



Dora P.
Cuidadora, Tacoma

2025-2026

Guía de cobertura de atención médica



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

Get healthcare coverage information in your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការនាំរៀងសុខភាពជាលាត់សាស្ត្រ។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

અપટી ડાસ્ટ્રિક હૈલ્યકેઅર કર્રેઝ બારે જાણવારી પ્રાપ્ત કરો।

Получите информацию о медицинском страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaaadka ceymiska daryeelka caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

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

myseiu.be/oe

3 Datos más destacados del plan médico

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

7 Cuenta de beneficios de salud

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

8 Preguntas frecuentes sobre la cobertura

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

10 Cómo conservar la cobertura

11 Soporte sobre los beneficios de salud

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

Deborah M.
Cuidadora, Vancouver



Beneficios de bienestar



Además del acceso a cobertura de atención médica de alta calidad, tiene a su disposición otros beneficios sin ningún costo, diseñados para ayudarlo a reducir el estrés, estar seguro en el trabajo y mejorar su calidad de vida.



Caregiver Kicks: Zapatos gratis para cuidadores

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



Beneficios de autocuidado

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

Más beneficios para el cuidador



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

Guía paso por paso para solicitar cobertura

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

Acacia V., Cuidadora

1 Conozca sobre su cobertura

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

Llame a la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al: **1-877-606-6705**
Obtenga ayuda con las preguntas que tenga sobre la cobertura, la elegibilidad y la solicitud.

2 Prepare su solicitud

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

3 Cree una cuenta de beneficios de salud

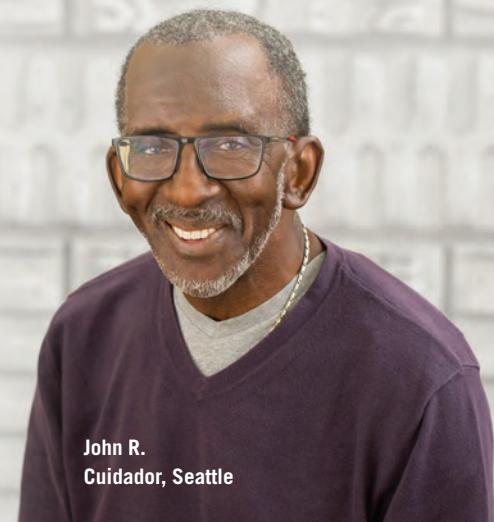
- Visite myseiu.be/hba para aprender cómo crear una cuenta. Una vez que tenga una cuenta, puede iniciar sesión en cualquier momento en myseiu.be/magnacare.

4 Presente su solicitud

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

5 Reciba notificaciones sobre su solicitud

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



John R.
Cuidador, Seattle

Opciones del plan de cobertura de atención médica

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

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

Dani R.
Cuidadora, Asotin



Opción 1



Cobertura individual médica y dental

\$25 mensuales

Coprima mensual

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

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

Elegibilidad

Trabajar 80 horas o más al mes.

Opción 2



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

\$125 mensuales

Coprima mensual

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

El costo es el mismo, sin importar cuántos niños inscriba

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

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

Elegibilidad

Trabajar 120 horas o más al mes.

Opción 3



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

\$35 mensuales

Coprima mensual

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

2025

Beneficios nuevos y mejorados

Confiabilidad de la cobertura

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

Beneficio de Progyny por adopción

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

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

Reducción de los costos de medicamentos con prescripción

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

Beneficios de atención para afirmación de género

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

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

Merissa Clyde
CEO,
SEIU 775
Benefits Group



Aspectos destacados de los beneficios de la cobertura

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

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

Consultas de atención primaria gratis

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

*Las consultas con su PCP no tienen copago; sin embargo, si su médico ordena pruebas o análisis de laboratorio, es posible que deba pagar un copago por esos servicios.

Atención médica de emergencia y de urgencias

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

Se puede aplicar un deducible o copago.

Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

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

Beneficios de salud mental

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

Beneficios de atención visual

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

Beneficios de atención auditiva

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



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

Amy L.
Cuidadora, Seattle

Asesoría y programas de bienestar

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

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

Masaje y quiropráctica

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

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

Beneficios de salud reproductiva y para la formación de familia

Obtenga beneficios para cada etapa de la vida, desde la atención en fertilidad y la formación de la familia hasta el embarazo, el posparto y la menopausia. Obtenga cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo personalizado por parte de los defensores de la atención al paciente (PCA) y atención en persona o de forma virtual. Ahora puede obtener hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio).



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

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

Plan dental

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

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

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



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
Beneficio máximo anual	\$5,000	Ninguno
Deductible	\$0	\$0
Exámenes de rutina	Cubiertos completamente	Cubiertos completamente
Beneficios de ortodoncia	Sí	Sí
Red de proveedores	Delta Dental tiene una amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. Querrá encontrar un dentista de Delta Dental PPO para maximizar su beneficio.	Willamette Dental tiene muchas ubicaciones convenientes en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette si usted vive en la ruta I-5.
Encuentre un dentista cerca de usted	Visite deltadentalwa.com/fad/search y seleccione "Delta Dental PPO" para filtrar sus resultados de búsqueda.	Visite locations.willamettedental.com e ingrese su código postal en la barra de búsqueda.
Si tiene preguntas o necesita más información	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



Solicitar cobertura en línea



Aprenda cómo crear una cuenta en myseiu.be/hba

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

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

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

✓ Verifique su elegibilidad

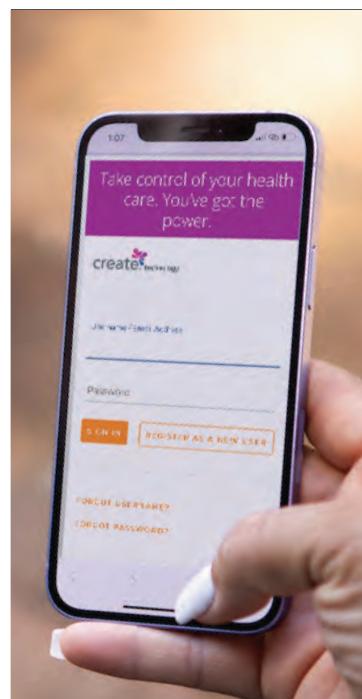
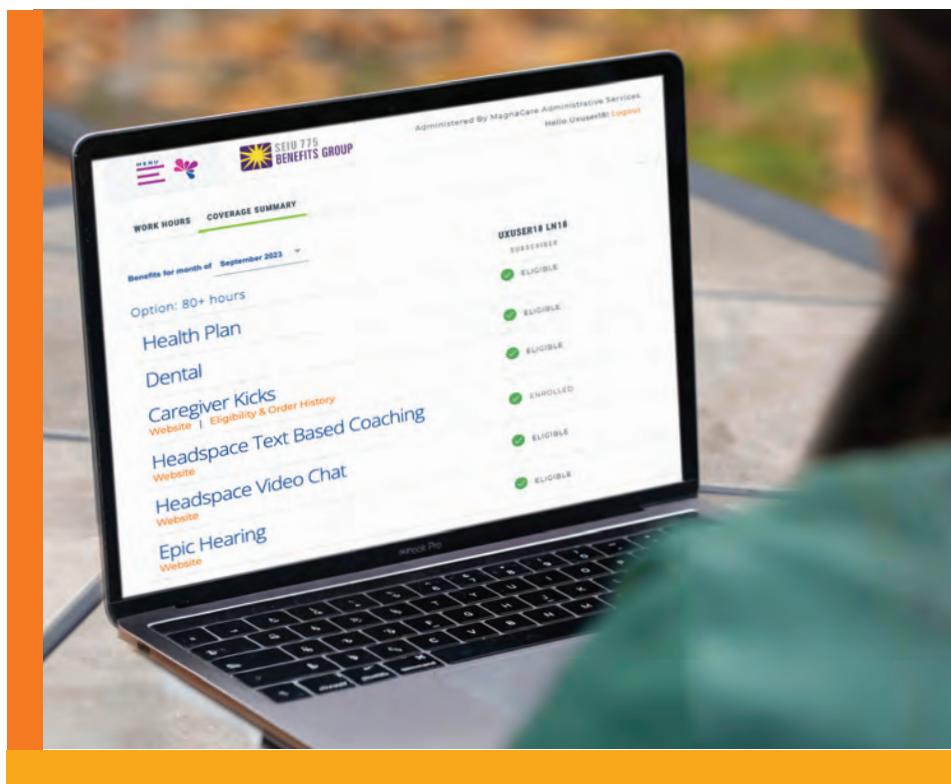
Consulte sus horas de trabajo y su elegibilidad para la cobertura y otros beneficios de bienestar como Caregiver Kicks.

