਾਲੇ ਕਿਤਾਬਚੇ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨਾਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚੇ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨਾਂ, ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਪਲਾਨ ਚੁਣੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹੀ ਹੋਵੇ।

ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਵਾਲੇ ਕਿਤਾਬਚੇ ਵਿੱਚ ਪਲਾਨਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਆਮ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਚਾਰਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੋਗੇ, ਤਾਂ Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Melissa E.
ਕੇਅਰਗਿਵਰ, Seattle

	DELTA DENTAL	Willamette Dental
ਸਲਾਨਾ ਵੱਧੋ-ਵੱਧ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ	$5,000	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ
ਕਟੌਤੀਯੋਗ	$0	$0
ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚਾਂ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਅੱਰਥੋਡੌਂਸ਼ੀਆ ਲਾਭ	ਹਾਂ	ਹਾਂ
ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੈੱਟਵਰਕ	Delta Dental ਕੋਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਨੈੱਟਵਰਕ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੇਂਡੂ ਇਲਾਕੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਤਮ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ Delta Dental PPO ਡੈਂਟਿਸਟ ਲੱਭਣਾ ਚਾਹੋਗੇ।	ਪੱਛਮੀ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ Willamette Dental ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਟਿਕਾਣੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ I-5 ਕੋਰੀਡੋਰ ਦੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਈ Willamette ਡੈਂਟਿਸਟ ਲੱਭਣਾ ਅਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਆਪਣੇ ਨੇੜੇ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਿਸਟ ਨੂੰ ਲੱਭੋ	ਇੱਥੇ ਜਾਓ **deltadentalwa.com/fad/search** ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਖੋਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਫ਼ਿਲਟਰ ਕਰਨ ਲਈ 'Delta Dental PPO' ਨੂੰ ਚੁਣੋ।	ਇੱਥੇ ਜਾਓ **locations.willamettedental.com** ਅਤੇ ਸਰਚ ਬਾਰ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ZIP ਕੋਡ ਪਾਓ।
ਸਵਾਲਾਂ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ	**1-800-554-1907** **DeltaDentalWA.com**	**1-855-433-6825** **myseiu.be/willamette**

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤਾ

ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਔਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ

ਖਾਤਾ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਇੱਥੋਂ ਸਿੱਖੋ
myseiu.be/hba

ਇਸ ਸਮੇਂ ਖਾਤੇ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਤਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: **1-877-606-6705**।

ਤੁਹਾਡੇ ਔਨਲਾਈਨ ਖਾਤੇ ਨੂੰ MagnaCare ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਦਾ ਬੰਦੋਬਸਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਸੀਂ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਿਛਲੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਲਾਨ ਸਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ ਵਾਸਤੇ ਸਾਈਨ ਅੱਪ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਚੈੱਕ ਕਰੋ

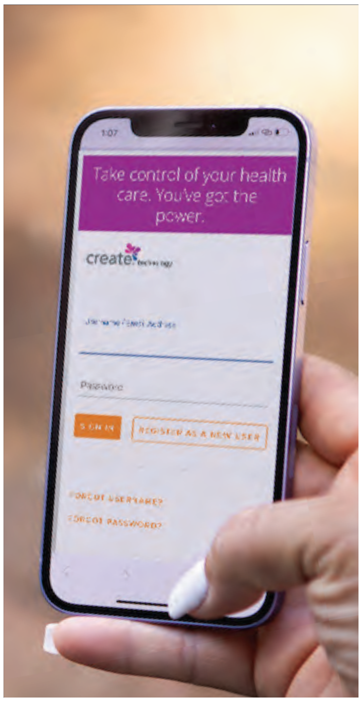
ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਹੋਰ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ Caregiver Kicks ਲਈ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦੇਖੋ।

ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ

ਔਨਲਾਈਨ ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੇ ਖਾਤੇ ਨੂੰ ਐਕਸੈੱਸ ਕਰੋ।

ਲਾਈਵ ਚੈਟ ਸਹਿਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ, ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।



GET IT ON Google Play
Download on the App Store

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਂਦੇ ਸਵਾਲ

ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਂ?

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ 2 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ, **ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਘੰਟਿਆਂ** ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਾਂ?

myseiu.be/magnacare 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਲਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਇਸ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਸ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਫ਼ੈਕਸ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੈਕਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਕ-ਟਿਕਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ 1 ਦਿਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਰਸੀਦ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਚਿੱਠੀ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਮੈਂ ਕਦੋਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਅਜਿਹੇ 3 ਮੌਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

1. ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ: ਤੁਹਾਡੀ ਨਵੀਂ ਯੋਗ ਨਾਮਾਂਕਣ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਗਰੀ 'ਤੇ ਲਿਖੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ ਉਹ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ।

2. Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਨਾਮਾਂਕਣ): ਹਰ ਸਾਲ 1-20 ਜੁਲਾਈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਾ ਚੁਕੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰੀਨਿਊ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋਵੋ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

3. ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ (QLE): ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ QLE ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। QLEs ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣਾ, ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਗੁਆ ਬੈਠਣਾ ਜਾਂ ਤਲਾਕ ਲੈਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਜਾਓ **myseiu.be/qle**।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਲਈ ਯੋਗ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਂ?

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ **ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 120 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਘੰਟਿਆਂ** ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ 26ਵੇਂ ਜਨਮ ਦਿਨ ਤੱਕ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਯੋਗ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕੇ, ਗੋਦ ਲਏ ਹੋਏ, ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਲੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਵਰੇਜ ਬਾਹਰੀ ਪਲਾਨਾਂ ਨਾਲ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਾਂ?

1. ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਾਲੇ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

2. ਕੋਈ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਡੈਂਟਲ।

3. ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਜਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ**। ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫ਼ਿਕੇਟ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

**ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਦੁਬਾਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੰਗੇ ਨਾ ਜਾਣ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਵਿਸਤਾਰ-ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ myseiu.be/cfk 'ਤੇ ਜਾਓ:

- Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰੀਏ।
- ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਕਿਸਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ।
- ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਵੇਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣੇ ਹਨ।

ਅਜੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ? ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ 1-20 ਜੁਲਾਈ ਤੱਕ, Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇੱਕ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ* ਭਰੋ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80+ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋਗੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਨੂੰ ਜੋੜਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 120+ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਫ਼ਿਲਹਾਲ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80+ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਔਨਲਾਈਨ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦੇ। ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ।

ਮੇਰੀ ਕਵਰੇਜ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ?

Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਨਾਮਾਂਕਣ): 1 ਅਗਸਤ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ 20 ਜੁਲਾਈ ਤੱਕ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨਾਂ ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਓ।

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਯੋਗ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾਵਾਂ: ਤੁਹਾਡੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਮਿਲਣ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੇ ਜਾਣ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤਕਰੀਬਨ 2 ਕੁ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ:

- 15 ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ।
- 16 - 31 ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ 1 ਮਈ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ।

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ।

ਜੇ ਮੈਂ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹਵਾਂ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਇੱਕ Waive Coverage (ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਛੋਟ) ਫ਼ਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ। ਜੇ ਛੋਟ:

- 15 ਤਰੀਕ ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 1 ਤਰੀਕ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- 15 ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 1 ਤਰੀਕ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਵਰਤਮਾਨ ਸਾਲ ਦੀ 1 ਜੁਲਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਛੋਟਾਂ Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੌਰਾਨ ਰੀਸੈੱਟ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਬਸ਼ਰਤੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਨਵਾਂ Waive Coverage (ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਛੋਟ) ਫ਼ਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਇਆ ਹੋਵੇ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਕਰਾਂ?

ਤੁਹਾਡਾ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਨਖਾਹ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ (ਉਹ ਰਕਮ ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਰਦੇ ਹੋ) ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਕੱਟ ਲਵੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਚਿੱਠੀ ਮਿਲੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣੇ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਚੈੱਕ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਔਨਲਾਈਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ CDWA ਨਾਲ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (Individual Provider, IP) ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਹਿਲਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਇੱਕ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਹੋਵੇਗਾ।

ਜੇ ਮੈਂ ਕਵਰੇਜ ਗੁਆ ਬੈਠਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਤੁਹਾਨੂੰ Ameriflex (1-877-606-6705) ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ। COBRA ਨਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਸਤੇ ਕਵਰੇਜ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨੀ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੁਫ਼ਤ Washington Apple Health ਵਾਸਤੇ ਯੋਗਤਾ ਚੈੱਕ ਕਰੋ ਜਾਂ **wahealthplanfinder.org** 'ਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ।

ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟੇ ਮੇਰੀ ਕਵਰੇਜ ਉੱਪਰ ਕਿਵੇਂ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ?

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਗਏ ਘੰਟੇ 2 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨ: ਜਨਵਰੀ ਦੇ ਘੰਟੇ ਮਾਰਚ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੰਮ ਦਾ ਮਹੀਨਾ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਤਨਕ ਘੰਟੇ:		ਕਵਰੇਜ ਮਹੀਨਾ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ:
ਜਨਵਰੀ	→	ਮਾਰਚ
ਫ਼ਰਵਰੀ	→	ਅਪ੍ਰੈਲ
ਮਾਰਚ	→	ਮਈ
ਅਪ੍ਰੈਲ	→	ਜੂਨ
ਮਈ	→	ਜੁਲਾਈ
ਜੂਨ	→	ਅਗਸਤ
ਜੁਲਾਈ	→	ਸਤੰਬਰ
ਅਗਸਤ	→	ਅਕਤੂਬਰ
ਸਤੰਬਰ	→	ਨਵੰਬਰ
ਅਕਤੂਬਰ	→	ਦਸੰਬਰ
ਨਵੰਬਰ	→	ਜਨਵਰੀ
ਦਸੰਬਰ	→	ਫ਼ਰਵਰੀ

ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਾਸਤੇ ਵਧੇਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (Individual Provider, IP) ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹੋਰ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ Carina ਅਜ਼ਮਾ ਕੇ ਦੇਖੋ, ਜੋ ਢੁਕਵੀਂ ਨੌਕਰੀ ਲਭਾਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹੋਰ ਗਾਹਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਥੋਂ ਲਓ **myseiu.be/carina**।

CARINA

ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ।

ਆਪਣੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ: ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਵੇਤਨਕ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ): ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 120 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਵੇਤਨਕ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘੰਟੇ 120 ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ 80 ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਗੁਆ ਬੈਠੋਗੇ ਪਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗੀ।

ਆਪਣੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਕਵਰੇਜ ਗੁਆ ਬੈਠੋਗੇ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਰ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਜਾਂ ਅਡਜਸਟਮੈਂਟ ਨੂੰ, ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਟੌਤੀ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੋ।

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ ਪਿਛਲਾ ਪੰਨਾ ਦੇਖੋ।

ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਥੋਂ ਲਓ

myseiu.be/maintain

ਇਸ ਬਾਰੇ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਦੇਖੋ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ) ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਆਪਣੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਨਵਾਂ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ!

Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ)

ਅਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂ ਬੇਤਰਤੀਬੇ ਸ਼ਡਿਊਲਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਦੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ) ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਨਿਰੰਤਰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਦੋਂ ਵੀ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਯੋਜਨਾ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੋ।

Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ) ਕਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ:

- ਤੁਹਾਨੂੰ **ਪ੍ਰਤੀ ਕਵਰੇਜ ਸਾਲ 2 ਕ੍ਰੈਡਿਟ** (ਅਗਸਤ-ਜੁਲਾਈ) ਮਿਲਦੇ ਹਨ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਦੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹਰ ਕ੍ਰੈਡਿਟ **1 ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਵਧਾ** ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ, ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- **ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਆਪਣੇ ਆਪ ਲਾਗੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ**—ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।
- ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਲੌਗਇਨ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ **ਆਪਣਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬੈਲੇਂਸ ਚੈੱਕ** ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ:

ਮੇਰੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕਦੋਂ ਰੀਸੈੱਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?
ਤੁਹਾਡੇ 2 ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਹਰ ਸਾਲ 1 ਅਗਸਤ ਨੂੰ ਰੀਸੈੱਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਦਿਆਂ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਅਣਵਰਤੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ?
ਜੀ ਨਹੀਂ। ਹਰ ਸਾਲ 1 ਅਗਸਤ ਨੂੰ, ਤੁਹਾਨੂੰ 2 ਨਵੇਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਨਾ ਵਰਤੇ ਗਏ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਲਿਜਾਏ ਜਾਂਦੇ।

ਕੀ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇੱਕ ਦੇ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?
ਜੀ ਨਹੀਂ, ਤੁਸੀਂ ਲਗਾਤਾਰ 2 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਹੀਂ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਾਂ, ਪਰ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਾਂ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?
ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਵਧਾਉਣ ਵਾਸਤੇ 1 ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਜੇ ਮੈਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਮੈਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ?
ਜੀ ਹਾਂ, ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੰਨਾ 9 ਦੇਖੋ।

SEIU 775
BENEFITS GROUP

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ

ਕਵਰੇਜ, ਯੋਗਤਾ, ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਕੁਝ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੋਮਵਾਰ-ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

1-877-606-6705
ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਲਾਈਵ ਚੈਟ ਸਹਿਯੋਗ

ਚੈਟ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਵਾਸਤੇ **myseiu.be/magnacare** 'ਤੇ ਲੌਗ ਇਨ ਕਰੋ।

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾ ਰਹੇ ਹੋ?
ਈਮੇਲ ਕਰੋ ਅਤੇ 2 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਵਾਬ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਵਾਧੂ ਸਰੋਤ

ਬੀਮੇ ਸਬੰਧੀ ਆਮ ਸ਼ਬਦ

ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਸਬੰਧੀ ਆਮ ਸ਼ਬਦਾਂ ਦੀਆਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਸਿੱਖ ਕੇ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਮਝੋ।

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ)

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਾਸਤੇ ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣੋ।

myseiu.be/cfk

ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਦਾ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਾਭ ਉਠਾਉਣ ਬਾਰੇ ਸੁਝਾਅ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

myseiu.be/covered

SEIU 775
BENEFITS GROUP

2025-2026 ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ

ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਬਾਰੇ ਕਿਤਾਬਚਾ

ਇਸ ਕਿਤਾਬਚੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧਾਂ ਦਾ ਸਾਰ (SMM):
1 ਅਗਸਤ 2025 ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅੱਪਡੇਟ ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ:
SEIU 775 Benefits Group ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਤੇਜ਼, ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ (SBC):
ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੀ ਵਿਸਤਾਰਸਹਿਤ ਵਿਆਖਿਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਆਮ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ, ਲੈਬਾਂ, ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਵਗੈਰਾ) ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਪਲਾਨ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਕਟੌਤੀਯੋਗ, ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ)।
- ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੁਝ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ—ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ)।

ਪਲਾਨ ਦੇ ਸਰੋਤ:
ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਵੈੱਬਸਾਈਟਾਂ।

ਤੁਸੀਂ Kaiser Permanente of Washington POS ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਇਹ ਪਲਾਨ 1 ਅਗਸਤ 2025 ਤੋਂ 31 ਜੁਲਾਈ 2026 ਤੱਕ ਲਾਗੂ ਰਹੇਗਾ।

SBC, SMM ਜਾਂ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਹੋਰ ਸਵਾਲਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਇੱਥੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

1-877-606-6705
ਸੋਮਵਾਰ – ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 6:00 ਵਜੇ ਪੈਸਿਫ਼ਿਕ ਸਮੇਂ ਅਨੁਸਾਰ

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Seattle

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧਾਂ ਦਾ ਸਾਰ

Consumer Direct of Washington (CDWA) ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ (IPs) ਅਤੇ ਏਜੰਸੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ (APs) ਲਈ SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust ਰਾਹੀਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧਾਂ ਦਾ ਇਹ ਸਾਰ ("SMM") Core Plan ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ("ਪਲਾਨ") ਦੇ ਲਈ, 1 ਅਗਸਤ 2025 ਤੱਕ ਪਲਾਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਸੰਖੇਪ ਯੋਜਨਾ ਵਰਣਨ ("SPD") ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।

1 ਅਗਸਤ 2025 ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ, ਪਲਾਨ ਦੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਅਤੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਯਮ ਬਦਲ ਜਾਣਗੇ। APs ਅਤੇ IPs ਨੂੰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਵਾਧਿਆਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

Coverage Reliability (ਕਵਰੇਜ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ) ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ 2 ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਦੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹਰ ਕ੍ਰੈਡਿਟ—ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਨਿਰੰਤਰ ਕਵਰੇਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ 1 ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਵਧਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

Progyny ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ $15,000 ਦਾ ਗੋਦ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਲਾਈਫ਼ਟਾਈਮ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ।

ਹੇਠ ਦੱਸਿਆਂ ਲਈ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਘਟੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕੀਮਤਾਂ:
- ਇਨਹੇਲਰ ਅਤੇ EPI ਪੈੱਨ।
- HIV ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਦੀ 1 ਖੁਰਾਕ ਘਟਾ ਕੇ $0 ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ Aetna ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਲਿੰਗ-ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:
- ਦੂਜੇ-ਟੀਅਰ ਦੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਕਾਗਜ਼ੀ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਅਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ (ਵੌਇਸ ਮੋਡੀਫਿਕੇਸ਼ਨ) ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਨੂੰ ਮੁੜ ਅਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹੁਣ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 – ਸ਼ਾਮ 6:00 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ।

SEIU 775
BENEFITS GROUP

2025-2026 ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ

ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ

SEIU 775 Benefits Group ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਯੋਜਨਾ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਤੇਜ਼, ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ।

Alyssa E.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Mount Vernon

SEIU 775 BENEFITS GROUP

KAISER PERMANENTE®

ਸਵੈ-ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਕਲਪ POS ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ

ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ 8/1/2025

ਇਹ SEIU 775 Benefits Group ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਦੀ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਕੋਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਵਰਣਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿਕਲਪਕ ਦੇਖਭਾਲ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਲਾਗਤ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਉਸ ਸੇਵਾ ਲਈ ਅਸਲ ਖ਼ਰਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਘੱਟ ਹੋਵੇਗਾ, ਓਨਾ ਹੀ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸੀਮਾਵਾਂ ਸਮੇਤ, ਪੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿਵਸਥਾਵਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਕਵਰੇਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਅੰਦਰ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ
ਪਲਾਨ ਦਾ ਕਟੌਤੀਯੋਗ	ਕੋਈ ਸਲਾਨਾ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ	ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਟੌਤੀਯੋਗ: $500 ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ
ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਕੈਰੀਓਵਰ	ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ	ਚੌਥੀ ਤਿਮਾਹੀ ਦਾ ਕੈਰੀਓਵਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ
ਪਲਾਨ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ	ਕੋਈ ਪਲਾਨ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ	ਪਲਾਨ 80% ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਰਕਮਦਾ 20% ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ।
ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ	**ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ:** $1,200 ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਊਟ-ਆਫ-ਪਾਕੇਟ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਆਊਟ-ਆਫ-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਾਰੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸ਼ੇਅਰ।	ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਊਟ-ਆਫ-ਪਾਕੇਟ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਆਊਟ-ਆਫ-ਪਾਕੇਟ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਾਰੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸ਼ੇਅਰ।
ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਸਥਿਤੀ (PEC) **ਲਈ ਉਡੀਕ ਮਿਆਦ**	ਕੋਈ PEC ਨਹੀਂ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਾਂਗ ਹੀ
ਲਾਈਫ਼ਟਾਈਮ ਅਧਿਕਤਮ	ਅਸੀਮਤ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਅਧਿਕਤਮ ਵਾਂਗ ਹੀ
ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ)	ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ/$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੰਭਾਲ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਤਤਕਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੈਂਟਰ: ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ/$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸਰਜਰੀ:** $50 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ। ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸਰਜਰੀ:** $50 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ* (ਕੁਝ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣਯੋਗ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ)	ਮੁੱਲ ਅਧਾਰਤ**/ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ (ਟੀਅਰ 1)/ ਤਰਜੀਹੀ ਬ੍ਰਾਂਡ (ਟੀਅਰ 2)/ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ (ਟੀਅਰ 3) $4/$8/$25/$50 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਤੀ 30 ਦਿਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਇਨਸੁਲਿਨ: ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ (ਟੀਅਰ 1)/ਤਰਜੀਹੀਬ੍ਰਾਂਡ (ਟੀਅਰ 2)/ ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ (ਟੀਅਰ 3) $0/$0/$25 ਇਨਹੇਲਰ ਅਤੇ EPI ਪੈੱਨ: ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ (ਟੀਅਰ 1)/ ਤਰਜੀਹੀ ਬ੍ਰਾਂਡ (ਟੀਅਰ 2)/ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ (ਟੀਅਰ 3) $8/$25/$35 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ/ਤਰਜੀਹੀ ਬ੍ਰਾਂਡ/ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ $13/$30/$55 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਤੀ 30 ਦਿਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਇਨਸੁਲਿਨ: ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ (ਟੀਅਰ 1)/ ਤਰਜੀਹੀ ਬ੍ਰਾਂਡ (ਟੀਅਰ 2ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ (ਟੀਅਰ 3) $0/$0/$25 ਇਨਹੇਲਰ ਅਤੇ EPI ਪੈੱਨ: ਤਰਜੀਹੀ ਜੈਨਰਿਕ (ਟੀਅਰ 1)/ ਤਰਜੀਹੀ ਬ੍ਰਾਂਡ (ਟੀਅਰ 2)/ਗੈਰ-ਤਰਜੀਹੀ (ਟੀਅਰ 3) $8/$25/$35 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀ ਦਵਾਈ) **ਦਾ ਮੇਲ ਆਰਡਰ**	ਪ੍ਰਤੀ 30 ਦਿਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਿੱਚ $5 ਦੀ ਛੋਟ	ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਐਕਿਊਪੰਕਚਰ	ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਪ੍ਰਤੀ ਮੈਡੀਕਲ ਨਿਦਾਨ 20 ਦੌਰਿਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਪਲਾਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਵਾਧੂ ਦੌਰੇ - $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਪਲਾਨ 80% ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ 20% ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਾਂਗ ਹੀ

*ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਧਰਮ-ਅਧਾਰਤ ਸੰਸਥਾ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ Affordable Care Act (ਅਫ਼ੋਰਡੇਬਲ ਕੇਅਰ ਐਕਟ) ਦੀ ਧਾਰਮਿਕ ਛੋਟ ਅਧੀਨ ਮਿਲੀ ਆਗਿਆ ਅਨੁਸਾਰ, ਗਰਭਨਿਰੋਧਕ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ Kaiser Permanente ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ (ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੇ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਗੇ। **ਮੁੱਲਵਾਨ ਦਵਾਈਆਂ ਕਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਜੈਨਰਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਅੰਦਰ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ
ਰਸਾਇਣਿਕ ਨਿਰਭਰਤਾ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ • ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ • ਟਿਕਾਊ ਮੈਡੀਕਲ ਉਪਕਰਨ • ਆਰਥੋਪੀਡਿਕ ਉਪਕਰਨ • ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਈ ਬ੍ਰਾ, ਹਰ ਛੇ (6) ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੋ (2) ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਹੈ • ਓਸਟੋਮੀ ਸਪਲਾਈ • ਪ੍ਰੋਸਥੈਟਿਕ ਡਿਵਾਈਸਾਂ	100% 'ਤੇ ਕਵਰਡ। ਪੂਰਵ-ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।	50% 'ਤੇ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ
ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ (ਸ਼ੂਗਰ) **ਸਬੰਧੀ ਸਪਲਾਈ**	ਇਨਸੁਲਿਨ, ਸੂਈਆਂ, ਸਰਿੰਜਾਂ ਅਤੇ ਲੈਂਸੈਟਸ-ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ) ਦਵਾਈਆਂ ਦੇਖੋ। ਬਾਹਰੀ ਇਨਸੁਲਿਨ ਪੰਪ, ਬਲੱਡ ਗਲੂਕੋਜ਼ ਮੋਨੀਟਰ, ਟੈਸਟਿੰਗ ਰੀਏਜੈਂਟਸ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ-ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ ਦੇਖੋ। ਜਦੋਂ ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ) ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਲਾਭ ਸੀਮਾਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ ਸਬੰਧੀ ਸਪਲਾਈਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀਆਂ।	ਇਨਸੁਲਿਨ, ਸੂਈਆਂ, ਸਰਿੰਜਾਂ ਅਤੇ ਲੈਂਸੈਟਸ-ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ) ਦਵਾਈਆਂ ਦੇਖੋ। ਬਾਹਰੀ ਇਨਸੁਲਿਨ ਪੰਪ, ਬਲੱਡ ਗਲੂਕੋਜ਼ ਮੋਨੀਟਰ, ਟੈਸਟਿੰਗ ਰੀਏਜੈਂਟਸ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ-ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ ਦੇਖੋ। ਜਦੋਂ ਡਿਵਾਈਸ, ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ) ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਲਾਭ ਸੀਮਾਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ ਸਬੰਧੀ ਸਪਲਾਈਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀਆਂ।
ਡਾਇਗਨੌਸਟਿਕ ਲੈਬ ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਸੇਵਾਵਾਂ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ ਉੱਚ ਪੱਧਰ ਦੀਆਂ ਰੇਡੀਓਲੌਜੀ ਇਮੇਜਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ CT, MR ਅਤੇ PET ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹੋਣੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਣ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਉੱਚ ਪੱਧਰ ਦੀਆਂ ਰੇਡੀਓਲੌਜੀ ਇਮੇਜਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ CT, MR ਅਤੇ PET ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹੋਣੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਣ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਜੇ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ)	$200 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	$200 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਨਿਯਮਤ)	$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ ਹਾਰਡਵੇਅਰ	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: EPIC Hearing. ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ, ਸੁਣਨ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ ਦੀ ਲਾਗਤ ਲਈ ਹਰ 3 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀ ਕੰਨ $3,000 ਤੱਕ। ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/epic	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: EPIC Hearing. ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ, ਸੁਣਨ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ ਦੀ ਲਾਗਤ ਲਈ ਹਰ 3 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀ ਕੰਨ $3,000 ਤੱਕ। ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/epic
ਘਰ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ। ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਕੋਈ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ।	ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਕੋਈ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਹਾਸਪਿਸ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ	ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਬਾਂਝਪਣ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: Progyny ਜਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਫ਼ਰਟੀਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਰਮਾਣ। ਜਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਫ਼ਰਟੀਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਰਮਾਣ ਦੇ ਸਫ਼ਰ ਦੌਰਾਨ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ 2+1 Smart Cycles (ਸਮਾਰਟ ਸਾਈਕਲਜ਼)। ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/progyny	ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਮੈਨੀਪੁਲੇਟਿਵ ਥੈਰੇਪੀ	ਬਿਨਾਂ ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਵਿੱਚ 20 ਦੌਰਿਆਂ ਤੱਕ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਸੀਮਾਂ ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਮਾਲਿਸ਼ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਪੁਨਰਵਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ	ਪੁਨਰਵਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ
ਜਣੇਪਾ ਸੇਵਾਵਾਂ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ। ਨਿਯਮਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਨਿਯਮਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਅੰਦਰ	ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ
ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:**$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਨੈਚੁਰੋਪੈਥੀ	$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ। ਪੂਰਵ-ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਅਸੀਮਤ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ। ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ।	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਨਵਜਾਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	**ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਠਹਿਰਾਓ: ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ; ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ:** ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ; ਨਿਯਮਿਤ ਚੰਗੀ ਦੇਖਭਾਲ: ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇਖੋ। ਨਵਜਾਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਲਾਗਤ ਦਾ ਸ਼ੇਅਰ ਮਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।	**ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਠਹਿਰਾਓ: ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ; ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ:** ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਖੋ; ਨਿਯਮਿਤ ਚੰਗੀ ਦੇਖਭਾਲ: ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇਖੋ। ਨਵਜਾਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਲਾਗਤ ਦਾ ਸ਼ੇਅਰ ਮਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਮੋਟਾਪੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਜਦੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਮਾਪਦੰਡ ਪੂਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਲਾਗਤ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ 'ਤੇ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ	ਜਦੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਮਾਪਦੰਡ ਪੂਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਲਾਗਤ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ 'ਤੇ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	ਅਸੀਮਿਤ, ਕੋਈ ਉਡੀਕ ਮਿਆਦ ਨਹੀਂ **ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ **ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ (ਚੰਗੀ-ਦੇਖਭਾਲ ਸਰੀਰਕ, ਟੀਕਾਕਰਨ, ਪੈਪ ਸਮੀਅਰ ਜਾਂਚਾਂ, ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ)	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ ਔਰਤਾਂ ਦੀਆਂ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਗਰਭਨਿਰੋਧਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਅਤੇ ਨਸਬੰਦੀ ਸਮੇਤ) ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।	ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਔਰਤਾਂ ਦੀਆਂ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਗਰਭਨਿਰੋਧਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਅਤੇ ਨਸਬੰਦੀ ਸਮੇਤ) ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸ਼ੇਅਰ ਅਤੇ ਅਧਿਕਤਮ ਲਾਭ ਦੇ ਅਧੀਨ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਨਿਯਮਿਤ ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ: ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਪੁਨਰਵਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ **ਪੁਨਰਵਾਸ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਰਲਵੀਂ-ਮਿਲਵੀਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦੇ ਕੁੱਲ ਦੌਰੇ ਹਨ**	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ 60 ਦਿਨ। ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ (ਰੋਗ ਦੀ ਪਛਾਣ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੀਮਾ ਦੇ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ 60 ਦੌਰੇ। ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ (ਰੋਗ ਦੀ ਪਛਾਣ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੀਮਾ ਦੇ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ/$15 ਸਹਿ--ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਦਿਨ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਸੀਮਾਂ ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਹੁਨਰਮੰਦ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ	ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ 60 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਲਾਭ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਦਿਨ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ
ਨਸਬੰਦੀ (ਪੁਰਸ਼ ਨਸਬੰਦੀ, ਟਿਊਬਲ ਲਿਗੇਸ਼ਨ)	**ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ।**	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਨਸਬੰਦੀ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸ਼ੇਅਰ ਅਤੇ ਲਾਭ ਅਧਿਕਤਮ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਟੈਂਪੋਰੋਮੈਂਡਿਬੁਲਰ ਜੁਆਇੰਟ (TMJ) **ਸੇਵਾਵਾਂ**	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ ਲਈ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	**ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 5 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲੇ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ **ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ:** $15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਤੰਬਾਕੂ ਛੁਡਾਉਣ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਸਲਿੰਗ	ਕੁਇਟ ਫ਼ਾਰ ਲਾਈਫ਼ (Quit for Life) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰਡ	ਲਾਗੂ ਲਾਗਤ ਦੇ ਸ਼ੇਅਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਨਿਯਮਿਤ ਨਜ਼ਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ (ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ 1 ਮੁਲਾਕਾਤ)	$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ	$15 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ
ਆਪਟੀਕਲ (ਨਜ਼ਰ ਸੰਬਧੀ) **ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਲੈਂਜ਼, ਕੰਟੈਕਟ ਲੈਂਜ਼ ਅਤੇ ਫ਼੍ਰੇਮਾਂ ਸਮੇਤ**	**19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ:** ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਫ਼੍ਰੇਮਾਂ ਅਤੇ ਲੈਂਜ਼ਾਂ ਦਾ 1 ਜੋੜਾ ਜਾਂ 50% ਸਹਿ-ਬੀਮੇ 'ਤੇ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈਂਜ਼ **19 ਸਾਲ ਅਤੇ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ:** $600 ਪ੍ਰਤੀ 12 ਮਹੀਨੇ	ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

