

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

# دليل تغطية الرعاية الصحية



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



# مزايا الصحة 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](http://myseiu.be/kicks)



## مزايا الرعاية الذاتية

يقدم مزودو الرعاية في أغلب الأحيان الآخرين على أنفسهم، ولكن الرعاية الذاتية مهمة أيضًا. توجد العديد من المزايا المجانية ومنخفضة التكلفة لمزودي الرعاية والتي يمكن أن تساعد في معالجة الإجهاد والقلق والاكتئاب. [myseiu.be/self-care](http://myseiu.be/self-care)

## المزيد من المزايا المتاحة

### لمزودي الرعاية



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

## 3 مميزات خطة الرعاية الصحية

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

## 7 حساب المزايا الصحية

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

## 8 الأسئلة الشائعة

### حول التغطية

- 8 الأهلية
- 8 Coverage for Kids (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](https://myseiu.be/cfk).

## 3 إنشاء حساب مزايا صحية

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

## 4 تقديم طلبك وإرساله

- أكمل الطلب قبل الموعد النهائي على [myseiu.be/magnacare](https://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](https://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 شهرياً.

Dani R.  
مزود رعاية، أسوتين



# خيارات خطة تغطية الرعاية الصحية

احصل على تغطية رعاية صحية عالية الجودة بمبلغ يبدأ من  
25 دولارًا فقط شهرياً. 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/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

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

## الخيار 2



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

**125 دولارًا/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

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

## الخيار 1



**التغطية الفردية  
التغطية الطبية  
وتغطية طب الأسنان**

**25 دولارًا/شهرياً**

الاقساط الشهرية المشتركة

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

**الاقساط الشهرية المشتركة:**

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

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة  
مدفوعة أو أكثر شهرياً.

## المزايا المحسنة والمزايا الجديدة

### موثوقية التغطية

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

### مزايا التبرني لدى Progyny

احصل على ما يصل إلى 15000 دولار أمريكي لتغطية النفقات المتعلقة بالتبرني (ميزة مدى الحياة<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> الحد الأقصى للمبلغ المقدم لتغطية النفقات المتعلقة بالتبرني 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، إضافة 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 للتعقّب 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 لديّ 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<br>المزايا السنوية |
| 0 دولار                                                                                                                                                                | 0 دولار                                                                                                                                                                   | المبلغ المقتطع                       |
| مغطى بالكامل                                                                                                                                                           | مغطى بالكامل                                                                                                                                                              | فحوصات روتينية                       |
| نعم                                                                                                                                                                    | نعم                                                                                                                                                                       | مزايا تقويم الأسنان                  |
| تمتلك مجموعة Willamette Dental العديد من<br>المواقع المناسبة في غرب واشنطن، مما يُسهّل<br>العثور على طبيب أسنان تابع لـ Willamette<br>إذا كنت تعيش على امتداد ممر 5-1. | تتمتع جمعية Delta Dental بشبكة واسعة من<br>مقدمي الرعاية، بما في ذلك المناطق الريفية.<br>ستحتاج طبيب أسنان تابع لمؤسسة Delta<br>Dental PPO لتحقيق أقصى استفادة من مزاياك. | شبكة مقدمي الرعاية                   |
| تفضل بزيارة <a href="http://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a><br>وأدخل رمز محل إقامتك البريدي في مربع البحث.                          | تفضل بزيارة <a href="http://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a><br>واختر "Delta Dental PPO" لتصفية نتائج البحث.                                | البحث عن طبيب<br>أسنان قريب منك      |
| 1-855-433-6825<br><a href="http://myseiu.be/willamette">myseiu.be/willamette</a>                                                                                       | 1-800-554-1907<br><a href="http://DeltaDentalWA.com">DeltaDentalWA.com</a>                                                                                                | للاستفسارات أو لمزيد<br>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.

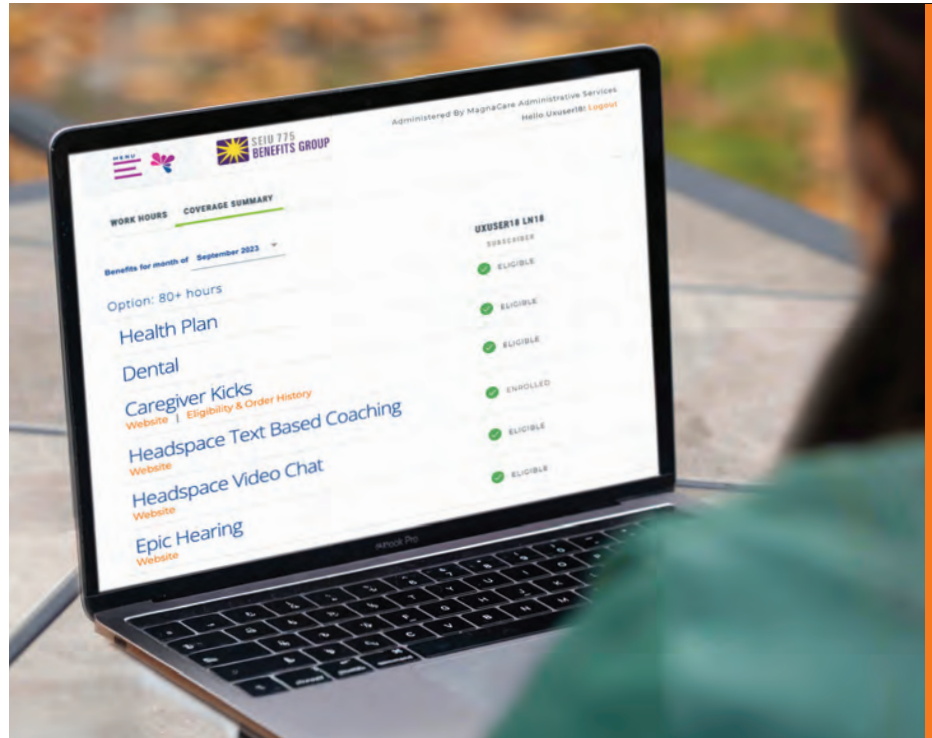
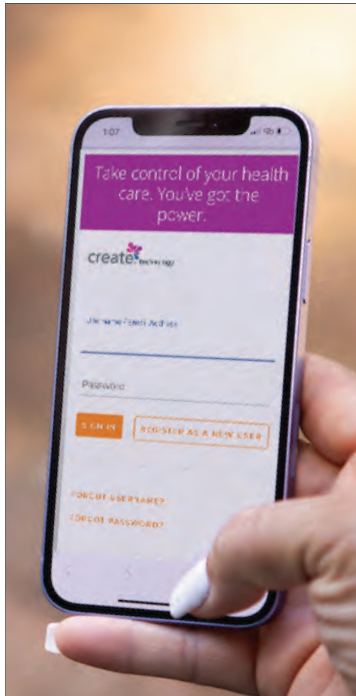
## الحصول على دعم الدردشة المباشرة

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

تعرف على كيفية إنشاء  
حساب على [myseiu.be/hba](https://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 تُسجل أنت بها ولا يمكن تسجيلهم إلا تحت رعاية مزود رعاية واحد. يمكن تنسيق التغطية مع خطط خارجية. لمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.

## كيف أضيف Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

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

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

3. أرسل وثيقة (وثنائى) 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](http://myseiu.be/cfk) للحصول على المعلومات المفصلة بشأن:

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

## كيف أصبح مؤهلاً للتغطية الفردية؟

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

## كيف يمكنني تقديم طلب؟

تقدم بطلب أو قم بإجراء التغييرات عبر الإنترنت على [myseiu.be/magnacare](http://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](http://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](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com) لطلب نسخة من نموذج الطلب.





## موثوقية التغطية

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

### آلية عمل موثوقية التغطية:

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

### الأسئلة الشائعة:

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

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

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

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

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

## الحفاظ على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

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

### ❗ تأدية ساعات عملك المطلوبة.

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

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

### ❗ الإبلاغ عن ساعات عملك في الموعد المحدد.

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

### ❗ دفع قسطك الشهري المشترك كله.

اطّلع على الصفحة السابقة لمزيد من المعلومات.