☰ Solicite o actualice la cobertura

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

💬 Reciba apoyo por chat en vivo

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



Preguntas frecuentes sobre la cobertura de atención médica

¿Cómo puedo ser elegible para adquirir la cobertura individual?

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

¿Cómo puedo solicitar cobertura?

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

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

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

¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Hay 3 ocasiones en las que puede solicitar la cobertura:

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

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

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

¿Aún no es elegible?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



¿Cuándo comenzará la cobertura?

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

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

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

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

¿Qué pasa si quiero finalizar mi cobertura?

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

La suspensión recibida:

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

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

¿Cómo puedo pagar la coprima mensual?

Su empleador deducirá automáticamente la coprima mensual (el monto que usted paga cada mes) de sus salarios. Si su empleador no puede realizar la deducción, usted recibirá una carta de pago por cuenta propia por correo postal y por correo electrónico en la que se le indicará cómo pagar su coprima. Puede pagar con cheque o a través de su cuenta de beneficios de salud en línea.

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

¿Qué pasa si pierdo la cobertura?

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

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

Obtenga más horas para conservar su cobertura

Si usted es un Proveedor Individual (IP) y necesita más horas para obtener o conservar la cobertura, pruebe usando Carina, un sitio web gratuito de ofertas de empleo que lo ayuda a encontrar más clientes.

Obtenga más información en myseiu.be/carina.



Mes de trabajo	Mes de cobertura
ENERO →	MARZO
FEBRERO →	ABRIL
MARZO →	MAYO
ABRIL →	JUNIO
MAYO →	JULIO
JUNIO →	AGOSTO
JULIO →	SEPTIEMBRE
AGOSTO →	OCTUBRE
SEPTIEMBRE →	NOVIEMBRE
OCTUBRE →	DICIEMBRE
NOVIEMBRE →	ENERO
DICIEMBRE →	FEBRERO

Las horas remuneradas que trabaje en el mes de:

Determinan la cobertura en el mes de:





Conservar su cobertura de atención médica

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

!✓ Trabajar las horas requeridas

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

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

!✓ Informar sus horas a tiempo

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

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

!✓ Realizar el pago mensual completo correspondiente a la coprima

Consulte la página anterior para obtener más información.

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

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

Confiabilidad de la cobertura

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

Cómo funciona la Confiabilidad de la cobertura:

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

Preguntas frecuentes:

¿Cuándo se restablecen mis créditos?

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

¿Los créditos no utilizados se transfieren al año siguiente?

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

¿Puedo usar mis créditos durante meses consecutivos?

No, no puede utilizar créditos durante 2 meses seguidos.

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

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

¿Sigo pagando la coprima mensual si utilizo un crédito?

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

BENEFICIOS DE SALUD



Línea de servicio al cliente

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

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

1-877-606-6705

Tiene a su disposición apoyo con respecto al idioma.