SEIU 775 BENEFITS GROUP

DELTA DENTAL®

PPO Dental ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ

ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ 8/1/2025

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਲਨਾ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਵੇਰਵਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਕਿਸੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀ ਲਾਭ ਪੁਸਤਿਕਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ Delta Dental PPO ਪਲਾਨ ਦੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ Delta Dental ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ **1-800-554-1907** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ **DeltaDentalWA.com** 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਮਿਆਦ:
1/1/2025-12/31/2025

ਬੈਨੀਫਿਟ ਮਿਆਦ ਅਧਿਕਤਮ*
(ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ; ਸ਼੍ਰੇਣੀ I 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ):
$5,000

ਆੱਰਥੋਡੋਂਸ਼ੀਆ – ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਬੱਚੇ:
50% ਜੀਵਨ ਭਰ ਅਧਿਕਤਮ
$5,000 ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ

*ਕਿਸੇ PDA ਡੈਂਟਿਸਟ ਕੋਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ $2,000 ਅਧਿਕਤਮ ਤੱਕ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿੱਥੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀ III – ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

Delta Dental ਨੈੱਟਵਰਕ

Delta Dental PPO ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਨਾਲਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਭ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ Delta Dental Premier® ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਮੁਫ਼ਤ Sonicare ਟੁੱਥਬ੍ਰੱਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

Delta Dental ਮੈਂਬਰ ਜੋ ਇੱਕ ਨਵੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਵਜੋਂ ਪੈਸੀਫਿਕ ਡੈਂਟਲ ਅਲਾਇੰਸ (Pacific Dental Alliance, PDA) ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ Sonicare ਟੁੱਥਬ੍ਰੱਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪੂਰੀ PDA ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸੂਚੀ ਇੱਥੇ ਦੇਖੋ:
myseiu.be/oe-pda.

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਨੈੱਟਵਰਕ
ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਮਿਆਦ ਕਟੌਤੀਯੋਗ			
ਸ਼੍ਰੇਣੀ I ਅਤੇ ਆੱਰਥੋਡੋਂਸ਼ੀਆ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਨੈੱਟਵਰਕ ($50 ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ)	$0	$50	$50
ਸ਼੍ਰੇਣੀ 1 - ਡਾਇਗਨੌਸਟਿਕ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਯੋਗ			
ਮੁਆਇਨੇ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਫਲੋਰਾਈਡ ਐਕਸ-ਰੇ ਸੀਲੰਟ	100%	80%	80%
ਸ਼੍ਰੇਣੀ II - ਰੀਸਟੋਰੇਟਿਵ			
ਰੀਸਟੋਰੇਸ਼ਨਾਂ (ਬਹਾਲੀਆਂ) ਪੋਸਟੈਰੀਅਰ ਕੰਪੋਜ਼ਿਟ ਫਿਲਿੰਗਜ਼ ਐਂਡੋਡੋਂਟਿਕਸ (ਰੂਟ ਕਨਾਲ) ਪੀਰੀਅਡੋਂਟਿਕਸ ਓਰਲ ਸਰਜਰੀ	100%	60%	60%
ਸ਼੍ਰੇਣੀ III - ਮੇਜਰ			
ਨਕਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਸੈੱਟ ਅੰਸ਼ਕ ਨਕਲੀ ਦੰਦ ਇਮਪਲਾਂਟ ਬਰਿੱਜ ਕ੍ਰਾਊਨ	80%	40%	40%

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਨੈੱਟਵਰਕ
ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਖਰਚੇ	O		
ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਲੇਮ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਫ਼ਾਈਲ ਕਰਦਾ ਹੈ	O	O	
ਕੁਆਲਿਟੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇਖਰਚੇ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ	O	O	

ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ: ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣਗੇ। ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਜੇ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਤੋਂ 50 ਮੀਲ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਦੂਰ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲੋਂ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

SEIU 775 BENEFITS GROUP

Willamette Dental

ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ
ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ 8/1/2025

Washington, Inc. ਦੇ Willamette Dental ਦੇ ਦਸਤਖਤਾਂ ਹੇਠ ਜਾਰੀ, ਇਹ ਪਲਾਨ ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਮ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਕੁ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ **1-855-433-6825** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ **myseiu.be/oe-willamette** 'ਤੇ ਜਾਓ। ਸੀਮਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬੰਦਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਜਾਓ **myseiu.be/willamette-exclusions**.

