

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، ستمتع 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

احصل 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
السنوي 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

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

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

التحقق من أهليتك

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

التقدم بطلب للحصول على تغطية أو تحديثها

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

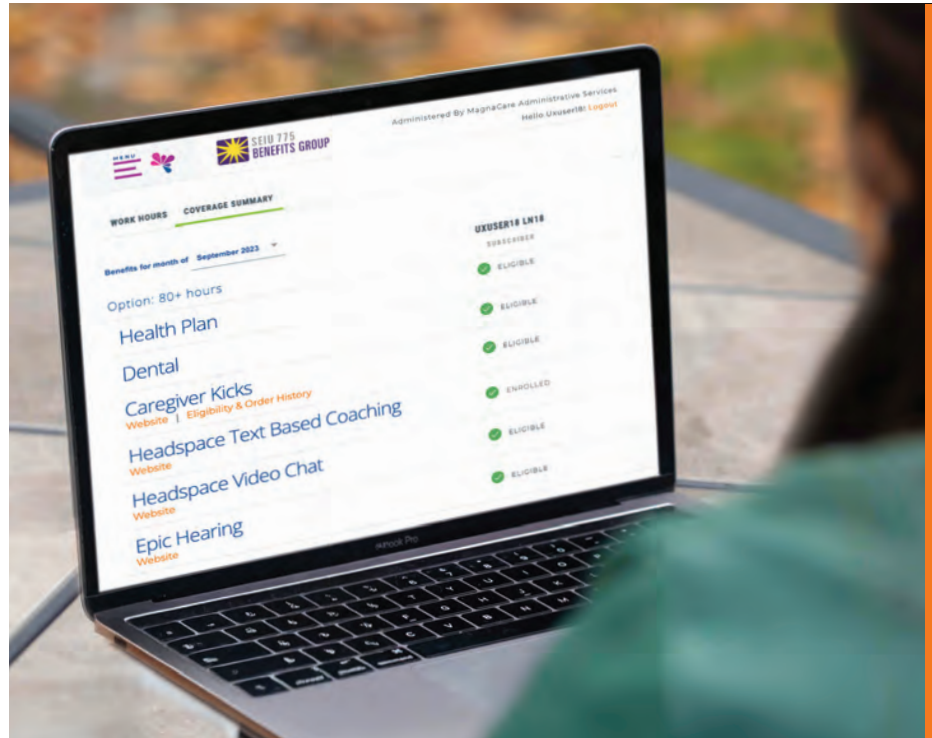
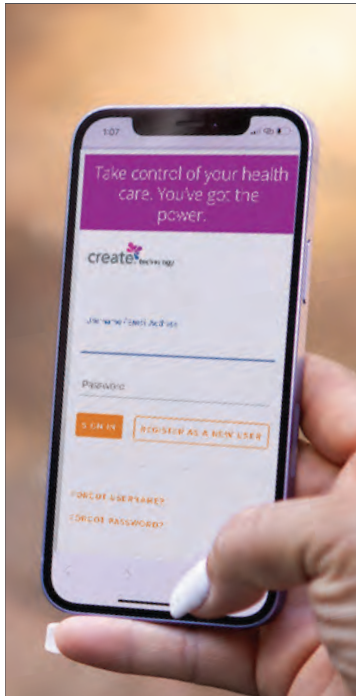
الحصول على دعم الدردشة المباشرة

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

تعرف على كيفية إنشاء
حساب على myseiu.be/hba



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 المتوقعة 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 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 جديدتين. لا يتم ترحيل الرصيد غير المستخدم.

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

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

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

الحفاظ على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

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

❗ تأدية ساعات عملك المطلوبة.

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

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

❗ الإبلاغ عن ساعات عملك في الموعد المحدد.

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

❗ دفع قسطك الشهري المشترك كله.

اطّلع على الصفحة السابقة لمزيد من المعلومات.

