



Dora P.  
مزود رعاية، تاكوما

2025-2026

Get healthcare coverage information in your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ଓଡ଼ିଆ ଭାଷାରେ ମହାନମୁଖ୍ୟ ପରିକାରକାରୀ ପରିକାରକାରୀ ପରିକାରକାରୀ

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

ଆପଣଙ୍କ ଭାଷା ଦିଁଚ ହୈଲ୍ସକେଅର କରେଜ ବାରେ  
ଜାଣକାରୀ ପରାପତ କରୋ।

Получите информацию о медицинском страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

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

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

# دليل تغطية الرعاية الصحية



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



# مزايا الصحة والعاافية

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



## حذاء مجاني لمزودي الرعاية: Caregiver Kicks

احصل على حذاء مجاني سنويًا! توفر أحذية Caregiver Kicks بأكثر من 90 تصميماً من Sketchers وReebok، وأحذية مقاومة للانزلاق مصممة للحفاظ على سلامتك ومنحك المزيد من الراحة أثناء العمل.

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



## مزايا الرعاية الذاتية

يقدم مزودو الرعاية في أغلب الأحيان الآخرين على أنفسهم، ولكن الرعاية الذاتية مهمة أيضًا. توجد العديد من المزايا المجانية ومنخفضة التكلفة لمزودي الرعاية والتي يمكن أن تساعد في معالجة الإجهاد والقلق والاكتئاب.

[myseiu.be/self-care](http://myseiu.be/self-care)

## المزيد من المزايا المتاحة لمزودي الرعاية



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

## 3 مميزات خطة الرعاية الصحية

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

## 7 حساب المزايا الصحية

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

## 8 الأسئلة الشائعة حول التغطية

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

## 10 كيفية الاحتفاظ بالتغطية

## 11 دعم المزايا الصحية

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

Deborah M.

مزود رعاية، فانکوفر



كانت عملية التسجيل سهلة للغاية.  
لقد أطلعت فقط على الكتب وألقيت  
تربيزي على الأمور المهمة بالنسبة  
إلي. وكان إجراء ذلك عبر الإنترنت  
أمّا بسيطاً".

مزود رعاية Acacia V.

# الدليل التفصيلي

## للتقدم بطلب

### للحصول على التغطية

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

احصل على المساعدة  
بشأن الأسئلة المتعلقة  
بتغطية والأهلية والتقديم.

#### 1 تعرّف على تغطيتك

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

#### 2 الاستعداد للتقدم بطلب

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

#### 3 إنشاء حساب مزايا صحية

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

#### 4 تقديم طلبك وإرساله

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

#### 5 تلقي الإشعارات بشأن طلبك

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

بعد ولادة طفلها الثاني، سجلت Dani KadlCoverage for Kids الأطفال في برنامج التغطية الصحية للأطفال، وأثبتت على "الأسعار الرائعة" التي تساعد أسرتها في التوفير والإدخار شهرياً.

Dani R.  
مزود رعاية، أسوتين



# خيارات خطة تغطية الرعاية الصحية

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

الخيار 3



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

**35 دولاراً/شهرياً**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

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

يمكنك إضافة الأطفال المعالين المؤهلين حتى يبلغهم سن 26 عاماً، ويشمل ذلك الأطفال البيولوجيين والأطفال المتبنيين وأبناء الزوج/زوجة وأبناء شركاء السكن.

على الأعضاء المشتركين في خطة KPWA POS تغيير الخطط لـCoverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).

**الأهلية**

يمكنك العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة أو أكثر شهرياً.

الخيار 2



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

**125 دولاراً/شهرياً**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

الخيار 1



التغطية الفردية  
التغطية الطبية  
وتغطية طب الأسنان

**25 دولاراً/شهرياً**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

**الأقساط الشهرية المشتركة:**  
المبلغ الذي تدفعه شهرياً لتغطية  
الرعاية الصحية، اطلع على الصفحة  
9 لمعرفة المزيد من التفاصيل.

**الأهلية**

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة  
مدفوعة أو أكثر شهرياً.

2025

# المزايا المُحسنة والمزايا الجديدة

# مزايا التغطية المهمة

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

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

## زيارات مجانية لتلقي الرعاية الأولية

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

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

## رعاية الحالات العاجلة والطارئة

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

## موثوقية التغطية

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

## مزايا التبني لدى Progyny

احصل على ما يصل إلى 15000 دولار أمريكي لتغطية النفقات المتعلقة بالتبني (مِيزَة مُدِي الحياة<sup>1</sup>).

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

## تخفيض تكاليف الوصفات الطبية

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

## مزايا رعاية تثبيت الجنس

تغطي جميع الخطط الآن مجموعة متنوعة من الإجراءات والعلاجات.

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



Merissa Clyde  
الرئيس التنفيذي (CEO),  
SEIU 775  
Benefits Group

## تدريب العافية وبرامجها

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

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

## العلاج بتقدير العمود الفقري والتدعيم

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

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

## مزايا الصحة الإنجابية وتكوين الأسرة

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

## مزايا الوصفات الطبية

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

## مزايا الصحة النفسية

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

## المزايا الخاصة بالبصر

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

## المزايا الخاصة بالسمع

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



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

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

"في إحدى المرات، كنتُ مريضة للفagine ومكثت في المستشفى لمدة 45 يوماً. ولأنني أتنزع بتغطية صحية، لم أدفع سوى مبلغ بسيط، بينما تغطى التأمين معظم التكاليف. لذلك، من المهم أن تكون لدى تغطية صحية."

Amy L.  
مزود رعاية، سياتل





# خطة طب الأسنان

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

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

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

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



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

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

# التقدم بطلب للحصول على التغطية عبر الإنترنٌت

## التتحقق من أهليتك

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

## التقدم بطلب للحصول على تغطية أو تحديتها

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

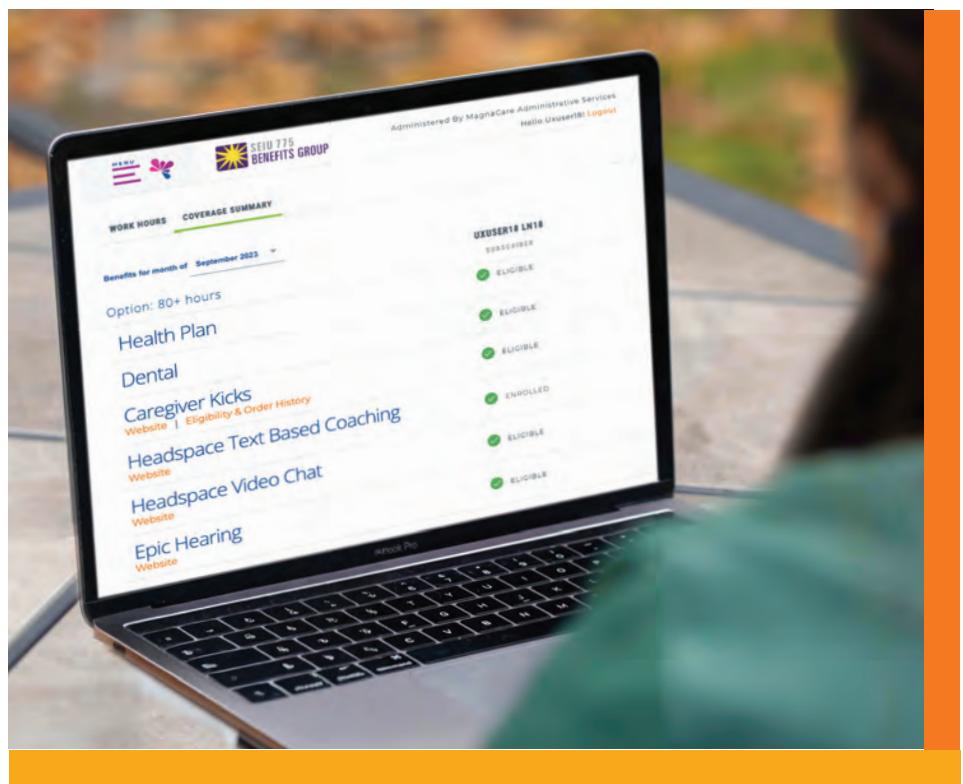
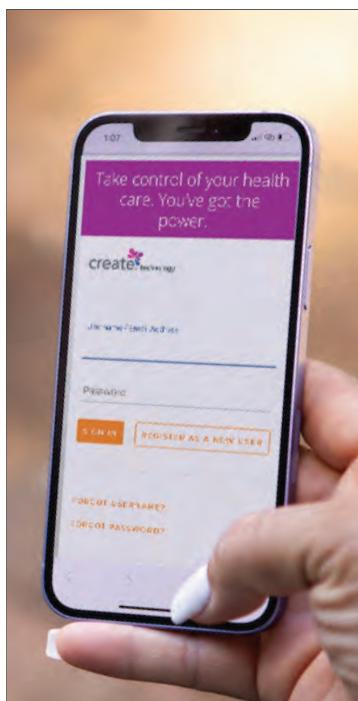
## الحصول على دعم الدردشة المباشرة

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

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



توفر الحسابات حالياً باللغة الإنجليزية. في حال احتجت مساعدة جيال إنشاء حساب أو احتجت دعماً لغويًّا، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.



# الأسئلة الشائعة حول تغطية الرعاية الصحية

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

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

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

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

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

## كيف أضيف (التغطية الصحية للأطفال)? **Coverage for Kids**

1. أكمل قسم Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) في الطلب.  
2. حدد خيار تغطية، تغطية الرعاية الطبية وتغطية طب الأسنان أو تغطية طب الأسنان فقط.

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

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

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

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

## كيف أصبح مؤهلاً للتغطية الفردية؟

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

## كيف يمكنني تقديم طلب؟

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

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

## متى أستطيع التقدّم بطلب؟

هناك 3 أوقات يمكنك فيها التقدّم بطلب للحصول على التغطية

1. الأهلية الأولية: خلال 60 يوماً من تاريخ المواد الخاصة بتسخيّل المؤهل حديثاً. الأهلية الأولية هي عندما تصبح مؤهلاً للمرة الأولى.

2. فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية: من يوم 1 حتى 2 يوليو سنوياً. إذا كنت مسجلاً بالفعل، فسيتم تجديد تغطيتك تلقائياً ولا يلزم اتخاذ أي إجراء إلا إذا كنت ترغب في إجراء تغييرات.

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

**ألم تصبح مؤهلاً بعد؟  
لا يزال بإمكانك التقدّم بطلب خلال  
فترة التسجيل Open Enrollment  
السنوي للتغطية الصحية، في  
الفترة من 1 حتى 20- يوليو!**

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

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



## ما الذي سيحدث إذا أردت إنهاء تغططيتي؟

لإنهاء التغطية لنفسك أو لأطفالك، قدم استمارة تنازل عن التغطية. عند استلام التنازل:

- بحلول اليوم الخامس عشر من الشهر، تنتهي التغطية في اليوم الأول من الشهر التالي.
- بعد اليوم الخامس عشر من الشهر، تنتهي التغطية في اليوم الأول من الشهر الثاني.

مهم: يمكنك إعادة التسجيل فقط خلال Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية) أو بعد واقعة التأهيل. تُعاد ضبط التنازلات المستلمة قبل 1 يوليو من العام الحالي خلال Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية). إذا كانت لديك تغطية خلال الـ 12 شهراً الماضي، فسيتم إعادة تسجيلك تلقائياً ما لم تقدم استمارة تنازل عن التغطية جديدة.

## ماذا يحدث إذا فقدت التغطية؟

ستتلقى معلومات بشأن قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (COBRA) من (1-877-606-6705)، وتم إدارته من قبل Ameriflex. يتيح قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (COBRA) لمقدمي الرعاية وأطفالهم الحفاظ على التغطية مقابل دفع شهرية. إذا توقفت عن تقديم الرعاية وتحتاج إلى تغطية طويلة الأجل، فتحقق من أهليةك للحصول على تغطية Washington Apple Health .wahealthplanfinder.org خيارات أخرى على

## اعمل لساعات أكثر للحفاظ على تغطيتكم

إذا كنت مقدم خدمات للأفراد (IP) وتحتاج إلى مزيد من ساعات العمل للحصول على التغطية أو الحفاظ عليها، جرب Carina، موقع إلكتروني مجاني لمطابقة الوظائف يساعدك على العثور على مزيد من العمالة. تعرّف على المزيد عبر الرابط الإلكتروني [myseiu.be/carina](http://myseiu.be/carina).



## متى سيدأ تطبيق التغطية؟

**Open Enrollment** (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية): أرسل الطلبات أو التغييرات بحلول 20 يوليو لحظي بالتجهيز بدءاً من 1 أغسطس.

**الأهلية الأولية وقائع التأهيل:** تبدأ التغطية في اليوم الأول من الشهر الذي يلي استلام طلبك ومعالجته، الأمر الذي يستغرق حوالي أسبوعين. على سبيل المثال، إذا تم استلام طلبك المكتمل:

- بحلول 15 مارس، ستبدأ التغطية في 1 أبريل.

- من يوم 16 حتى 31 مارس، ستبدأ التغطية في 1 مايو.

لا يمكن بدء Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) إلا بعد استلام اعتماد المعالين لديك ومعالجته.

## كيف يمكنني دفع القسط المشترك الشهري؟

سيخصم صاحب العمل تلقائياً قسطك الشهري (المبلغ الذي تدفعه كل شهر) من أجرك. وإذا لم يتمكن صاحب العمل من دفع المبلغ المستقطع، فإنك ستتلقى خطاب الدفع الذاتي بالبريد وعبر البريد الإلكتروني لتوجيهك لدفع قيمة قسطك المشترك. يمكنك الدفع بالشيك، أو باستخدام حساب المزايا الصحية على الإنترنت.

إذا كنت مقدم خدمة فردي (IP) لدى CDWA، فسيتم دفع الدفعة الشهرية الأولى ذاتياً.

## كيف تؤثر ساعات عملك على تغططيتي؟

بمجرد تسجيلك في التغطية، ستحدد ساعات عملك في شهر واحد حالة تغططيتك بعد شهرين. على سبيل المثال: تحدد ساعات العمل في شهر يناير تغططيتك في شهر مارس.

شهر التغطية	شهر العمل
يناير ←	مارس
فبراير ←	أبريل
مارس ←	مايو
أبريل ←	يونيو
مايو ←	يوليو
يونيو ←	أغسطس
يوليو ←	سبتمبر
أغسطس ←	أكتوبر
سبتمبر ←	نوفمبر
أكتوبر ←	ديسمبر
نوفمبر ←	يناير
ديسمبر ←	فبراير

أدوات العمل التي أذيعها دلال هذا الشهر:  
ـ در تغطية هذا الشهر:



# موثوقة التغطية

قد تُصعب الجداول الزمنية غير المُتواعدة الالتزام بساعات العمل المطلوبة. تُساعد ميزة موثوقة التغطية في ضمان تغطية رعاية صحية مُستمرة، حتى في حال عدم قدرتك على العمل كما هو مخطط له.

## آلية عمل موثوقة التغطية:

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

## الأسئلة الشائعة:

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

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

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

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

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

# الحفاظ على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

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

## !**تأدية ساعات عملك المطلوبة.**

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

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

## !**الإبلاغ عن ساعات عملك في الموعد المحدد.**

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

## !**دفع قسطك الشهري المشترك كله.**

اطّلع على الصفحة السابقة لمزيد من المعلومات.

**تعرف على المزيد من المعلومات بشأن الحفاظ على تغطيتك على myseiu.be/maintain**

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



# خدمة العملاء

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

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

**1-877-606-6705**

يتوفر دعم اللغات.



## دعم الدردشة المباشرة

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

**SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**

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

## مصادر إضافية

### استخدم تغطيتك

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

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

### Coverage for Kids (التفطية الصحية للأطفال)

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

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

### الشروط العامة للتأمين

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

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

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# كتيب تفاصيل الخطة

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

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

1-877-606-6705

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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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

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

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

**ملخص المزايا والتفطية (SBC):**  
يشتمل شرح خطتك المفصل ما يلي:

- كيفية تغطية الاحتياجات الطبية والوصفات الطبية الشائعة (مثل زيارات الطبيب والمخبريات ورعاية مرضي السكري وما إلى ذلك).
- ما تتحمله وما تغطيه الخطة (المبالغ المقترضة والدفعات المشتركة والتأمين المشترك).
- ما تشمله الخطة وما لا تشمله (القيود أو الاستثناءات على التغطية).

**موارد الخطة:**

إليك أرقام الاتصال والموقع الإلكتروني التي يمكنك استخدامها بمجرد التسجيل.



Maila C.  
Seattle  
مزود رعاية.

# ملخص التعديلات الجوهرية

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

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

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

**موثوقية التغطية** توفر لمزودي الرعاية نقطتي رصيد سنويًا. تمدد شهر واحد إذا لم تتمكن من تلبية ساعات العمل المطلوبة، وهذا يوفر تغطية مستمرة لك ولأفراد عائلتك المعالين.

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

**تخفيض تكاليف الوصفات الطبية لما يلي:**

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

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

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

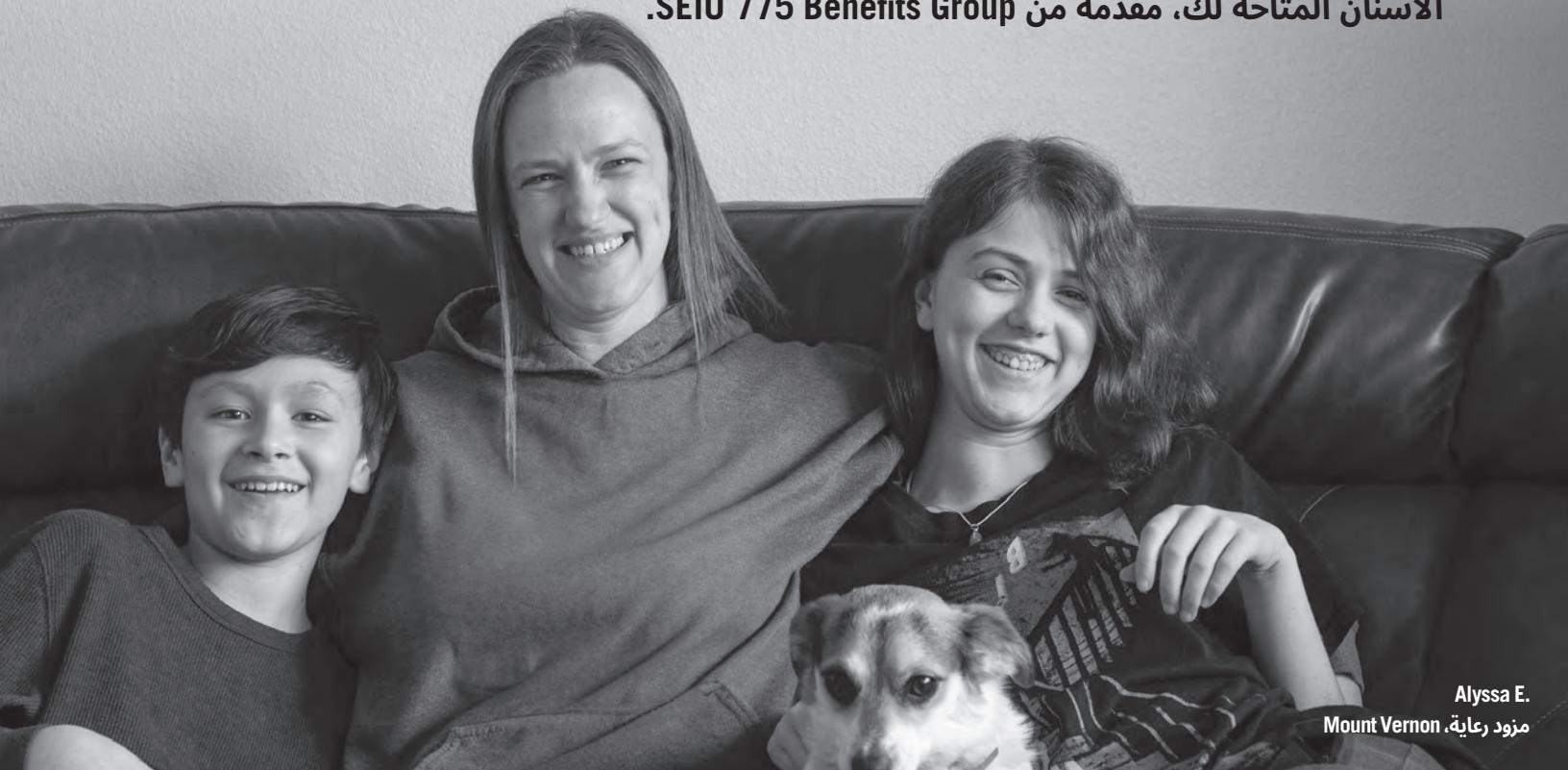
لمزيد من المعلومات بخصوص هذه التغييرات، يرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 6705-606-877-1 في مواعيد العمل من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ أو على البريد الإلكتروني [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com).



تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان

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



Alyssa E.  
Mount Vernon.  
مزود رعاية.

**نبذة عن خطة Aetna الذاتية التأمين**  
تاریخ السریان 2025/8/1



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

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

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضلة	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
العلاج بالوخز	ال المشاركة بدفع 0 دولار كلفة 20 زيارة في السنة التقويمية	تم مشاركتها مع المؤفر المفضل عند نهاية الزيارة ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين
خدمات الإسعاف	دفعه مشتركة بقيمة 200 دولار	نفس مزايا مزود الخدمة المفضل
الاعتماد الكيميائي	المرضى الداخليون: تم المشاركة بدفع 100 دولار، لل يوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين	المرضى الداخليون: تم المشاركة بدفع 100 دولار، لل يوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: مجاني
الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات	مغطاة بنسبة 50 %، ويتم تطبيق الاقتطاع	مغطاة بنسبة 100 %
مستلزمات مرضي السكري	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضي السكري لا تخضع لهذه الحدود.	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضي السكري لا تخضع لهذه الحدود.
خدمات المختبر التشخيصية والأشعة السينية	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى عيادة خارجية: مغطى بالكامل	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى عيادة خارجية: مغطى بالكامل
خدمات الطوارئ ( يتم التنازل عن مشاركة الدفع إذا تم تقديمها)	دفعه مشتركة بقيمة 200 دولار	دفعه مشتركة بقيمة 200 دولار
فحوصات السمع (روتينية)	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين	المشاركة في دفع 15 دولاراً
أجهزة السمع	تُعطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكاليف، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتفطية myseiu.be/epic تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على	تُعطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكاليف، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتفطية تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على myseiu.be/epic
خدمات الصحة المنزلية	تم مشاركتها مع المقدم المفضل عند كل زيارة ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين.	مغطاة بالكامل حتى 130 زيارة في كل سنة تقويمية
خدمات الاعتناء المنزلي	يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين.	مغطى بالكامل
خدمات العقم	غير مشمولة	تُعطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوصية وبناء الأسرة) تساعد Smart Cycles 1+2 الأعضاء طوال رحلة الخصوبة وبناء الأسرة. تعرّف على المزيد على myseiu.be/progyny
العلاج اليدوي	تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين	تغطية ما يصل إلى 20 زيارة في كل سنة تقويمية دونأذن مسبق لا توجد دفعه مشتركة
خدمات التدليك	تم مشاركتها مع المؤفر المفضل عند نهاية الزيارة ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين	المشاركة في دفع 15 دولاراً 20 زيارة في السنة التقويمية)
خدمات الأمومة	المرضى الداخليون: تم المشاركة بدفع 100 دولار، لل يوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين. المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.	المرضى الداخليون: تم المشاركة بدفع 100 دولار، لل يوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولاراً. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.

المزايا	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة	شبكة مقدم الرعاية المفضلة
الصحة العقلية	<p><b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين</p>	<p><b>المرضى الداخليون:</b> سنتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني</p>
العلاج الطبيعي	المشاركة بدفع 15 دولار لمقدم الخدمة المُفضّل عند كل زيارة، وبُطّلِق الاقتطاع والتأمين المشترك	مجاني. زيارات غير محدودة في السنة التقويمية
خدمات حديثي الولادة	<p><b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية، أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.</p>	<p><b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية، أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.</p>
الجراحة المرتبطة بالسمنة (البدانة)	غير مشمولة	مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية
رعاية الأعضاء	غير مشمولة	<p>غير محدود، لا توجد فترة انتظار</p> <p><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة في دفع 15 دولاراً</p>
الرعاية الوقائية (فحوصات الرعاية الصحية، والتطعيمات، وفحوصات مسحة عنق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة السينية)	غير مشمولة	<p>مغطى بالكامل</p> <p>خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المطبقة المانعة للحمل والتعقيم) مغطاة بالكامل.</p>
خدمات إعادة التأهيل (زيارات إعادة التأهيل هي مجموعة زيارات العلاج المجمعة في السنة التقويمية)	<p><b>المرضى الداخليون:</b> تتم مشاركة الحدود اليومية مع حد مزايا المفضل. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> تتم مشاركة الحدودزيارة مع حد مزايا المفضل. ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين</p>	<p><b>المرضى الداخليون:</b> 60 يوماً في السنة التقويمية. تُعطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> 60 زيارة في السنة التقويمية. تُعطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. المشاركة في دفع 15 دولاراً</p>
مرافق التمريض المؤهلة	تم مشاركة الحدود اليومية مع مزايا المقدم المفضل مع تطبيق الاقتطاع والتأمين.	مغطاة بالكامل حتى 60 يوماً في السنة التقويمية
التعقيم (قطع القناة الدافقة، ربط البوء)	<p><b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين</p> <p>تُعطى إجراءات تعقيم النساء وفقاً للمشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزنة.</p>	<p><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة في دفع 15 دولاراً</p> <p>الإجراءات الخاصة بتعقيم النساء مغطاة بالكامل.</p>
خدمات المفضل (الفكي الصدغي (TMJ))	<p><b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة في دفع 15 دولاراً</p>	<p><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً</p> <p><b>المرضى الخارجيون:</b> المشاركة في دفع 15 دولاراً</p>
استشارة الإقلاع عن التبغ	يتم تطبيق حصة التكلفة المطبقة	برنامج الإقلاع عن التبغ مدى الحياة - مغطى بالكامل
الرعاية البصرية الروتينية (زيارة واحدة كل 12 شهراً)	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين	المشاركة في دفع 15 دولاراً
الأجهزة البصرية (العدسات، بما في ذلك العدسات اللاصقة والإطارات)	تمت مشاركته مع مزايا المقدم المفضل	كل الأعضاء: 600 دولار لكل 12 شهراً

