

Dora P.
مزود رعاية، تاكوما

2025-2026

Get healthcare coverage information in
your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា
ភាសាបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka
caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття
медичної страховки своєю мовою.

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

myseiu.be/oe

دليل تغطية الرعاية الصحية



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



مزايا الصحة والعافية

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



Caregiver Kicks: حذاء مجاني لمزودي الرعاية

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

myseiu.be/kicks



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

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

3 مميزات خطة الرعاية الصحية

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

7 حساب المزايا الصحية

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

8 الأسئلة الشائعة

حول التغطية

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

10 كيفية الاحتفاظ بالتغطية

11 دعم المزايا الصحية

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

Deborah M.

مزود رعاية، فانكوفر



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

Acacia V. مزود رعاية

الدليل التفصيلي للتقدم بطلب للحصول على التغطية

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

احصل على المساعدة
بشأن الأسئلة المتعلقة
بالتغطية والأهلية والتقديم.

1 تعرّف على تغطيتك

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

2 الاستعداد للتقدم بطلب

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

3 إنشاء حساب مزايا صحية

- تفضل بزيارة myseiu.be/hba لمعرفة كيفية إنشاء حساب. بمجرد امتلاك حساب، يمكنك تسجيل الدخول في أي وقت على myseiu.be/magnacare.

4 تقديم طلبك وإرساله

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

5 تلقي الإشعارات بشأن طلبك

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



John R.
مزود رعاية، سياتل

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

Dani R.
مزود رعاية، أسوتين



خيارات خطة تغطية الرعاية الصحية

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

الخيار 3



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

35 دولارًا/شهريًا

الاقساط الشهرية المشتركة

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

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

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

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة أو أكثر شهريًا.

الخيار 2



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

125 دولارًا/شهريًا

الاقساط الشهرية المشتركة

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

الخيار 1



**التغطية الفردية
التغطية الطبية
وتغطية طب الأسنان**

25 دولارًا/شهريًا

الاقساط الشهرية المشتركة

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

الاقساط الشهرية المشتركة:

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

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة
مدفوعة أو أكثر شهريًا.

المزايا المحسنة والمزايا الجديدة

موثوقية التغطية

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

مزايا التبنّي لدى Progyny

أحصل على ما يصل إلى 15000 دولار أمريكي لتغطية النفقات المتعلقة بالتبنّي (ميزة مدى الحياة¹).

¹ الحد الأقصى للمبلغ المقدم لتغطية النفقات المتعلقة بالتبنّي طالما كنت مسجلاً في الخطة.

تخفيض تكاليف الوصفات الطبية

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

مزايا رعاية تثبيت الجنس

تغطي جميع الخطط الآن مجموعة متنوعة من الإجراءات والعلاجات.

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



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

مزايا التغطية المهمة

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

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

زيارات مجانية لتلقي الرعاية الأولية

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

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

رعاية الحالات العاجلة والطارئة

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

قد يتم تطبيق خصم أو دفع مشترك.

مزايا الوصفات الطبية

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

مزايا الصحة النفسية

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

المزايا الخاصة بالبصر

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

المزايا الخاصة بالسمع

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

تدريب العافية وبرامجها

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

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

العلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك

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

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

مزايا الصحة الإنجابية وتكوين الأسرة

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



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

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

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

Amy L.

مزود رعاية، سياتل

خطة طب الأسنان

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

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

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

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



التقدم بطلب للحصول على التغطية عبر الإنترنت

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

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

التحقق من أهليتك

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

التقدم بطلب للحصول على تغطية أو تحديثها

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

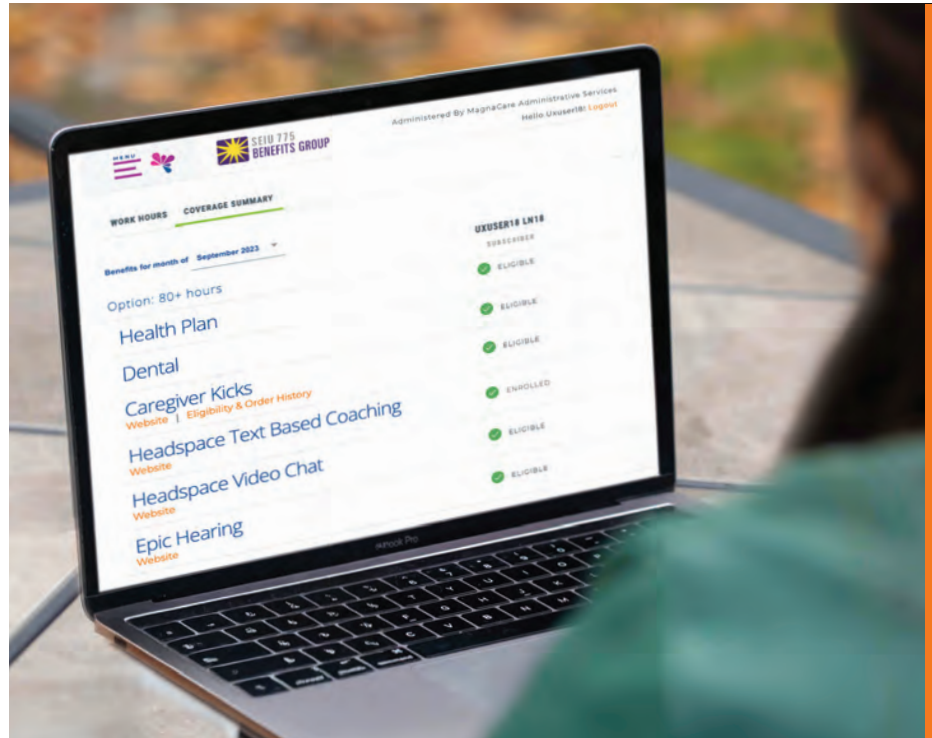
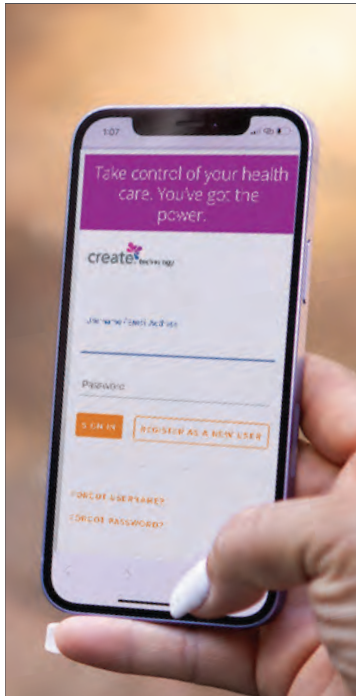
الحصول على دعم الدردشة المباشرة

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

تعرف على كيفية إنشاء
حساب على myseiu.be/hba



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



الأسئلة الشائعة حول تغطية الرعاية الصحية

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

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

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

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

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

كيف أضيف Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

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

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

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

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

تفضل بزيارة myseiu.be/cfk للحصول على المعلومات المفصلة بشأن:

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

كيف أصبح مؤهلاً للتغطية الفردية؟

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

كيف يمكنني تقديم طلب؟

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

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

متى أستطيع التقدم بطلب؟

هناك 3 أوقات يمكنك فيها التقدم بطلب للحصول على التغطية

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

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

3. واقعة تأهيل (QLE): في غضون 30 يومًا 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.

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

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

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



موثوقية التغطية

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

آلية عمل موثوقية التغطية:

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

الأسئلة الشائعة:

- متى سستم إعادة تعيين الأرصدة الخاص بي؟
سيتم إعادة تعيين نقطتي رصيد في الأول من أغسطس من كل عام. ويكونان متاحين بمجرد تسجيلك.
- هل يتم ترحيل الرصيد غير المستخدم إلى العام التالي؟
لا، ستحصل في الأول من أغسطس من كل عام على نقطتي رصيد جديدتين. لا يتم ترحيل الرصيد غير المستخدم.
- هل يمكنني استخدام رصيدي لأشهر متتالية؟
لا، لا يُمكنني استخدام رصيدي لشهرين متتاليين.
- ماذا لو أُجريت ساعات عمل كافية للحصول على التغطية الفردية، ولكن ليست كافية لـ Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟
في هذه الحالة سيتم تطبيق نقطة رصيد واحدة لتمديد تغطية أطفالك لهذا الشهر.
- إذا استخدمتُ رصيد ائتمان، هل أظل أدفع قسوتي الشهري المشترك؟
نعم، أنت لا تزال مسؤولاً عن قسطك الشهري المشترك. للمزيد من المعلومات حول الأقساط المشتركة، يُرجى الاطلاع على الصفحة 9.