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

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 خطة الرعاية الطبية
من Kaiser Permanente في المنطقة
الشمالية الغربية. تسري هذه الخطة اعتبارًا
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
صباحًا حتى 6:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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

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

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

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

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



ملخص التعديلات الجوهرية

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

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

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

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

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

تخفيض تكاليف الوصفات الطبية لما يلي:

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

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

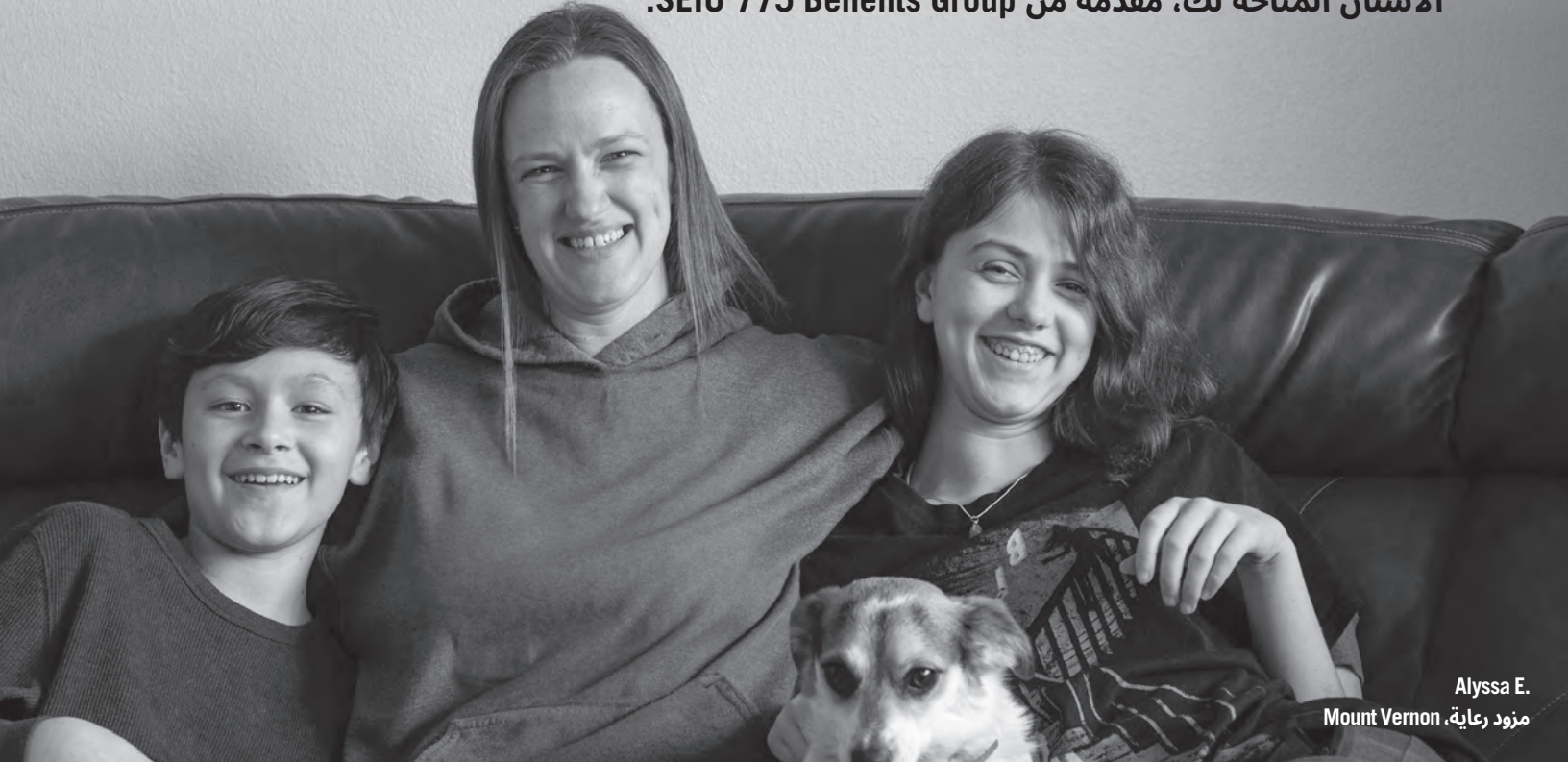
- تمت إزالة متطلبات الوثائق الثانوية للضرورة الطبية.
- يتوفر الآن علاج تعديل الصوت وعمليات نحت الجسم.