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ	ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਸਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ	ਕੋਈ ਸਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ ਨਹੀਂ*
ਕਟੌਤੀਯੋਗ	ਕੋਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਨਹੀਂ
ਜਨਰਲ ਅਤੇ ਆਰਥੋਡੌਂਟਿਕ ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ	ਪ੍ਰਤੀ ਦੌਰਾ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ
ਡਾਇਗਨੌਸਟਿਕ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਨਿਯਮਿਤ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਜਾਂਚਾਂ, ਐਕਸ-ਰੇ, ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ, ਫਲੋਰਾਈਡ ਇਲਾਜ, ਸੀਲੰਟਸ (ਪ੍ਰਤੀ ਦੰਦ), ਸਿਰ ਅਤੇ ਗਰਦਨ ਦੀ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ, ਓਰਲ ਸਫ਼ਾਈ ਨਿਰਦੇਸ਼, ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਲ ਚਾਰਟਿੰਗ, ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਲ ਮੁਲਾਂਕਣ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਰੀਸਟੋਰੇਟਿਵ ਡੈਂਟਿਸਟ੍ਰੀ	
ਫਿਲਿੰਗਜ਼ (ਅਮਲਗਮ)	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਪੋਰਸਿਲੇਨ-ਮੈਟਲ ਕ੍ਰਾਊਨ	ਤੁਸੀਂ $250 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਪ੍ਰੋਸਥੋਡੌਂਟਿਕਸ(Prosthondotics)	
ਮੁਕੰਮਲ ਉੱਪਰਲਾ ਜਾਂ ਹੇਠਲਾ ਡੈਂਚਰ (ਜਬੜਾ)	ਤੁਸੀਂ $400 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਬਰਿੱਜ (ਪ੍ਰਤੀ ਦੰਦ)	ਤੁਸੀਂ $250 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਐਂਡੋਟੋਨਟਿਕਸ ਅਤੇ ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਿਕਸ	
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ – ਐਨਟੀਰੀਅਰ	ਤੁਸੀਂ $85 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ - ਬਾਈਕਸਪਿਡ	ਤੁਸੀਂ $105 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ – ਮੋਲਰ	ਤੁਸੀਂ $130 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਓਸੀਅਸ ਸਰਜਰੀ (ਪ੍ਰਤੀ ਕੁਆਡਰੈਂਟ)	ਤੁਸੀਂ $150 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਪਲਾਨਿੰਗ (ਪ੍ਰਤੀ ਕੁਆਡਰੈਂਟ)	ਤੁਸੀਂ $75 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਓਰਲ ਸਰਜਰੀ	
ਨਿਯਮਤ ਐਕਸਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ (ਇੱਕ ਦੰਦ)	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਸਰਜੀਕਲ ਐਕਸਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ	ਤੁਸੀਂ $100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਆਰਥੋਡੌਂਟੀਆ ਇਲਾਜ	
ਪੂਰਵ-ਆਰਥੋਡੌਂਟੀਆ ਇਲਾਜ	ਤੁਸੀਂ $150 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ**
ਵਿਆਪਕ ਆਰਥੋਡੌਂਟਿਕ ਇਲਾਜ	ਤੁਸੀਂ $1,500 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਡੈਂਟਲ ਇਮਪਲਾਂਟ	
ਡੈਂਟਲ ਇਮਪਲਾਂਟ ਸਰਜਰੀ	ਇਮਪਲਾਂਟ ਲਾਭ ਅਧਿਕਤਮ $1,500 ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ
ਫੁਟਕਲ	
ਸਥਾਨਕ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਡੈਂਟਲ ਲੈਬ ਫ਼ੀਸਾਂ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਨਾਈਟਰਸ ਆਕਸਾਈਡ	ਤੁਸੀਂ $40 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਮਾਹਰ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਦੌਰਾ	ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਤੀ ਦੌਰਾ $30 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਕੇਅਰ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ	ਤੁਸੀਂ $250 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ

*TMJ ਦੀ $1000 ਸਾਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ/ $5000 ਜੀਵਨ ਭਰ ਅਧਿਕਤਮ ਹੈ **ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵਿਆਪਕ ਆਰਥੋਡੋਨਟੀਆ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। **ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ:** ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣਗੇ। ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਜੇ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਤੋਂ 50 ਮੀਲ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਦੂਰ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲੋਂ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

SEIU 775 BENEFITS GROUP

progyny

Progyny ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ
ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ 8/1/2025

Summary of Benefits and Coverage (ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ) (SBC) ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ। SBC ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਵਰ ਹੋਈਆਂ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲਾਗਤ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਪਲਾਨ ਕਿਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (833) 233-0517 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਨਿਰਧਾਰਤ Progyny Pregnancy and Postpartum ਸੰਭਾਲ ਕੋਚ ਜਾਂ ਆਪਣੇ Progyny ਪੇਸ਼ੈਂਟ ਕੇਅਰ ਐਡਵੋਕੇਟ (PCA) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਵਾਲ	ਜਵਾਬ	ਇਹ ਕਿਉਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ:
ਸਮੁੱਚਾ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?	**ਵਿਅਕਤੀਗਤ $0 / ਪਰਿਵਾਰ $0**	ਤੁਹਾਡੇ Progyny ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਕੀ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਹੈ?	ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ Progyny Pregnancy and Postpartum ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਕੀ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਹੈ?	ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ Progyny Pregnancy and Postpartum ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਰਕਮ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਵਰ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ?	ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ Progyny Pregnancy and Postpartum ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਪਲਾਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗਤ ਵੰਡ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਕੀ ਖਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ?	ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ Progyny Pregnancy and Postpartum HRA ਪਲਾਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਲਾਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇਹਤਿਆਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗਤ ਵੰਡ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਇਸ ਪਲਾਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਖਰਚ ਦੀ ਸੀਮਾ ਕੀ ਹੈ?	ਵਿਅਕਤੀਗਤ $0 / ਪਰਿਵਾਰ $0	ਤੁਹਾਡੇ Progyny ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਜੇਬ੍ਹ ਤੋਂ ਖਰਚ ਦੀ ਕੋਈ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਘੱਟ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੋਗੇ?	ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।	Progyny ਦੇ ਗਰਭਅਵਸਥਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੰਭਾਲ ਕੋਚ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸਾਰੇ ਹੀ ਇਸ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਗੈਰ-Progyny ਕੋਚਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਬਾਹਰ ਰੱਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਵਰਡ ਸੇਵਾਵਾਂ:
ਬਾਹਰ ਰੱਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਘਰੇਲੂ ਓਵੂਲੇਸ਼ਨ ਅਨੁਮਾਨ ਕਿੱਟਾਂ (ovulation prediction kits), ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈ, ਅਤੇ ਅਮੈਰਿਕਨ ਸੋਸਾਇਟੀ ਆਫ਼ ਰੀਪ੍ਰੋਡਕਟਿਵ ਮੈਡੀਸਿਨ (American Society of Reproductive Medicine) ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਮੰਨੇ ਜਾਂਦੇ ਇਲਾਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਕੈਰੀਅਰ (gestational carrier) ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੇ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਲੈਬ ਟੈਸਟਾਂ ਲਈ ਫੀਸਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਗਾਈਡ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ PCA ਤੋਂ ਪਤਾ ਕਰੋ। ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਹਨ ਜੋ Progyny ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਤਹਿਤ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ; ਪਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ:
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਮਗਰੋਂ ਇਸਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਹੈ: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੀ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਜਾਂ SHOP. ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦਣਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, www.HealthCare.gov 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ 1-800-318-2596 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ:
ਜੇ ਦਾਅਵੇ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਹੋ ਜਾਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਪ੍ਰਤੀ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਹੈ ਤਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵੀ ਹਨ ਜੋ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ (grievance) ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਉਸ ਡਾਕਟਰੀ ਦਾਅਵੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਪ੍ਰਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਦਾਅਵਾ, ਅਪੀਲ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਵੇਂ ਦਰਜ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ, ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, www.dol.gov/ebsa/healthreform ਅਤੇ http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ (Minimum Essential Coverage) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ?
ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮਾਰਕੀਟ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਰਾਹੀਂ ਉਪਲਬਧ ਪਲਾਨ, ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, ਅਤੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਈ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੋ।