الحفاظ على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

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

❗ تأدية ساعات عملك المطلوبة.

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

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

❗ الإبلاغ عن ساعات عملك في الموعد المحدد.

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

❗ دفع قسطك الشهري المشترك كله.

اطّلع على الصفحة السابقة لمزيد من المعلومات.

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

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



مزايا الصحة

خدمة العملاء

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

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

1-877-606-6705

يتوفر دعم اللغات.

دعم الدردشة المباشرة

سجل الدخول إلى myseiu.be/magnacare لدعم الدردشة.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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



مصادر إضافية

استخدم تغطيتك

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

myseiu.be/covered

Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)

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

myseiu.be/cfk

الشروط العامة للتأمين

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

myseiu.be/hc-terms

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

كتيب تفاصيل ال خطة

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

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

1-877-606-6705

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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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

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

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

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

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



ملخص التعديلات الجوهرية

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

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

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

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

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

تخفيض تكاليف الوصفات الطبية لما يلي:

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

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

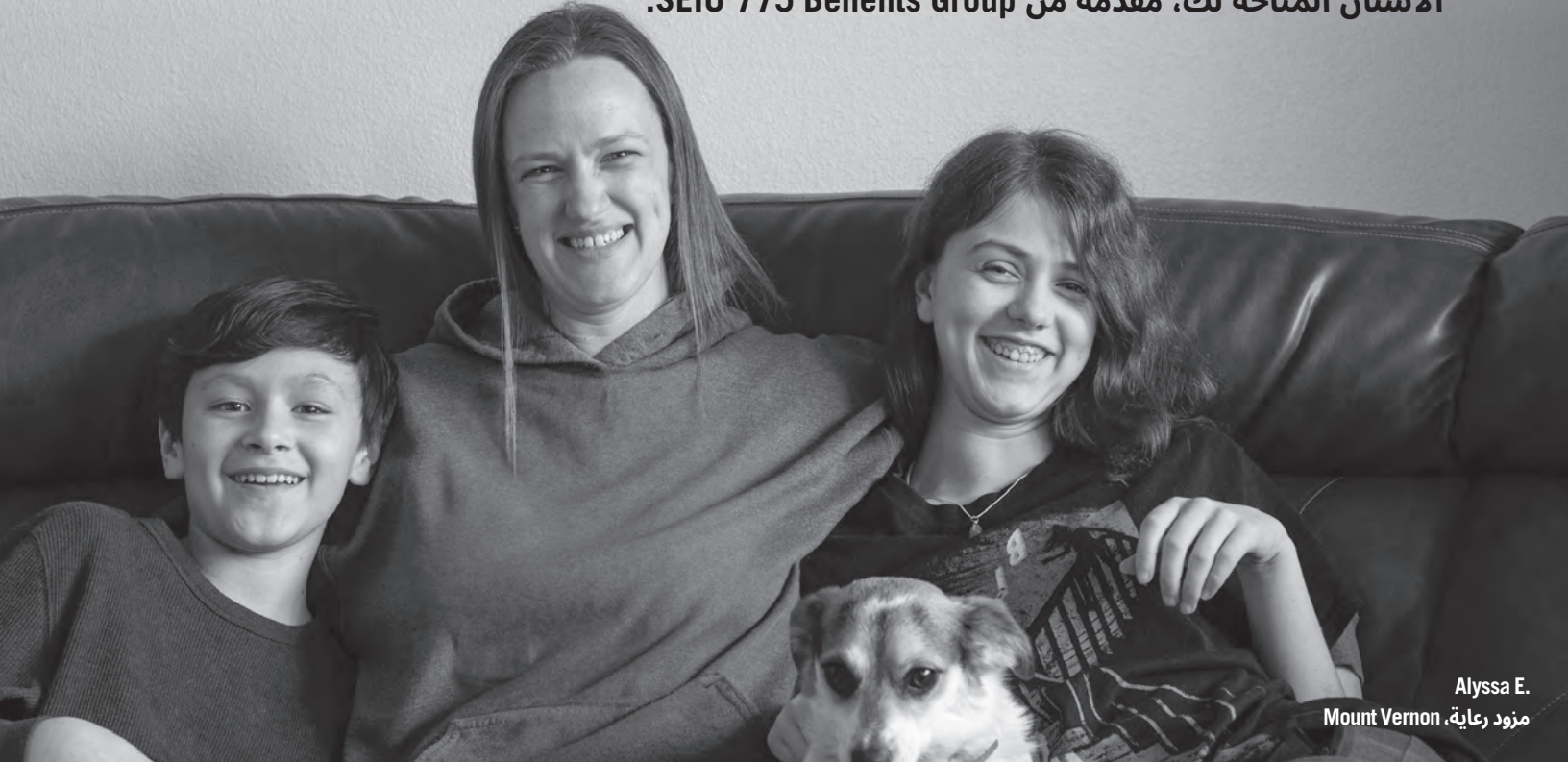
- تمت إزالة متطلبات الوثائق الثانوية للضرورة الطبية.
- يتوفر الآن علاج تعديل الصوت وعمليات نحت الجسم.