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

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان

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



نبذة عن خطة HMO المؤمنة بالكامل تاريخ السريان 2025/8/1



KAISER
PERMANENTE®



SEIU 775
BENEFITS GROUP

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. وسيتحمل 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.

| التغطية داخل الشبكة | |
|---|--|
| الحد الأقصى للتكاليف العينية | |
| لعضو واحد | 1,250 دولارًا |
| لجميع أفراد الأسرة | 2,500 دولار |
| المبلغ المقطوع | 0 دولار |
| زيارات العيادة | |
| الفحص البدني الوقائي الروتيني | 0 دولار |
| الرعاية الأولية | 0 دولار |
| الرعاية الخاصة | 15 دولارًا |
| الرعاية العاجلة | 30 دولارًا |
| الفحوصات | |
| الفحوصات الوقائية | 0 دولار |
| المختبر | 0 دولار |
| الأشعة السينية، والتصوير، وإجراءات التشخيص الخاصة | 0 دولار |
| التصوير المقطعي المحوسب، والتصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني | 50 دولارًا لزيارة القسم. قد تحتاج بعض الخدمات إلى إذن مسبق. |
| الأدوية (العيادات الخارجية) | |
| الأدوية بالوصفة الطبية (ما يصل إلى كمية تكفي 90 يومًا) | 5 دولارات للأدوية الجنيصة/25 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/50 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة الأنسولين: 0 دولار للأدوية الجنيصة/0 دولار للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/0 دولار للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة أجهزة الاستنشاق حقن EPI Pens: 5 دولارات للأدوية الجنيصة/25 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة |
| طلب الأدوية بالوصفة الطبية بواسطة البريد (ما يصل إلى كمية تكفي 90 يومًا) | 10 دولارات للأدوية الجنيصة/50 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/100 دولار للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة |
| الأدوية التي يتم تناولها، بما في ذلك الحقن (جميع إعدادات العيادات الخارجية) | 0 دولار |
| زيارات غرف العلاج الخاصة بالمرضى لتلقي الحقن | 5 دولارات |
| رعاية الأمهات | |
| رعاية ما قبل الولادة المجدولة وأول زيارة بعد الولادة | 0 دولار |
| المختبر | 0 دولار |

| | |
|---|---|
| 0 دولار | الأشعة السينية، والتصوير، وإجراءات التشخيص الخاصة |
| 100 دولار قبل القبول | خدمات المستشفى للمرضى الداخليين |
| 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 | خدمات طبية وجراحية لعلاج العقم والخصوبة وكافة الخدمات المتعلقة بها |
| خدمات المستشفى | |
| 75 دولارًا | خدمات الإسعاف (لكل نقلة) |
| 200 دولار (يتم التنازل إذا تم تقديمها) | زيارة قسم الطوارئ |
| 100 دولار قبل القبول | خدمات المستشفى للمرضى الداخليين |
| 15 دولارًا | زيارة العلاج الكيميائي/العلاج الإشعاعي |
| نسبة 0% من التأمين المشترك | المعدات الطبية المتينة، والأجهزة التعويضية الخارجية، وأجهزة تقويم العظام |
| 15 دولارًا | العلاجات البدنية والتخاطب والمهنية (حتى 20 زيارة لكل علاج في السنة التقويمية) |
| خدمات مرافق التمريض المؤهلة | |
| 0 دولار | خدمات التمريض المؤهلة للمرضى الداخليين (حتى 100 يوم في السنة التقويمية) |
| خدمات الاعتماد الكيميائي | |
| 0 دولار | خدمات العيادات الخارجية |
| 100 دولار قبل القبول. | خدمات المستشفى للمرضى الداخليين والخدمات السكنية |
| خدمات الصحة العقلية | |
| 0 دولار | خدمات العيادات الخارجية (زيارة جماعية 1/2 المشاركة في الدفع) |
| 100 دولار قبل القبول | خدمات المستشفى للمرضى الداخليين والخدمات السكنية |
| الرعاية البديلة | |
| المشاركة في الدفع بقيمة 0 دولار، تغطي حتى 20 زيارة ذاتية في السنة | خدمات العلاج بالخوخ |
| المشاركة في الدفع بقيمة 0 دولار، تغطي حتى 20 زيارة ذاتية في السنة | خدمات العلاج بتقويم العظام |
| المشاركة في الدفع بقيمة 25 دولارًا، تغطي حتى 12 زيارة ذاتية في السنة | العلاج بالتدليك |
| مجاني، عدد زيارات غير محددة | العلاج بالأدوية الطبية |
| خدمات الرؤية | |
| 0 دولار | فحوصات العين الروتينية (حتى الشهر الأول من عمر 19) |
| لا توجد رسوم على عدسات النظارات أو الإطارات أو العدسات اللاصقة كل 12 شهرًا. | أجهزة الرؤية والخدمات البصرية (حتى الشهر الأول من عمر 19) |
| 0 دولار | فحوصات العين الروتينية (19 سنة وما فوق) |
| بدلات مبدئية تصل إلى 600 دولار للنظارات أو العدسات اللاصقة، ليس أكثر من مرة واحدة خلال كل سنة واحدة. | أجهزة الرؤية والخدمات البصرية (من عمر 19 سنة وما فوق) * |
| خدمات 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 | أجهزة السمع |

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 (PDA) Pacific Dental Alliance بالكامل حتى 2,000 دولار كحد أقصى، مع التنازل عن التأمين المشترك مع الفئة الثالثة - الخدمات الرئيسية.

Delta Dental Premier

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



احصل على
فرشاة أسنان
Sonicare مجانًا

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

استعراض قائمة

مقدمي PDA : myseiu.be/oe-pda

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 - الضاحكة | 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 الصّديغي 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 إيفانك 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 مبلغًا 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 منزليًا، 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 خططًا وتأمينًا صحيًا متاحًا عبر المتجر أو وثائق فردية أخرى في السوق، وMedicare، وMedicaid، 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 تلي 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.

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

ملخص المزايا والتغطية

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



ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (Summary of Benefits and Coverage, SBC) في اختيار خطة صحية. وسيوضح SBC مدى مشاركتك مع الخطة في تكاليف خدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملحوظة: ستتوفر معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى قسط التأمين) على نحو منفصل.

هذا ملخص فقط. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك، أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، راجع www.kp.org/plandocuments أو الاتصال على الرقم 1-800-813-2000 (TTY: 711). للاطلاع على تعريفات المصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به و فواتير الرصيد و التأمين المشترك و الدفع المشترك و المبلغ المستقطع و مقدم الخدمة أو أي مصطلحات أخرى مسطرة، يُرجى مراجعة قائمة المصطلحات. يُمكنك استعراض المسرد على <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> أو الاتصال بالرقم 1-800-813-2000 (TTY: 711) لطلب نسخة.

| أسئلة هامة | الإجابات | ما أهمية ذلك: |
|--|---|---|
| ما هو المبلغ الإجمالي <u>للاقتطاع</u> ؟ | \$0 | يُرجى الاطلاع على مخطط الأحداث الطبية الشائعة أدناه لمعرفة تكاليف الخدمات التي تغطيها هذه <u>الخطة</u> . |
| هل هناك خدمات مغطاة قبل استيفاء <u>الاقتطاع</u> الخاص بك؟ | لا ينطبق. | تغطي هذه <u>الخطة</u> بعض العناصر والخدمات حتى إذا لم تكن قد استوفيت مبلغ <u>الاقتطاع</u> . ولكن قد يُطبق <u>الدفع المشترك</u> أو <u>التأمين المشترك</u> . وتغطي هذه <u>الخطة</u> ، على سبيل المثال، بعض <u>الخدمات الوقائية</u> دون <u>مشاركة التكاليف</u> وقبل أن تفي بمبلغ <u>الاقتطاع</u> الخاص بك. يُرجى الاطلاع على قائمة <u>الخدمات الوقائية</u> المغطاة على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| هل هناك <u>اقتطاعات</u> أخرى لخدمات معينة؟ | لا. | لا يتعين عليك سداد <u>الاقتطاعات</u> لخدمات معينة. |
| ما هو <u>الحد الواجب دفعه من المال</u> الخاص لهذه <u>الخطة</u> ؟ | \$1,250 للفرد / \$2,500 للعائلة | <u>الحد الواجب دفعه من المال الخاص</u> هو أقصى ما يمكن أن تدفعه في عام واحد مقابل الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه <u>الخطة</u> ، فيجب عليهم تلبية <u>الحد الواجب دفعه من مالهم الخاص</u> حتى يتم الوفاء بالحد <u>الإجمالي الواجب دفعه من مال العائلة</u> الخاص. |
| ما الذي لا يتضمنه <u>الحد الواجب دفعه من المال</u> الخاص؟ | <u>الأقساط</u> والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه <u>الخطة</u> والخدمات المُشار إليها في المخطط بدءًا من الصفحة 2. | على الرغم من سدادك لهذه النفقات، فإنها لا تحتسب ضمن <u>الحد الواجب دفعه من المال الخاص</u> . |
| هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم موفر رعاية تابع إلى الشبكة؟ | نعم. يُرجى الاطلاع على www.kp.org أو اتصل بالرقم 1-800-813-2000 (TTY: 711) للحصول على قائمة <u>بمقدمي الخدمة</u> المشاركين. | هذه <u>الخطة</u> توفر شبكة <u>لمقدمي الخدمات</u> . ستدفع أقل إذا استعنت <u>بمقدم خدمة</u> من شبكة <u>الخطة</u> . ستدفع أكثر إذا كنت استعنت <u>بمقدم خدمة</u> من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من <u>مقدم الخدمة</u> للفرق بين رسوم <u>مقدم الخدمة</u> وما تدفعه <u>خطتك</u> (فواتير الرصيد). ويُرجى العلم بأن <u>مقدم الخدمة</u> من الشبكة الخاص بك قد يستخدم <u>مقدم خدمة</u> من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل العمل المعلمي). يُرجى الرجوع إلى <u>مقدم الخدمة</u> الخاص بك قبل تلقي الخدمات. |
| هل تحتاج إلى <u>إحالة لرؤية أخصائي</u> ؟ | نعم، ولكن يُمكنك إحالة نفسك إلى <u>أخصائيين</u> معينين. | ستدفع هذه <u>الخطة</u> بعض التكاليف الخاصة برؤية <u>أخصائي</u> للخدمات المغطاة أو كافة تكاليفه ولكن فقط إذا كان لديك <u>إحالة</u> قبل رؤية <u>الأخصائي</u> . |



تكون جميع تكاليف **الدفع المشترك** و **التأمين المشترك** الموضحة في هذا الرسم البياني هي بعد استيفاء **الاقتطاع** الخاص بك إذا طُبقت أحد **الاقتطاعات**.

| حدث طبي شائع | الخدمات التي قد تحتاج إليها | ما الذي ستدفعه | | القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى |
|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | مقدم الخدمات المشارك (ستدفع أقل) | مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر) | |
| إذا قمت بزيارة مكتب مقدم رعاية صحية أو عيادته | زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| | زيارة أخصائي | \$15 / زيارة | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| | الرعاية الوقائية/الفحص/ التطعيم | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. واسأل مقدم الخدمة الخاص بك عما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية. ثم تحقق ما الذي ستسددده خطتك . |
| إذا كان لديك اختبار | اختبار تشخيصي (أشعة سينية، تحليل دم) | الأشعة السينية: بدون رسوم فحوصات المختبرات: بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| | التصوير (التصوير المقطعي المحوسب/التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي) | \$50 / زيارة | غير مشمولة بالتغطية | قد تتطلب بعض الخدمات إذنًا مسبقًا. |
| إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا على www.kp.org/formulary | الأدوية بدون العلامة التجارية | \$5 (بيع بالتجزئة)؛ \$10 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية | غير مشمولة بالتغطية | إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية . |
| | الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة | \$25 (بيع بالتجزئة)؛ \$50 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية | غير مشمولة بالتغطية | إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية . |
| | الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة | \$50 (بيع بالتجزئة)؛ \$100 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية | غير مشمولة بالتغطية | إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية ، عند الموافقة عليها من خلال عملية الاستثناء. |
| | الأدوية المتخصصة | حصص تكلفة الأدوية بدون العلامات التجارية وذات العلامات المفضلة وغير المفضلة التي تنطبق. | غير مشمولة بالتغطية | إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية ، عند الموافقة عليها من خلال عملية الاستثناء. |