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮੁੱਲ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ (Minimum Value Standards) ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ?
ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪਲਾਨ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮੁੱਲ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਰਾਹੀਂ ਕਿਸੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋ।

KAISER
PERMANENTE®

2025-2026 ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ

ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੀ ਵਿਸਤਾਰਸਹਿਤ ਵਿਆਖਿਆ ਅਤੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਲਾਗਤ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।

Patrick M.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Puyallup

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. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.kp.org/plandocuments or call 1-888-901-4636 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	In-network: $0 Out-of-network provider: $500 Individual / $1,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-Network provider: $1,200 Individual / $2,400 Family Shared in and out-of-network	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.kp.org or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Specialist visit	$15 / visit	$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Preventive care/screening/ immunization	No charge	20% coinsurance , deductible does not apply.	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	20% coinsurance	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Value-based drugs Preferred generic drugs	$4 (retail); $8 (retail); $5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	$13 (retail) / prescription, deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). No charge for contraceptives. Subject to formulary guidelines.
	Preferred brand drugs	$25 (retail); $5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	$30 (retail) / prescription , deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	$50 (retail); $5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	$55 (retail) / prescription, deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines .
	Specialty drugs	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$50 / visit	$50 / visit, then 20% coinsurance	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$200 / visit	$200 / visit, deductible does not apply.	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours if admitted to a out-of-network provider; limited to initial emergency only. Copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance, deductible does not apply.	None
	Urgent care	No charge	$15 / visit, then 20% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	$100 / day up to $500 / admission	$100 / day up to $500 / admission	Preauthorization required
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Inpatient services	$100 / day up to $500 / admission	$100 / day up to $500 / admission	Preauthorization required
If you are pregnant	Office visits	No charge	$15 / visit, then 20% coinsurance	Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	$100 / day up to $500 / admission	$100 / day up to $500 / admission, then 20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
	Rehabilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: $100 / day up to $500 / admission	Outpatient: $15 / visit, then 20% coinsurance Inpatient: $100 / day up to	Combined with Habilitation services: Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
			$500 / admission	Limits are combined with in and out-of-network provider networks.
	Habilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: $100 / day up to $500 / admission	Outpatient: $15 / visit, then 20% coinsurance Inpatient: $100 / day up to $500 / admission	Combined with Rehabilitation services: Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks.
	Skilled nursing care	No charge	20% coinsurance	60-day limit / year. Limits are combined with in and out-of-network provider networks. Preauthorization required
	Durable medical equipment	No charge	50% coinsurance	Subject to formulary guidelines. Preauthorization required
	Hospice services	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam	$15 / visit, then 20% coinsurance	Limited to 1 exam / 12 months
	Children's glasses	No charge	Shared with In-Network	Members age 19 and over limited to $600 / 12 months; Members under age 19 limited to 1 pair of frames and lenses / year or contact lenses covered at 50% coinsurance
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Heating aids
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult and child)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Acupuncture (20 visit limit / year)
- Bariatric surgery
- Children's glasses
- Chiropractic care (20 visit limit / year)
- Routine eye care (Adult)

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 shown in the chart below. 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 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, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

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? Yes

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.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost-sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$15**
- **Hospital (facility) copayment** **$100**
- **Other (blood work) copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits *(prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests *(ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	**$12,700**

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$100
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Peg would pay is	**$120**

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$15**
- **Hospital (facility) copayment** **$100**
- **Other (blood work) copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits *(including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	**$5,600**

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$600
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	**$600**

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** **$0**
- **Specialist copayment** **$15**
- **Hospital (facility) copayment** **$100**
- **Other (x-ray) copayment** **$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	**$2,800**

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$300
Coinsurance	$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	**$500**

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

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 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 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 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.

ਪਲਾਨ ਦੇ ਸਰੋਤ

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ	MAGNACARE℠
ਫ਼ੋਨ	1-877-606-6705 (ਸੋਮਵਾਰ-ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ)
ਈਮੇਲ	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਸ ਖਾਤਾ	myseiu.be/magnacare

Kaiser Permanente of Washington		KAISER PERMANENTE®
ਨਵੀਆਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
ਨਰਸ ਹੈਲਪਲਾਈਨ	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-language

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

ਹੋਰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ		
EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny (ਜਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਣਾਉਣਾ)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਸਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ।

ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇਗਾ।