



Dora P.  
Cuidadora, Tacoma

**2025-2026**

# Guía de cobertura de atención médica

Si tiene dudas sobre la cobertura,  
comuníquese con Recursos Humanos.

## **2 Cobertura de atención médica**

- 3 Beneficios de salud y relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción
- 4 Beneficios de salud mental
- 4 Beneficios visuales y auditivos
- 5 Resumen de beneficios

## **10 Opciones de cobertura dental**

- 11 Delta Dental
- 12 Willamette Dental

## **13 Recursos y contactos**

# Datos más destacados del plan médico



Becky F.  
Cuidadora, Lacey

Los planes disponibles le ofrecen muchas formas de mantener su salud y bienestar. La cobertura incluye los siguientes beneficios:

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

## Mejoras en los beneficios del 2025

**Beneficio de Progyny por adopción:** obtenga hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio <sup>1</sup>).

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

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

**Beneficios de atención para afirmación de género:** ahora todos los planes cubren una variedad de procedimientos y terapias.

## Aproveche al máximo su cobertura de atención médica.

Además del cuidado preventivo, su cobertura incluye muchas formas de obtener atención y apoyo, como asesoría de bienestar y programas personalizados sobre el manejo de afecciones crónicas, como la diabetes, la hipertensión y el dolor de espalda.

**Encuentre un proveedor de atención primaria.** Puede consultarlo para chequeos de bienestar, si se enferma o si necesita una remisión a un especialista.

- **Kaiser Permanente de Washington (KPWA):** [myseiu.be/kp-login](https://myseiu.be/kp-login)
- **Aetna:** [myseiu.be/aetna-login](https://myseiu.be/aetna-login)

Una vez inscrito, su proveedor le enviará por correo postal un documento de identificación de miembro. Con su documento de identificación de miembro\*, puede abrir una cuenta segura, gestionar su salud y encontrar un proveedor de atención primaria.

\*Si no recibe su documento en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de inicio de la cobertura, llame a su aseguradora.

## Consultas de atención primaria gratis\*

Con Kaiser Permanente no hay copago cuando acude a su médico de atención primaria (también llamado proveedor de atención primaria o PCP). Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar y cuando esté enfermo. Kaiser Permanente también ofrece opciones de atención virtual en una variedad de casos, de modo que pueda recibir atención desde la comodidad de su hogar.

Si no puede obtener una cita para el mismo día con su médico o tiene necesidades de salud que requieren atención de inmediato, su centro de atención de urgencias de Kaiser Permanente más cercano es una solución asequible.

## Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción (Rx) están incluidos en su cobertura, y hacer transferencias de sus medicamentos con prescripción es muy sencillo. Solo tiene que iniciar sesión en su cuenta en línea de Kaiser Permanente o llamar a servicios para miembros.

El pedido por correo es la opción más asequible para obtener sus medicamentos con prescripción. Surta sus medicamentos con prescripción en línea, por teléfono o mediante la aplicación de Kaiser Permanente.

## Consultas de atención primaria gratis\*

Con Aetna no hay copago cuando acude a su médico de atención primaria (también llamado proveedor de atención primaria o PCP). Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar y cuando esté enfermo. Aetna también ofrece opciones de atención virtual, de modo que pueda recibir atención desde la comodidad de su hogar.

Si no puede obtener una cita para el mismo día con su médico o tiene necesidades de salud que requieren atención de inmediato, su centro de atención de urgencias de Aetna más cercano es una solución asequible.

Su plan también incluye servicios de atención a través de CVS Health®, proporcionándole acceso a atención primaria y de salud mental por encargo, de forma virtual con la opción de ser atendido en persona.

## Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Aetna utiliza la red de farmacias minoristas Sav-Rx para los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción, que incluye 75,000 farmacias en todo el país. Es importante que presente su documento de identificación de Sav-Rx en la farmacia.

Recibirá por correo postal su documento de identificación de Sav-Rx. Una vez reciba su documento de identificación, visite [savrx.com](http://savrx.com) y regístrese para crear una cuenta y acceder a sus beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Sav-Rx llamando al 1-800-228-3108.

| Consultas médicas                                 | KPWA            | Aetna           |
|---------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Proveedor de atención primaria/consultas en línea | Copago de \$0   | Copago de \$0   |
| Consultas de atención de urgencias                | Copago de \$0   | Copago de \$25  |
| Consultas en la sala de emergencias               | Copago de \$200 | Copago de \$200 |

| Copago de prescripción médica       | KPWA                                           |                                               | Aetna                                          |                                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                     | Farmacia minorista<br>Suministro<br>de 30 días | Pedido por correo<br>Suministro<br>de 30 días | Farmacia minorista<br>Suministro<br>de 30 días | Pedido por correo<br>Suministro de<br>hasta 90 días |
| Anticonceptivos genéricos**         | \$0                                            | \$0                                           | \$0                                            | \$0                                                 |
| Medicamentos basados en el valor*** | \$4                                            | \$0                                           | \$4                                            | \$8                                                 |
| Genérico preferido                  | \$8                                            | \$3                                           | \$8                                            | \$16                                                |
| Marca preferida                     | \$25                                           | \$20                                          | \$25                                           | \$50                                                |
| Marca no preferida                  | -                                              | -                                             | \$50                                           | \$100                                               |

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

\*\*Si trabaja para una organización religiosa, su plan médico no incluye la cobertura de medicamentos anticonceptivos de conformidad con la excepción por índole religiosa de la Ley de Atención Médica Asequible. Sin embargo, recibirá dichos medicamentos por parte de Kaiser Permanente sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), siempre y cuando esté inscrito en un plan médico. \*\*\*Medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.

## Beneficios de salud mental

La cobertura de Kaiser Permanente incluye apoyo profesional, suministro de medicamentos, terapia grupal y cuidado alternativo. Puede programar valoraciones de forma virtual y citas electrónicas para revisar sus síntomas, con el fin de obtener las opciones más adecuadas para usted. Además, tiene acceso a:

- Aplicaciones gratuitas como Calm, para practicar la atención plena y Headspace Care, para una asesoría emocional personalizada.
- Acceso al Care Chat (Chat de atención) en salud mental, donde puede solicitar fácilmente atención en salud mental en línea.

Obtenga más información en [myseiu.be/kaiser-bh](https://myseiu.be/kaiser-bh).

## Beneficios de atención visual

Kaiser Permanente proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular cada 12 meses gratis y \$300 cada 12 meses para dispositivos de visión. Puede elegir entre una amplia variedad de lentes de alta calidad que se adaptan a su estilo y presupuesto. Los ajustes y reparaciones no tienen ningún costo.

Los dependientes menores de 19 años obtendrán 1 montura gratis con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro.

## Beneficios de salud mental

Su salud emocional es tan importante como su salud física. Su cobertura incluye apoyo profesional las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asesoramiento en persona y opciones de atención virtual, así como recursos útiles en línea.

Su cobertura también incluye programas como Alma y Headway, que proporcionan asesoramiento para todas las edades, con terapeutas disponibles en persona o de forma virtual. Los dos programas permiten encontrar fácilmente un proveedor que se adapte a sus necesidades personales. También tiene acceso a Brightline, que ofrece asesoría y terapia virtuales para niños y adolescentes a través de consultas seguras por video.

Obtenga más información en [aetna.com](https://aetna.com).

## Beneficios de atención visual

Aetna proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular por un copago de \$25 cada 12 meses y \$300 cada 12 meses para dispositivos de visión (como lentes, monturas y lentes de contacto).

## Todos los planes incluyen los beneficios de EPIC Hearing.

La pérdida auditiva es una afección común pero también muy tratable. A través de EPIC Hearing, puede obtener un examen auditivo anual sin costo por parte de un proveedor de atención socio de EPIC Hearing y hasta \$3,000 de dispositivos auditivos por oído cada 36 meses sin costo alguno para usted. Empiece en [myseiu.be/epic](https://myseiu.be/epic).



## Todos los planes incluyen beneficios de salud reproductiva y para la formación de familia de Progyny.

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



\*Beneficio vitalicio

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010: los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan incluso hasta los 26 años de edad.

| Beneficios                                                                                                                          | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible del plan</b>                                                                                                           | <b>Individual:</b> \$1,500 por año calendario<br><b>Familiar:</b> \$3,000 por año calendario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año</b>                                                            | No se aplica al saldo del cuarto trimestre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Coaseguro del plan</b>                                                                                                           | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Límite de gastos por cuenta propia</b>                                                                                           | Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$6,250<br>Límite de gastos por cuenta propia (familiar): \$12,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)</b>                                                                        | Sin período de espera para PEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Máximo vitalicio</b>                                                                                                             | Sin límite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios ambulatorios</b><br>(visitas al consultorio)                                                                           | Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas;<br>no se aplica el deducible ni coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Atención de urgencias</b>                                                                                                        | Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas;<br>no se aplica el deducible ni coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios hospitalarios</b>                                                                                                      | <b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización.<br>Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.<br><b>Cirugía ambulatoria:</b> copago de \$50, se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                           |
| <b>Medicamentos con prescripción</b><br>(puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios) | Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)<br>Copago de \$4/\$8/\$25 por suministro de 30 días<br>Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)<br>Copago de \$0/\$0<br>Inhaladores y EpiPen: genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) con copago de \$8/\$25                                                                                                     |
| <b>Prescripción pedida por correo</b><br>(suministro de hasta 90 días)                                                              | Algunos medicamentos tienen descuento si se piden a través de los servicios de prescripción pedida por correo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Acupuntura</b>                                                                                                                   | Copago de \$0. Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa.<br>El plan debe aprobar las visitas adicionales (cubiertos completamente).                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios de desplazamiento</b>                                                                                                  | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Dependencia de sustancias químicas</b>                                                                                           | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.<br><b>Ambulatorios:</b> copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Aparatos, equipos y suministros</b>                                                                                              | Se cubre el 100 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Aparatos ortopédicos</li> <li>• Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses</li> <li>• Suministros para ostomía</li> <li>• Aparatos protésicos</li> </ul>                                                                        |
| <b>Suministros para diabéticos</b>                                                                                                  | Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites. |
| <b>Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico</b>                                                                            | <b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios<br><b>Ambulatorios:</b> cubiertos completamente, IRM/TEP/TC con copago de \$50<br>Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios.              |
| <b>Servicios de emergencia</b><br>(se exonera del copago si es hospitalizado)                                                       | Copago de \$200 en un centro designado<br>Copago de \$200 en un centro no designado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Beneficios                                                                                                                           | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exámenes auditivos</b><br>(1 examen de rutina cada 12 meses)                                                                      | Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Dispositivos auditivos</b>                                                                                                        | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>                                                                                     | Cubiertos completamente. Sin límite de visitas. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Servicios paliativos</b>                                                                                                          | Cubiertos completamente. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Servicios de infertilidad</b>                                                                                                     | Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a>                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Terapia manipulativa</b>                                                                                                          | Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa; copago de \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de masaje</b>                                                                                                           | Consulte “Servicios de rehabilitación”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios de maternidad</b>                                                                                                       | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización<br><b>Ambulatorios:</b> copago de \$0. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>De salud mental</b>                                                                                                               | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.<br><b>Ambulatorios:</b> copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Naturopatía</b>                                                                                                                   | Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro.<br>Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios neonatales</b>                                                                                                          | <b>Estancia hospitalaria inicial:</b> consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de bienestar”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre.                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios relacionados con la obesidad</b>                                                                                        | Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Trasplantes de órganos</b>                                                                                                        | Sin límites ni período de espera<br><b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro<br><b>Ambulatorios:</b> copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cuidado preventivo:</b><br>Exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías                               | Cubiertos completamente<br>Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos completamente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de rehabilitación:</b><br>las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario | <b>Hospitalarios:</b> 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental.<br>copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.<br><b>Ambulatorios:</b> 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental.<br>Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>                                                                                            | Se aplica deducible y coaseguro.<br>Se cubren hasta 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Esterilización</b><br>(vasectomía, ligadura de trompas)                                                                           | Cubiertos completamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                                                        | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro.<br><b>Ambulatorios:</b> copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco</b>                                                                          | Programa Quit for Life (cubierto completamente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cuidado de rutina de la vista</b><br>(1 visita cada 12 meses)                                                                     | Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Lentes ópticos:</b><br>Lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas                                                         | <b>Miembros menores de 19 años:</b> 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro<br><b>Miembros mayores de 19 años:</b> \$300 por 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010: los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan incluso hasta los 26 años de edad.