Reciba apoyo por chat en vivo

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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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



Recursos adicionales

Términos de uso común en el campo de seguros

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

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

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

myseiu.be/cfk

Utilice su cobertura

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

myseiu.be/covered



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Folleto con los detalles del plan

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

Resumen de Modificaciones al Material (SMM):

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

Panorama del plan médico y dental:

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

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Una explicación detallada de su plan, incluyendo:

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

Recursos del plan:

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

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

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

1-877-606-6705

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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com



Maila C.
Cuidadora, Seattle

Resumen de Modificaciones al Material

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Panorama del plan médico y dental

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



Este es un breve resumen de beneficios proporcionado por SEIU 775 Benefits Group. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicaamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura.

Cobertura en la red	
Máximo de gastos por cuenta propia	
Para un miembro	\$1,250
Para toda una familia	\$2,500
Deductible	\$0
Visitas al consultorio	
Examen físico preventivo de rutina	\$0
Atención primaria	\$0
Atención especializada	\$15
Atención de urgencias	\$30
Pruebas	
Pruebas preventivas	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
TC, IRM y examen por TEP	\$50 por visita al departamento. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa.
Medicamentos (ambulatorio)	
Medicamentos con prescripción (suministro de hasta 30 días)	\$5 genérico/\$25 marca preferida/\$50 marca no preferida Insulina: \$0 genérica/\$0 marca preferida/\$0 marca no preferida Inhaladores y EpiPen: \$5 genérico/\$25 marca preferida
Medicamentos con prescripción pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)	\$10 genérico/\$50 marca preferida/\$100 marca no preferida
Medicamentos administrados, entre ellos, inyecciones (en todos los centros de servicios ambulatorios)	\$0
Visita al consultorio de tratamientos de enfermería para recibir inyecciones	\$5
Atención durante la maternidad	
Cuidado prenatal programado y primera consulta posparto	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización
Para tratar la infertilidad	
Servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad, así como servicios relacionados	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny
Servicios hospitalarios	
Servicios de desplazamiento (por transporte)	\$75
Visita al departamento de urgencias	\$200 (se exonera si es hospitalizado)
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización
Visita para radioterapia/quimioterapia	\$15

Equipo médico duradero, dispositivos protésicos externos y dispositivos ortésicos	Coaseguro del 0 %
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia (hasta 20 visitas por tipo de terapia y por año calendario)	\$15
Servicios de los centros de enfermería especializada	
Servicios hospitalarios de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	\$0
Servicios contra la dependencia de sustancias químicas	
Servicios ambulatorios	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización.
Servicios de salud mental	
Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales)	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización
Cuidado alternativo	
Servicios de acupuntura	Copago de \$0, hasta 20 visitas por iniciativa propia al año
Servicios quiroprácticos	Copago de \$0, hasta 20 visitas por iniciativa propia al año
Terapia de masaje	Copago de \$25, hasta 12 visitas por iniciativa propia al año
Medicina naturopática	Copago de \$0, sin límite de visitas
Servicios para la visión	
Examen ocular de rutina (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años)	\$0
Dispositivos de visión y servicios ópticos (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años)	Sin cargo para lentes de gafas, monturas o lentes de contacto (cada 12 meses).
Examen ocular de rutina (mayores de 19 años)	\$0
Dispositivos de visión y servicios ópticos (mayores de 19 años)*	Subsidio inicial de hasta \$600 para gafas o lentes de contacto, solo una vez al año.
Servicios auditivos	
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic

Este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se debe interpretar como un contrato. Una vez esté inscrito en un plan, tendrá acceso a su folleto de beneficios, el cual proporciona más información sobre el plan de Delta Dental PPO. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicio al cliente de Delta Dental al **1-800-554-1907** o visite DeltaDentalWA.com.

Período de beneficios:

1/1/2025 al 31/12/2025

Máximo por período de beneficios*

(por persona; no es aplicable a la Clase I): \$5,000

Ortodoncia (adultos y niños): 50 % con un máximo vitalicio de \$5,000 por persona

*El cuidado dental recibido a través de un dentista de PDA estará cubierto completamente hasta el máximo de \$2,000, con exención del coaseguro para los servicios de Clase III - Principales.

Red Delta Dental

Sus beneficios se incrementan con la red Delta Dental PPO. También tendrá acceso a la red Delta Dental Premier®, que lo ayuda a ampliar sus opciones.

Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis


Los miembros de Delta Dental que visitan como paciente nuevo a un proveedor de Pacific Dental Alliance (PDA) podrán recibir un cepillo de dientes Sonicare gratis.

Consulte la lista completa de proveedores de PDA:
myseiu.be/oe-pda.

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

Características			
Menores costos por cuenta propia	○		
Formularios para presentar reclamaciones	○	○	
Gestión de calidad y aseguramiento de costos	○	○	

Emergencia dental: los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.



Panorama del plan dental

Fecha de entrada en vigencia:
01/08/2025

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc., este plan proporciona una amplia cobertura. La siguiente lista ofrece información sobre algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Llame al **1-855-433-6825** o visite myseiu.be/oe-willamette para obtener más información. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite myseiu.be/willamette-exclusions.

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deductible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Sin copago por visita
Servicios diagnósticos y preventivos	
Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Odontología restauradora	
Empastes (de amalgama)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
Endodoncia y periodoncia	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$85
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$105
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$130
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$150
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$75
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$1,500
Implantes dentales	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
Otros	
Anestesia local	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Tarifas del laboratorio dental	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Óxido nitroso	Usted hace un copago de \$40
Visita a consultorios de especialistas	Usted hace un copago de \$30 por visita
Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura	Usted paga montos que excedan los \$250

* La ATM tiene un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000. ** Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral. **Emergencia dental:** los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo compartirían usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Se trata solo de un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su asesor de embarazo y posparto de Progyny o su defensor de la atención al paciente (PCA) de Progyny al (833) 233-0517.

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Las exclusiones incluyen los kits caseros de predicción de la ovulación, los servicios y suministros proporcionados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos considerados experimentales por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Todos los cobros asociados a los servicios para una portadora gestacional, incluidas, entre otras, las tarifas de las pruebas de laboratorio, no están cubiertos. Si su médico solicita servicios que no están incluidos en esta guía, consulte a su PCA para confirmar la cobertura. Hay algunos servicios que no están cubiertos por Progyny; sin embargo, es posible que se presten a través de su plan médico.

Sus derechos para continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es: Healthcare.gov: visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596; el Mercado de Seguros Médicos estatal o SHOP. También puede disponer de otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación:

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo en relación con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

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

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario por prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? No es aplicable.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario por prima que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros.



KAISER
PERMANENTE®

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Resumen de beneficios y cobertura

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

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deductible total?	\$0	Ver los eventos médicos comunes tabla de abajo para que sus costos por los servicios de este plan cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deductible ?	No es aplicable.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con el deductible. Pero un copago o coseguro pueden aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin gasto compartido y antes de alcanzar su deductible. Ver una lista de servicios preventivos cubiertos al https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deductibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$1,250 por individuo/\$2,500 por familia	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que se cumpla el límite de desembolso familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, visite www.kp.org o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los

		servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.