| حدث طبي شائع | الخدمات التي قد تحتاج إليها | ما الذي ستدفعه | | القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى |
|--|---|---|-------------------------------------|--|
| | | مقدم الخدمات المشارك (ستدفع أقل) | مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر) | |
| إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادة الخارجية | رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة المتحركة) | \$50 / زيارة | غير مشمولة بالتغطية | مطلوب إذن مسبق. |
| | أثعاب الطبيب/الجراح | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | أثعاب الطبيب/الجراح متضمنة في رسوم المنشأة. |
| إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية | رعاية غرفة الطوارئ | \$200 / زيارة | \$200 / زيارة | يُجرى الإغفاء من الدفع المشترك إذا تم إدخاله مباشرة إلى المستشفى كمريض داخلي. |
| | النقل الطبي الطارئ | \$75 / رحلة النقل | \$75 / رحلة النقل | لا يوجد |
| | رعاية عاجلة | \$30 / زيارة | غير مشمولة بالتغطية | يُجرى تغطية مقدمي الخدمة غير المشاركين حين يكونون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا: \$30 / زيارة |
| | رسوم المنشأة (مثل: غرفة المستشفى) | \$100 / الدخول إلى المستشفى | غير مشمولة بالتغطية | مطلوب إذن مسبق. |
| إذا كان لديك إقامة في المستشفى | أثعاب الطبيب/الجراح | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | أثعاب الطبيب/الجراح متضمنة في رسوم المنشأة. |
| | خدمات العيادات الخارجية | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات | خدمات المرضى الداخليين | \$100 / الدخول إلى المستشفى | غير مشمولة بالتغطية | مطلوب إذن مسبق. |
| | زيارات مكتبية | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | اعتمادًا على نوع الخدمات، قد يُطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو الاقتطاع . قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموضحة في مكان آخر في SBC (أي الموجات فوق الصوتية). |
| إذا كنت حامل | الخدمات المهنية للولادة/الوضع | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | تتضمن رسوم المنشأة الخدمات المهنية. |
| | خدمات مرافق الولادة/الوضع | \$100 / الدخول إلى المستشفى | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| | الرعاية الصحية المنزلية | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | 130 زيارة بحد أقصى / عام مطلوب إذن مسبق. |
| إذا كنت بحاجة للمساعدة في التعافي أو لديك رعاية صحية منزلية أخرى ذات احتياجات خاصة | خدمات إعادة التأهيل | العيادات الخارجية: \$15 / زيارة المرضى الداخليين: \$100 / الدخول | غير مشمولة بالتغطية | العيادات الخارجية: 20 زيارة كحد أقصى / علاج / عام. مطلوب إذن مسبق. العيادات الداخلية: مطلوب إذن مسبق. |
| | خدمات التأهيل | \$15 / زيارة | غير مشمولة بالتغطية | 20 زيارة كحد أقصى / علاج / عام. مطلوب إذن مسبق. |
| | رعاية التمرريض الماهرة | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | 100 يوم كحد أقصى / عام. مطلوب إذن مسبق. |
| | | | | |

| حدث طبي شائع | الخدمات التي قد تحتاج إليها | ما الذي ستدفعه | | القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|--|
| | | مقدم الخدمات المشارك (ستدفع أقل) | مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر) | |
| | المعدات الطبية المعمرة | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية . مطلوب إذن مسبق. |
| | خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | مطلوب إذن مسبق. |
| | فحص عيون الأطفال | لا توجد رسوم لفحص الانكسار | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |
| إذا كان طفلك بحاجة إلى العناية بالأسنان أو العيون | نظارات الأطفال | بدون رسوم | غير مشمولة بالتغطية | يقتصر على زوج واحد من الإطارات والعدسات أو العدسات اللاصقة / 12 شهرًا. |
| | فحوصات أسنان الأطفال | غير مشمولة بالتغطية | غير مشمولة بالتغطية | لا يوجد |

الخدمات المستبعدة والخدمات المغطاة الأخرى

| الخدمات التي لا تغطيها خطتك بشكل عام (يرجى الرجوع إلى وثيقة السياسة أو الخطة للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بالخدمات المستبعدة الأخرى). | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> الجراحة التجميلية رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال) علاج العقم | <ul style="list-style-type: none"> الرعاية طويلة الأجل الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة التمريض الخاص |
| <ul style="list-style-type: none"> العناية الروتينية بالقدم برامج إنقاص الوزن | <ul style="list-style-type: none"> العناية الروتينية بالعيون (للبالغين) |

| خدمات مغطاة أخرى (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة، لذا يرجى الاطلاع على مستند خطتك). | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> الوخز بالإبر (حد أقصى 20 زيارة / سنة) جراحة علاج البدانة | <ul style="list-style-type: none"> العناية بتقويم العمود الفقري (20 زيارة بحد أقصى / عام) أجهزة السمع (بحد أقصى \$3,000 / أذن / 36 شهر) |
| <ul style="list-style-type: none"> العناية الروتينية بالعيون (للبالغين) | |