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

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان

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



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

aetna®



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

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

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

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

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



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

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

فترة تقديم الميزة:

31/12/2025-1/1/2025

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

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

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

Delta Dental Premier

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

احصل على
فرشاة أسنان
Sonicare مجانًا

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

استعراض قائمة

مقدمي PDA : myseiu.be/oe-pda

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

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

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

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

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

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

خدمات مُستثناة وغيرها من الخدمات المُغطاة:

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

حقوقك في متابعة تغطيتك:

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

حقوقك في رفع الشكاوى وتقديم الالتماسات:

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

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

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

هل تلبّي هذه الخطة معايير القيمة الأدنى؟ لا ينطبق.

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



تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

ملخص المزايا والتغطية

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





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

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



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

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>La <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> está administrada por Sav-Rx</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.savrx.com</p>	Medicamentos genéricos	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : según el valor: \$4 para un suministro de 30 días, \$8 para un suministro de 60 días, \$12 para un suministro de 90 días (al por menor), \$8 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo); genéricos preferidos: \$8 para un suministro de 30 días, \$16 para un suministro de 60 días, \$24 para un suministro de 90 días (al por menor), \$16 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$13 para un suministro de 30 días, \$26 para un suministro de 60 días, \$39 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$13 de <u>copago/medicamentos con receta médica</u> .	<p>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.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$25 para un suministro de 30 días, \$50 para un suministro de 60 días, \$75 para un suministro de 90 días (al por menor); \$50 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$30 de <u>copago/medicamentos con receta médica</u> .	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital \$100
(establecimiento)
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0

<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60

El total que Peg pagaría es	\$260
------------------------------------	--------------

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital \$100
(establecimiento)
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0

<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20

El total que Joe pagaría es	\$620
------------------------------------	--------------

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital \$100
(establecimiento)
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0

<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0

El total que Mía pagaría es	\$500
------------------------------------	--------------

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

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

Tecnología de asistencia

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

Teléfono inteligente o tableta

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

Aviso sobre la no discriminación

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

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

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

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

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711

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

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

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

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

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

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သငို့အနွှ်ဖငို့ အခေပှကးဝငြ် မေပးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိပို့ငှန် 1-800-370-4526 သို့၌ ဖုန်းခံခငှ်ဆို့ပါ။
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 -	ᏍᏏᏉᏗ ᏍᏊᏂᏃᏗ ᏃᏍᏂᏍᏈᏗ Ꮜ ᏌᏂᏗ ᏌᏍᏂᏍᏈᏗ ᏌᏍ, ᏍᏂᏂᏍᏈᏗ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવિસની પહોંર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.

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

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

موارد الخطة

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

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

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

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

احصل على الدعم بلغتك

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