	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 seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (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	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$15 / visita	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación/vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su personal medico si los servicios necesarios son preventivos. Vea en su plan para saber lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: Sin cargo Pruebas de laboratorio: Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 / visita	No está cubierto	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad	Medicamentos genéricos	Venta al por menor \$5; pedido por correo de \$10 / prescripción	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca preferidos	Venta al por menor \$25; pedido por correo de \$50 / prescripción	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$50 al por menor; pedido por correo de \$100 / prescripción	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días o un pedido por correo de 90 días. Sujeto a las pautas del formulario, cuando se apruebe mediante un proceso de excepción.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican costos compartidos de medicamentos de marca genéricos, preferidos y no preferidos correspondientes.	No está cubierto	Se aplican los límites de medicamentos genéricos, de marca preferida, de marca no preferida y las autorizaciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 / visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en la tarifa del Centro.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 / visita	\$200 / visita	Renunciado si es admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$75 / transporte	\$75 / transporte	ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 / visita	No está cubierto	Los proveedores no participantes cubiertos cuando temporalmente fuera del área de servicio: \$30 / visita
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 / admisión	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Los honorarios del médico/cirujano están incluidos en la tarifa del Centro.
Si necesita servicios de salud	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 / admisión	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No está cubierto	Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa de la instalación.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 / admisión	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	No está cubierto	130 visita límite / año. Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$15 / visita Paciente hospitalizado: \$100 / admisión	No está cubierto	Paciente ambulatorio: 20 visita límite / therapy / año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 / visita	No está cubierto	20 visita límite / therapy / año. Se requiere autorización previa.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	No está cubierto	100 días límite / año. Se requiere autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	No está cubierto	Sujeto a las pautas del formulario. Se requiere autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Examen de la vista para niños	Sin cargo para el examen refractivo	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Anteojos para niños	Sin cargo	No está cubierto	Limitado a un par de Marcos y lentes o

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor seleccionado (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	lentes de contacto/12 meses.

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 que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía estética
- Cuidado de los pies de rutina
- Cuidado dental (adulto y niño)
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para perder peso
- Tratamiento de la infertilidad

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 límite / año)
- Ayuda auditiva (\$3,000 límite / oído, cada 3 años)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado ocular de rutina (Adulto)
- Quiropráctica (20 visitas límite / año)

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 se muestra en la siguiente tabla. 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.CuidadoDeSalud.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 los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
División de Regulación Financiera de Oregón	1-888-877-4894 or www.dfr.oregon.gov
Departamento de Seguros de Washington	1-800- 562- 6900 or www.insurance.wa.gov

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

¿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](#).

Servicio de acceso a idiomas:

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, kwijjigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, 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, á'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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 deductible general del plan	\$0
■ Especialista copayment	\$15
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$100
■ Otro (análisis de sangre) copayment	\$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:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$160

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$0
■ Especialista copayment	\$15
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$100
■ Otro (análisis de sangre) copayment	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del [médico de atención
primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$500

Fractura simple de Mía

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

■ El deductible general del plan	\$0
■ Especialista copayment	\$15
■ Hospital (establecimiento) copayment	\$100
■ Otro (radiografía) copayment	\$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, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$400

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <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: የሚኖሩት ቅጽ አማርኛ ክሮን የተጠየም እርዳታ
ፊርማዎች: በእኔ ለማግኘት ተዘግቷዋል: ወደ ማረከተለው ቁጥር ይደውሉ
1-800-813-2000 (TTY: 711).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية
متوفّرة 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 **711 : TTY: 1-800-813-2000** 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) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនឹងយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយ
ផ្ទៃតាមភាសា ដោយមិនគូលបូរស គិតអាជាហាតសំរាប់រឿន្ទុក។ ចូរ
ទូរសព្ទ **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: ຖ້າວີ້າ ທ່ຽນວ່າພາສາ ລາວ, ການ
ບໍລິການຂອບໃຈດໍານາພາສາ, ໄດ້ລັບເສັງຄ່າ, ດ້ວຍມີຜົນໄຫ້ທ່ານ.
ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) **XIYYEFFANNAA:** 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: สำนักพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการ
ช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี 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).

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

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

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

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

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

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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

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

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? No corresponde.

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

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

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

Recursos del plan

Línea de servicio al cliente de beneficios de salud

MAGNACARESM

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

Kaiser Permanente Northwest



Servicios para nuevos miembros	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
Member Services	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
Servicios de salud mental	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
Línea de ayuda de enfermería	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
Ayuda con el idioma para los miembros	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-language

Beneficio dental

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

Otros beneficios

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

Obtenga apoyo en su idioma

Llame a la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarlo con las preguntas que tenga sobre cómo solicitar y gestionar sus beneficios.

Una vez que se inscriba en la cobertura de atención médica, tendrá a su disposición apoyo con respecto al idioma a través de su plan médico.