حقوقك في متابعة التغطية: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. وتعرض معلومات الاتصال لهذه الوكالات في الرسم البياني أدناه. وقد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، متضمنة شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال [سوق التأمين الصحي "Health Insurance Marketplace"](#). وللمزيد من المعلومات حول [السوق](#)، يرجى زيارة www.HealthCare.gov أو الاتصال بالرقم 1-800-318-2596.

حقوقك في التظلم والطعن: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد [خطتك لرفض المطالبة](#). تُسمى هذه الشكوى [تظلم](#) أو [طعن](#). وللمزيد من المعلومات حول حقوقك، يرجى الرجوع إلى شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل تلك [المطالبة](#) الطبية. كما توفر مستندات [خطتك](#) معلومات كاملة حول كيفية تقديم [مطالبة](#) أو [طعن](#) أو [تظلم](#) لأي سبب من الأسباب إلى [خطتك](#). وللمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، يرجى الاتصال بالوكالات الوارد في الرسم البياني أدناه.

معلومات الاتصال الخاصة بحقوقك في مواصلة التغطية وحقوق التظلم والطعن الخاصة بك:

| | |
|--|--|
| www.kp.org/memberservices أو (TTY: 711) 2000-813-800-1 | خدمات أعضاء Kaiser Permanente |
| www.dol.gov/ebsa/healthreform أو 1-866-444-3272 | إدارة أمن استحقاقات الموظفين التابعة لوزارة العمل |
| www.cciio.cms.gov أو x61565 2323-267-877-1 | دائرة الصحة والخدمات البشرية، مركز معلومات المستهلكين والرقابة على التأمين |
| www.dfr.oregon.gov أو 4894-877-888-1 | شعبة النظام المالي بولاية أوريغون |
| www.insurance.wa.gov أو 6900-562-800-1 | وزارة التأمين في واشنطن |

هل توفر هذه الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم
يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عمومًا الخطط و التأمين الصحي المتاح من خلال السوق أو سياسات السوق الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال الإعفاء الضريبي.
(Children's Health Insurance Program, CHIP) و TRICARE وبعض التغطية الأخرى. وإذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على قسط

هل تلبي هذه الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ نعم
إذا كانت خطتك لا تفي بالحد الأدنى من معايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على قسط الإعفاء الضريبي لمساعدتك في الدفع مقابل خطة معينة من خلال السوق.

خدمات الوصول اللغوية:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf grieg in Deutsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711).
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711).

للاطلاع على أمثلة حول كيفية تغطية هذه الخطة لتكاليف نموذج حالة طبية، يُرجى الاطلاع على القسم التالي.



هذا ليس تقدير للتكلفة. تُعتبر العلاجات الواردة مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطوة للرعاية الطبية. وستختلف تكاليفك الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يتقاضاها مقدمو الخدمة والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ تقاسم التكلفة (الاقطاعات) و المدفوعات المشتركة و التأمين المشترك و الخدمات المستبعدة بموجب الخطوة. واستخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطط صحية مختلفة. يُرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية الواردة هنا تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

كسر Mia البسيط

(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ومتابعة الرعاية)

| | |
|-------|--|
| \$0 | <u>الاقطاع الإجمالي للخطوة</u> |
| \$15 | <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> |
| \$100 | <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u> |
| \$0 | <u>الدفع المشترك الأخرى (الأشعة السينية)</u> |

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)
اختبار تشخيصي (أشعة سينية)
المعدات الطبية المعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$2,800

في هذا المثال، ستدفع Mia:

| تقاسم التكلفة | |
|------------------|------------------------|
| \$0 | <u>الاقطاعات</u> |
| \$400 | <u>الدفع المشترك</u> |
| \$0 | <u>التأمين المشترك</u> |
| ما لم يتم تغطيته | |
| \$0 | القيود أو الاستثناءات |
| \$400 | إجمالي ما ستدفعه Mia |