### تعرف على المزيد من المعلومات بشأن الحفاظ على تغطيتك على [myseiu.be/maintain](http://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](https://myseiu.be/magnacare) لدعم الدردشة.

[SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto: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](https://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](https://myseiu.be/cfk)

### الشروط العامة للتأمين

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

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

تغطية الرعاية الصحية 2025-2026

# كتيب تفاصيل ال خطة

أنت مؤهل للحصول على خطة POS للرعاية  
الطبية من Kaiser Permanente في ولاية  
واشنطن. تسري هذه الخطة اعتباراً من  
1 أغسطس 2025 حتى 31 يوليو 2026.

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.

1-877-606-6705

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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

# 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:**

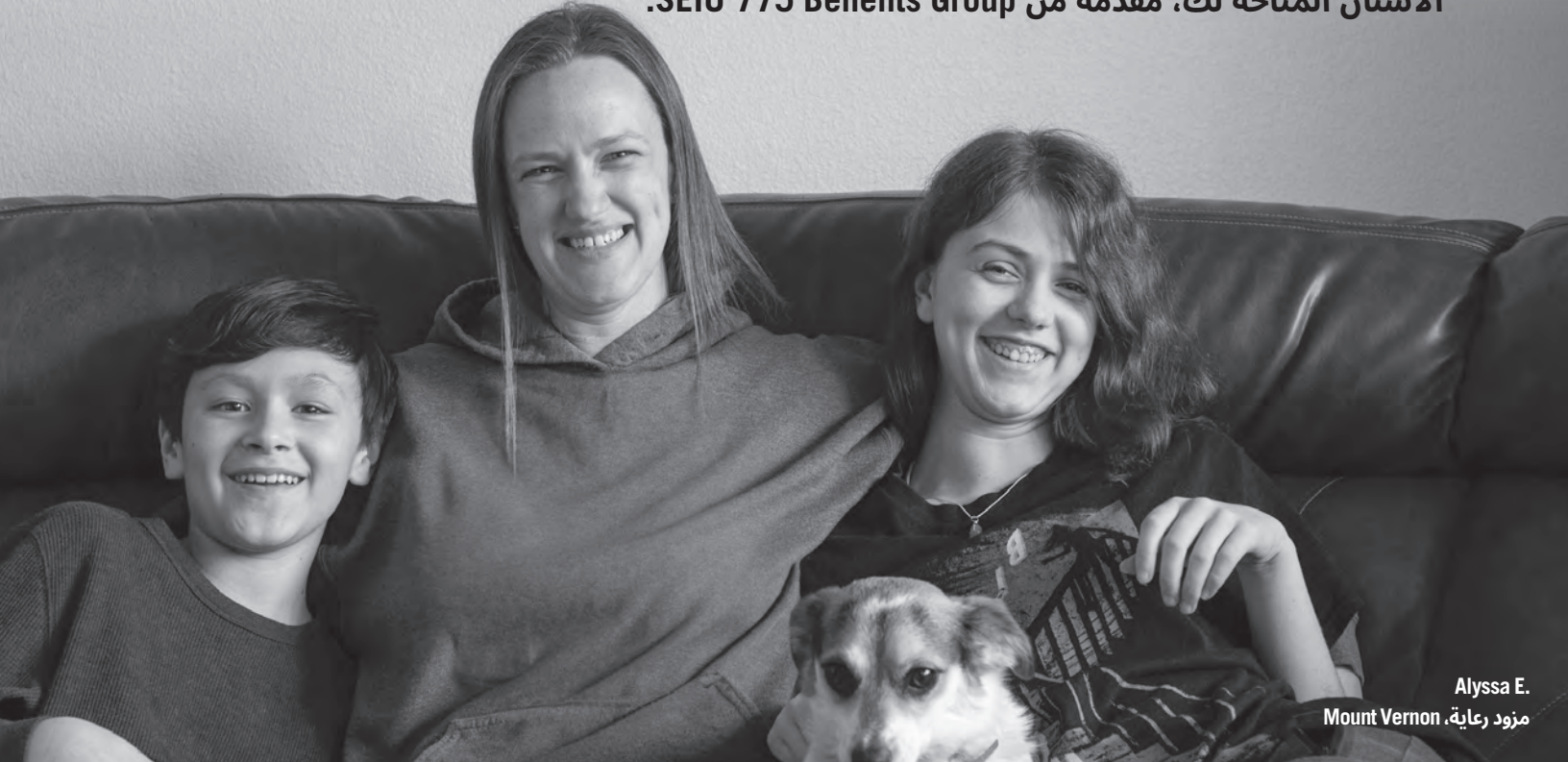
- تمت إزالة متطلبات الوثائق الثانوية للضرورة الطبية.
- يتوفر الآن علاج تعديل الصوت وعمليات نحت الجسم.

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 POS لخيارات التأمين الذاتي تاريخ السريان 2025/8/1



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

| المزايا                                                                      | داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | خارج الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| المبلغ المقتطع من الخطة                                                      | لا يوجد اقتطاع سنوي                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | المبلغ المقتطع للفرد: 500 دولار لكل سنة تقويمية                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| تأجيل المبلغ المقتطع للفرد                                                   | لا ينطبق                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | يتم تطبيق الترحيل في الربع الرابع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| نسبة التأمين المشترك للخطة                                                   | لا توجد نسبة للتأمين المشترك للخطة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20% من المبلغ المسموح به.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| حد التكاليف العينية                                                          | حد التكاليف العينية الخاصة بالأفراد: 1,200 دولار<br>نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية:<br>جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | تتم مشاركة حد التكاليف العينية داخل الشبكة<br>نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية:<br>جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| الظروف الموجودة مُسبقًا (PEC) فترة الانتظار                                  | لا توجد الظروف الموجودة مُسبقًا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | كما هو الحال داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| الحد الأقصى على مدى الحياة                                                   | غير محدود                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | كما هو حال الحد الأقصى داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| خدمات العيادات الخارجية (زيارات العيادة)                                     | الرعاية الأولية مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| الرعاية العاجلة                                                              | مركز الرعاية العاجلة ضمن الشبكة الطبية: الرعاية الأولية مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| خدمات المستشفى                                                               | الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br>عيادة جراحية خارجية: المشاركة بدفع 50 دولارًا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين<br>عيادة جراحية خارجية: يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 50 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| الأدوية بوصفة طبية*<br>(قد تغطي بعض أدوية الحقن ضمن خدمات العيادات الخارجية) | الأدوية القائمة على القيمة**/الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا<br>الأنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>0 دولار/0 دولار/25 دولارًا<br>أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا | الأدوية الجنيسة المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة<br>المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/55 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا<br>الأنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>0 دولار/0 دولار/25 دولارًا<br>أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا |
| طلب الوصفة الطبية بواسطة البريد                                              | 5 دولارات خصم لكل كمية تكفي 30 يومًا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | غير مشمولة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| العلاج بالخوخر                                                               | تغطية حتى 20 زيارة لكل تشخيص طبي لكل سنة تقويمية دون إذن مسبق؛ الزيارات الإضافية عند الموافقة عليها من خلال الخطة المجانية                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| خدمات الإسعاف                                                                | تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | كما هو الحال داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

\*إذا كنت تعمل في منظمة دينية، فإن خطتك الصحية تستبعد تغطية وسائل منع الحمل، كما هو مسموح به بموجب الإعفاء الديني لقانون الرعاية الصحية بأسعار معقولة. وعلى الرغم من ذلك، سوف تتلقى هذه التغطية دون مقابل مادي (ودون اتخاذ أي إجراء إضافي) من Kaiser Permanente، في حال كنت مسجلًا في الخطة الصحية. \*\*العقاقير القائمة على القيمة هي أدوية جنيسة لعلاج مختلف الحالات الصحية.

| المزايا                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | خارج الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الاعتماد الكيميائي                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br>المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا مجاني                                                                                                                                                            | المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين<br>المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                             |
| الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات<br><ul style="list-style-type: none"> <li>الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات</li> <li>المعدات الطبية المتينة</li> <li>أجهزة تقويم العظام</li> <li>حملات ما بعد استئصال الثدي</li> <li>تقتصر على شهرين (2) كل ستة (6) أشهر</li> <li>مستلزمات الفغر</li> <li>الأجهزة التعويضية</li> </ul> | مغطاة بنسبة 100%. مطلوب الإذن المسبق أو لن تتم تغطيته.                                                                                                                                                                                                                                                                        | مغطاة بنسبة 50%، ويتم تطبيق الاقتطاع                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| مستلزمات مرضى السكري                                                                                                                                                                                                                                                                                               | الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود. | الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.        |
| خدمات المختبر التشخيصية والأشعة السينية                                                                                                                                                                                                                                                                            | المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى<br>المرضى الخارجيون: مغطى بالكامل<br>يجب أن تكون خدمات التصوير الشعاعي المتطورة مثل التصوير المقطعي المحوسب، والرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لها ضرورة طبية وتتطلب إذنًا مسبقًا إلا عندما تكون مرتبطة بالرعاية الطارئة أو خدمات المرضى الداخليين.         | المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى<br>المرضى الخارجيون: يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين<br>يجب أن تكون خدمات التصوير الشعاعي المتطورة مثل التصوير المقطعي المحوسب، والرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لها ضرورة طبية وتتطلب إذنًا مسبقًا إلا عندما تكون مرتبطة بالرعاية الطارئة أو خدمات المرضى الداخليين. |
| خدمات الطوارئ<br>(يتم التنازل عن مشاركة الدفع إذا تم تقديمها)                                                                                                                                                                                                                                                      | دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| فحوصات السمع (روتينية)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | مجاني                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| أجهزة السمع                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكلفة، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على myseiu.be/epic                                                                                                                                              | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد مشاركة في دفع التكلفة، ما يصل إلى 3,000 دولار لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكاليف أجهزة السمع. تعرّف على المزيد على myseiu.be/epic                                                                                                                                                     |
| خدمات الصحة المنزلية                                                                                                                                                                                                                                                                                               | مغطى بالكامل. لا يوجد حد للزيارات.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | لا يوجد حد للزيارات<br>يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| خدمات الاعتناء المنزلي                                                                                                                                                                                                                                                                                             | مغطى بالكامل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| خدمات العقم                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة) تساعد Smart Cycles 1+2 الأعضاء طوال رحلة الخصوبة وبناء الأسرة. تعرّف على المزيد على myseiu.be/progyny                                                                                                                                                               | غير مشمولة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| العلاج اليدوي                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | مغطاة حتى 20 زيارة في السنة التقييمية بدون إذن مسبق مجاني                                                                                                                                                                                                                                                                     | تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية<br>ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                          |
| خدمات التدليك                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | انظر خدمات إعادة التأهيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | انظر خدمات إعادة التأهيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| خدمات الأمومة                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br>المرضى الخارجيون: مجاني. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.                                                                                                                                    | المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين<br>المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.                                                          |