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

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

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

**فترة تقديم الميزة:**  
31/12/2025-1/1/2025

**الحد الأقصى لفترة الإعانت\***  
(لكل شخص؛ لا ينطبق على الفئة الأولى): 5,000 دولار

**خدمة تقويم الأسنان — البالغون والأطفال:** 50% كحد أقصى مدى الحياة بمقدار 5,000 دولار لكل شخص

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

### **Delta Dental Premier**

تمتلك شبكة Delta Dental PPO أقصى قدر ممكن من المزايا، كما تمكنك من الوصول إلى شبكة Delta Dental Premier® بساعدك على توسيعة خياراتك.



**احصل على  
فرشاة أسنان  
Sonicare  
مجاناً**

بالنسبة إلى أعضاء Delta Dental PPO الذين يزورون مقدم كمرضى جدد: يمكنك الحصول على فرشاة أسنان Sonicare مجاناً.

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

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

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

\* يمتلك المفضل الفكي الصدغي الحد الأقصى على مدى الحياة \*\* الدفع المشترك المضاف إلى المشاركة في الدفع للعلاج تقويم الأسنان الشامل إذا وافق المريض على خطة العلاج. **طوارئ الأسنان:** سيوفر المقدمون المشاركون العلاج لحالات طوارئ الأسنان خلال ساعات العمل. ستتوفر الشركة المزايا للخدمات المغطاة التي يقدمها المقدمون المشاركون في علاج طوارئ الأسنان. يمكن أن يبحث المسجل عن علاج لطوارئ الأسنان من مقدم غير مشارك إذا كان المسجل يبعد أكثر من 50 ميلًا عن أي مكتب للمقدمون المشاركون.

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

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

#### حقوقك في رفع الشكاوى وتقديم الالتماسات:

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

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

عادة ما يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية خططاً وتأميناً صحيحاً متاحاً عبر المتجر أو وثائق فردية أخرى في السوق، وMedicare وCHIP، وMedicaid، وTRICARE، وMedicare. في حال تأهلت للحصول على أنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تتأهل للحصول على الائتمان الضريبي للأقساط.

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

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

#### خدمات مُستثناة وغيرها من الخدمات المُغطاة:

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

#### حقوقك في متابعة تغطيتك:

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



تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# ملخص المزايا والتغطية

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



Patrick M.  
Puyallup, مزود رعاية



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](http://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, deductible, 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>deductible</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>deductible</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>deductible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deductible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. La atención de emergencia y los <u>medicamentos con receta médica</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</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>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</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> , <u>cargos de 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 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del 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 **deductible**, 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)	
<u>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</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>deductible</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> .
<u>Si se realiza un examen</u>	<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><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b></p> <p><b>La cobertura de medicamentos con receta médica está administrada por Sav-Rx</b></p> <p>Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p>	Medicamentos genéricos	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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.	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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 copago/medicamentos con receta médica.	Cubre un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Excluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cubren los anticonceptivos para mujeres. Se requiere terapia escalonada. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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.	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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 copago/medicamentos con receta médica.	