إدارة مرض السكري من النوع 2 لدى Joe

(عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة تخضع للتحكم جيدًا)

| | |
|-------|---|
| \$0 | <u>الاقطاع الإجمالي للخطوة</u> |
| \$15 | <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> |
| \$100 | <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u> |
| \$0 | <u>الدفع المشترك الأخرى (تحليل دم)</u> |

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
زيارات مكتب طبيب الرعاية الأولية
(بما في ذلك التثقيف حول المرض)
الاختبارات التشخيصية (تحليل الدم)
الأدوية الموصوفة طبيًا
المعدات الطبية المعمرة (قياس الجلوكوز)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$5,600

في هذا المثال، سيدفع Joe:

| تقاسم التكلفة | |
|------------------|------------------------|
| \$0 | <u>الاقطاعات</u> |
| \$500 | <u>الدفع المشترك</u> |
| \$0 | <u>التأمين المشترك</u> |
| ما لم يتم تغطيته | |
| \$0 | القيود أو الاستثناءات |
| \$500 | إجمالي ما سيدفعه Joe |

سنتجب Peg طفلًا

(9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

| | |
|-------|---|
| \$0 | <u>الاقطاع الإجمالي للخطوة</u> |
| \$15 | <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> |
| \$100 | <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u> |
| \$0 | <u>الدفع المشترك الأخرى (تحليل دم)</u> |

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
زيارات مكتبية متخصصة (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات المهنية للولادة/الوضع
الخدمات المهنية للولادة/الوضع
الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وتحليل الدم)
زيارة أخصائي (التخدير)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$12,700

في هذا المثال، ستدفع Peg:

| تقاسم التكلفة | |
|------------------|------------------------|
| \$0 | <u>الاقطاعات</u> |
| \$100 | <u>الدفع المشترك</u> |
| \$0 | <u>التأمين المشترك</u> |
| ما لم يتم تغطيته | |
| \$60 | القيود أو الاستثناءات |
| \$160 | إجمالي ما ستدفعه Peg |

إشعار عدم التمييز

تمتثل Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. لا تستثني الخطة الصحية Kaiser Health Plan الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. وأنها أيضاً:

- توفر مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
- مترجمو لغة الإشارة المؤهلون
- المعلومات المكتوبة بتنسيقات مختلفة، مثل الطباعة بخط كبير والملفات الصوتية والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها
- توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأساسية، مثل:
- المترجمين المؤهلين
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى أي من هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-313-2000 (TTY: 711)**.

إذا كنت تعتقد أن Kaiser Health Plan قد فشلت في توفير هذه الخدمات أو مارست التمييز بشكل آخر على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة، أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي فيمكنك تقديم تظلم مع منسق الحقوق المدنية عبر البريد أو الهاتف أو الفاكس. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا على أتم الاستعداد لمساعدتك. يمكنك التواصل مع منسق الحقوق المدنية لدينا على العنوان التالي:

Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099
هاتف: **1-800-813-2000 (TTY: 711)** وفاكس: **1-855-347-7239**.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى الحقوق المدنية المتاحة على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو من خلال البريد أو الهاتف إلى:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
هاتف: **1-800-368-8001**, **1-800-537-7697** TDD. نماذج الشكاوى متوفرة على الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/orc/office/file/index.html.

بالنسبة لأعضاء واشنطن

يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى مكتب مفوض التأمين في ولاية واشنطن، إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى مكتب مفوض التأمين المتوفرة على <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>، أو عبر الهاتف على **1-800-562-6900** أو **360-586-0241** (TDD). نماذج الشكاوى متوفرة على <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: 711)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: 711)፡

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-813-2000** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: 711).

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 | |

| خطة Kaiser Permanente في المنطقة الشمالية الغربية | | |  |
|---|----------------|-------------------------|---|
| خدمة الأعضاء الجدد | 1-888-491-1124 | myseiu.be/kp-new-member | |
| خدمات الأعضاء | 1-800-813-2000 | myseiu.be/kp-member | |
| خدمات الصحة العقلية | 1-800-813-2000 | myseiu.be/kpnw-bh | |
| خط مساعدة التمريض | 1-800-324-8010 | myseiu.be/kp-nurse | |
| المساعدة اللغوية للأعضاء | 1-800-813-2000 | myseiu.be/kp-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.