| المزايا                                                                                                            | داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | خارج الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الصحة العقلية                                                                                                      | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني                                                                                                                                                                                                                   | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين المشترك                                                                                                                                            |
| العلاج الطبيعي                                                                                                     | مجانٍ. زيارات غير محدودة في السنة التقويمية من دون إذن مسبق. مغطى بالكامل.                                                                                                                                                                                                                                                                              | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| خدمات حديثي الولادة                                                                                                | <b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية.<br>أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.                                                                                                                         | <b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية.<br>أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.                                                                                                                 |
| الخدمات المرتبطة بالسمنة                                                                                           | مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| زراعة الأعضاء                                                                                                      | غير محدود، لا توجد فترة انتظار<br><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني                                                                                                                                                                                 | تمت مشاركتها داخل الشبكة<br><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين                                                                                                                       |
| الرعاية الوقائية<br>فحوصات الرعاية الصحية، الخاصة بالتطعيمات، وفحوصات مسحة عنق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة السينية | مغطى بالكامل<br>خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) مغطاة بالكامل.                                                                                                                                                                                                                                       | يتم تطبيق الاقطعاع والتأمين<br>تخضع خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) لحصة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للمزايا. تصوير الثدي بالأشعة السينية الروتينية: يتم تطبيق الاقطعاع والتأمين                                                                                             |
| خدمات إعادة التأهيل<br>زيارات إعادة التأهيل هي مجموع زيارات العلاج المجمعة في السنة التقويمية                      | <b>المرضى الداخليون:</b> 60 يومًا في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود.<br>تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> 60 زيارة في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود.<br>الرعاية الأولية مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة | <b>المرضى الداخليون:</b> مشاركة حدود الزيارة اليومية مع الشبكة الداخلية تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> يتم تطبيق الاقطعاع والتأمين<br><b>المرضى الخارجيون:</b> تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين |
| مرافق التمريض المؤهلة                                                                                              | مغطاة بالكامل حتى 60 يومًا في السنة التقويمية                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | تتم مشاركة حدود الزيارة اليومية مع مزايا داخل الشبكة تطبيق الاقطعاع والتأمين الصحي                                                                                                                                                                                                                                                              |
| التعقيم<br>(قطع القناة الدافقة، ربط البوق)                                                                         | مغطى بالكامل.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقطعاع والتأمين<br><b>المرضى الخارجيون:</b> دفعة مشتركة 15 دولارًا، يُطبّق الاقطعاع والتأمين المشترك؛ تتمتع عمليات تعقيم النساء بالتغطية بشرط مشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزة.                           |
| المفصل الفكيّ الصّديّجي<br>خدمات (المفصل الفكيّ الصّديّجي)                                                         | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني                                                                                                                                                                                                                   | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدّمًا ويتم تطبيق الاقطعاع والتأمين<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين                                                                                                                          |
| استشارات الإقلاع عن التبغ                                                                                          | برنامج الإقلاع عن التبغ مدى الحياة - مغطى بالكامل                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | يتم تطبيق حصة التكلفة المطبقة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| الرعاية البصرية الروتينية<br>(زيارة واحدة كل 12 شهرًا)                                                             | مجانٍ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقطعاع والتأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| الأجهزة البصرية<br>العدسات، بما في ذلك العدسات اللاصقة والإطارات                                                   | <b>الأعضاء دون سن 19 سنة:</b> زوج واحد من الإطارات والعدسات في السنة أو العدسات اللاصقة مغطاة بتأمين مشترك بنسبة 50%<br><b>الأعضاء الذين يبلغون من العمر 19 عامًا وأكثر:</b> 600 دولار لكل 12 شهرًا                                                                                                                                                     | تمت مشاركتها داخل الشبكة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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، ستستمتع 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](http://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<br>التنظيف<br>الفلوريد<br>الأشعة السينية<br>ختامات الأسنان                           |
| الفئة الثانية - الترميم          |                      |                  |                                                                                               |
| 60%                              | 60%                  | 100%             | الترميمات<br>الحشوات الخلفية المركبة<br>علاج جذور الأسنان (قناة الجذر)<br>اللثة<br>جراحة الفم |
| الفئة الثالثة - الجراحة الكبرى   |                      |                  |                                                                                               |
| 40%                              | 40%                  | 80%              | أطقم الأسنان<br>أطقم الأسنان الجزئية<br>عمليات الزرع<br>جسور الأسنان<br>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](http://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](http://myseiu.be/oe-willamette) لمزيد من المعلومات. للحصول على قائمة القيود والاستثناءات، تفضل بزيارة الرابط الآتي [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions).