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/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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/medicamentos con receta médica.</u>	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el 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/medicamentos con receta médica.</u>	
	<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/visita, no se aplica el deducible.</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago/visita.</u>	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 de <u>copago/visita, no se aplica el deducible.</u>	\$200 de <u>copago/visita, no se aplica el 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/viaje, no se aplica el deducible.</u>	\$200 de <u>copago/viaje, no se aplica el 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/visita, no se aplica el deducible.</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago/visita.</u>	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)	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días, no se aplica el <u>deductible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días; 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.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio: 20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita; otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días, no se aplica el <u>deductible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días; 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.
<b>Si está embarazada</b>	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, no se aplica el <u>deductible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<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>deductible</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>deductible</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.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	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 <u>plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).			
• 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 <u>plan</u> ).			
• 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](http://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](http://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](http://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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Copago</u> del <u>hospital</u> (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>copago</u>	\$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>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$260</b>

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.

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Copago</u> del <u>hospital</u> (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>copago</u>	\$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>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$620</b>

### Fractura simple de Mía

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Copago</u> del <u>hospital</u> (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>copago</u>	\$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>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$500</b>

## 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](mailto: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 -	የኢትዮጵያ አገልግሎቶችን የለከናዬ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደምጋል፡፡
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء التصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվայր 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 বিনামূলকভাবে ভাষা পরিকষা প্রক্রিয়া প্রদান করব এই নম্বরটি প্রেরণ করুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အောက်မှ အခေါ်ကူးပေါ် မေပးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဝေထွေများ ရရှိလိုက် 1-800-370-4526 ထို့ပဲ ဖုန်းဝေဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏄᎳᎵ STHOMA JOCHELEWA L AGNA JCEGWALI Ꭻୟ, ጥିନ୍ଦୀର୍ବା 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, belt 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 સેટિંગ્ઝની પહોર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.

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 कक्षी कीमत के भाषा 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 asusụ 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 -	လာတ်ကမန်ကြိုးအတ်မာစာအတ်ပံ့တ်မာဖုန်လာတ်အိုးအပူလေကဘာ့်ဟျှေးအိုးဘာ့်နှင့် ကို 1-800-370-4526 တဲ့။
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	Mì dyi wuqu-dù kà kò qò bë dyi mowú nì Pídyi ní, nií, qá nòbà nià ke: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۇ دەسپىئر اگييشتن بە خزمەتگوزارى زمان بەبى تىچوون بۇ تو، پاميوندى بىكە بە ژمارە 1-800-370-4526
Laotian -	ແມ່ນີ້ແມ່ນີ້ໃຊ້ພາກພົບລົງພາກພົບລົງພາກພົບພົບທ່ານ, ໃຫ້ໄທໜາເປີ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शालूकालशवाय 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, kirllok 1-800-370-4526.
Micronesian -	
Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាអ្នកខ្មែរភាសាដែលតារាងនៅលើសម្រាប់លោកអ្នក សូមបង់ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bágh ílinígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Té koc̥ yin we̥̥er de thokic ke c̥in w̥eu k̥or keek t̥enɔŋ yin. Ke col k̥oc̥ ye k̥oc̥ kuɔny ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید.
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 ਤੇ ਛੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 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 -	جَلْ يَلْجِئُكُمْ حِلْقَنَةَ خَتَّانَبَهُ، مَنْجَهُ 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 అందుకునండుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلق 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 -	צֹו צוֹטְרִיךְ שְׁפָרָאָךְ בְּאַדִּינָגָעָן אֵין קִיּוֹן פְּרִיאַזְ צֹו אַיְרָ, רַופְן 1-800-370-4526
Yoruba -	Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.

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

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

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

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

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

### **Excluded Services & Other Covered Services:**

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

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

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

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

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

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

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

# موارد الخطة

MAGNACARE™	خدمة عملاء المزايا الصحية
8-77-606-6705 (مواعيد العمل من الساعة 8 صباحاً وحتى الساعة 6 مساءً من الاثنين إلى الجمعة)	الهاتف
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	البريد الإلكتروني
myseiu.be/magnacare	حساب المزايا الصحية

aetna®	Aetna
aetna.com	خدمات الأعضاء
aetna.com	خدمات الصحة العقلية
aetna.com	الخط الهاتفي لاستدعاء الممرضات على مدار 24 ساعة
aetna.com	البحث عن PCP الصحيح
myseiu.be/aetna-language	المساعدة اللغوية للأعضاء

طب الأسنان	
deltadentalwa.com	Delta Dental
myseiu.be/oe-willamette	Willamette Dental

المزايا الأخرى	
myseiu.be/epic	EPIC Hearing
myseiu.be/progyny	Progyny (الخصوصية وبناء الأسرة)

## احصل على الدعم بلغتك

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