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

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

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

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

#### خدمات مُستثناة وغيرها من الخدمات المُغطاة:

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

#### حقوقك في متابعة تغطيتك:

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

#### حقوقك في رفع الشكاوى وتقديم الالتماسات:

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

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

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

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

لو لم تلبّ خطتك معايير القيمة الأدنى، فقد تأهل 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.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) or call 1-888-901-4636 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

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

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

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

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

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

#### Excluded Services & Other Covered Services:

| Services Your <a href="#">Plan</a> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <a href="#">plan</a> document for more information and a list of any other <a href="#">excluded services</a> .) |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosmetic surgery</li> <li>• Dental care (Adult and child)</li> <li>• Hearing aids</li> </ul>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertility treatment</li> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Private-duty nursing</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Weight loss programs</li> </ul> |
| Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <a href="#">plan</a> document.)                                                      |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture (20 visit limit / year)</li> <li>• Bariatric surgery</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Children's glasses</li> <li>• Chiropractic care (20 visit limit / year)</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine eye care (Adult)</li> </ul>                                                          |

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health](#)

[Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318- 2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

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

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

**Does this [plan](#) provide Minimum Essential Coverage? Yes**

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

**Does this [plan](#) meet the Minimum Value Standards? Yes**

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

**Language Access Services:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*

## About these Coverage Examples:



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

### Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$15  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>                 | \$100 |
| ■ Other (blood work) <a href="#">copayment</a>                  | \$0   |

#### This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)  
 Childbirth/Delivery Professional Services  
 Childbirth/Delivery Facility Services  
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)  
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$12,700</b> |
|---------------------------|-----------------|

#### In this example, Peg would pay:

| <i>Cost Sharing</i>               |              |
|-----------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deductibles</a>       | \$0          |
| <a href="#">Copayments</a>        | \$100        |
| <a href="#">Coinsurance</a>       | \$0          |
| <i>What isn't covered</i>         |              |
| Limits or exclusions              | \$20         |
| <b>The total Peg would pay is</b> | <b>\$120</b> |

### Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$15  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>                 | \$100 |
| ■ Other (blood work) <a href="#">copayment</a>                  | \$0   |

#### This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)  
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)  
[Prescription drugs](#)  
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$5,600</b> |
|---------------------------|----------------|

#### In this example, Joe would pay:

| <i>Cost Sharing</i>               |              |
|-----------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deductibles</a>       | \$0          |
| <a href="#">Copayments</a>        | \$600        |
| <a href="#">Coinsurance</a>       | \$0          |
| <i>What isn't covered</i>         |              |
| Limits or exclusions              | \$0          |
| <b>The total Joe would pay is</b> | <b>\$600</b> |

### Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Specialist copayment</a>                          | \$15  |
| ■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>                 | \$100 |
| ■ Other (x-ray) <a href="#">copayment</a>                       | \$0   |

#### This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)  
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)  
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)  
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$2,800</b> |
|---------------------------|----------------|

#### In this example, Mia would pay:

| <i>Cost Sharing</i>               |              |
|-----------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deductibles</a>       | \$0          |
| <a href="#">Copayments</a>        | \$200        |
| <a href="#">Coinsurance</a>       | \$200        |
| <i>What isn't covered</i>         |              |
| Limits or exclusions              | \$0          |
| <b>The total Mia would pay is</b> | <b>\$400</b> |

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

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

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

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

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

| Important Questions                                         | Answers                        | Why This Matters:                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| What is the overall deductible?                             | Individual \$0<br>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 /<br>Family \$0 | There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.                                                                                                                                           |
| Will you pay less if you use a network provider?            | Not applicable.                | Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.                                  |

**Excluded Services & Other Covered Services:**

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

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

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

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

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

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

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

# موارد الخطة

| 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 ولاية واشنطن |                |  KAISER PERMANENTE® |
|---------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| خدمة الأعضاء الجدد                    | 1-888-844-4607 | myseiu.be/kp-new-member                                                                              |
| خدمات الأعضاء                         | 1-888-901-4636 | myseiu.be/kp-member                                                                                  |
| خدمات الصحة العقلية                   | 1-888-287-2680 | myseiu.be/kaiser-bh                                                                                  |
| خط مساعدة التمريض                     | 1-800-297-6877 | myseiu.be/kp-nurse                                                                                   |
| المساعدة اللغوية للأعضاء              | 1-888-901-4636 | 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.