| Beneficios                                                                                                                          | En la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible del plan</b>                                                                                                           | <b>Deducible individual:</b> \$1,500 por año calendario<br><b>Deducible familiar:</b> \$3,000 por año calendario                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Deducible individual:</b> \$3,000 por año calendario<br><b>Deducible familiar:</b> \$6,000 por año calendario                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Coaseguro del plan</b>                                                                                                           | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | El plan paga el 50 % y usted paga el 50 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Límite de gastos por cuenta propia</b>                                                                                           | <b>Servicios médicos:</b><br><b>Individual:</b> \$5,250<br><b>Familia:</b> \$10,500<br><b>Medicamentos con prescripción:</b><br><b>Individual:</b> \$1,000<br><b>Familia:</b> \$2,000                                                                                                                                                                                                 | <b>Servicios médicos:</b><br>Ninguno<br><b>Medicamentos con prescripción:</b><br>Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)</b>                                                                        | Sin período de espera para PEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Igual que en la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Máximo vitalicio</b>                                                                                                             | Sin límite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Igual que en la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios ambulatorios (visita al consultorio)</b>                                                                               | Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible<br>Todas las visitas con su proveedor de atención primaria (PCP) designado tendrán un copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                 | Se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Atención de urgencias</b>                                                                                                        | Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Servicios hospitalarios</b>                                                                                                      | <b>Servicios hospitalarios:</b> se aplica deducible y coaseguro<br><b>Cirugía ambulatoria:</b> se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                          | <b>Servicios hospitalarios:</b> se aplica deducible y coaseguro<br><b>Cirugía ambulatoria:</b> se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Medicamentos con prescripción</b><br>(puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios) | Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3)<br>\$4/\$8/\$25/\$50<br><br>Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$25<br><br>Inhaladores y EpiPen: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$35 | Genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$55<br><br>Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$35<br><br>Inhaladores y EpiPen: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$35 |
| <b>Prescripción pedida por correo</b>                                                                                               | 2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | No cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Acupuntura</b>                                                                                                                   | 20 visitas por año calendario con copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | El mismo límite de visitas del proveedor preferido<br>Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de desplazamiento</b>                                                                                                  | Copago de \$200, se aplica el deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Igual que el beneficio del proveedor preferido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Dependencia de sustancias químicas</b>                                                                                           | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible<br><b>Ambulatorios:</b> totalmente cubierta, se exonera el deducible                                                                                                                                                                                    | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro.<br><b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                      |

| Beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                | En la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aparatos, equipos y suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Aparatos ortopédicos</li> <li>Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses</li> <li>Suministros para ostomía</li> <li>Aparatos protésicos</li> </ul> | Se cubre el 100 % y se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Suministros para diabéticos</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | Consulte: medicamentos con prescripción                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Consulte: medicamentos con prescripción                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios<br><b>Ambulatorios:</b> Se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                          | <b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios<br><b>Ambulatorios:</b> Se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)</b>                                                                                                                                                                                                                | Copago de \$200. Se aplica coaseguro y deducible                                                                                                                                                                                                                                                                           | Igual que en la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Exámenes auditivos (rutinarios)</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | Totalmente cubiertos, se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Dispositivos auditivos</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>                                                                                         | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>                                                                                         |
| <b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>                                                                                                                                                                                                                                          | Totalmente cubiertos, hasta 130 visitas en total por año calendario. Se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                               | El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios paliativos</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | Totalmente cubiertos, se exonera el deducible                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se aplica deducible y coaseguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios de infertilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a> | No cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Terapia manipulativa</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa<br>Copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                     | Los límites de visitas son los mismos que en la red<br>Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de masaje</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | Copago de \$25 (20 visitas por año calendario)                                                                                                                                                                                                                                                                             | El mismo límite de visitas del proveedor preferido<br>Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Servicios de maternidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible<br><b>Ambulatorios:</b> Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.                                         | <b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro.<br><b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro.                                                                                                                                 |
| <b>De salud mental</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible<br><b>Ambulatorios:</b> totalmente cubierta, se exonera el deducible                                                                                                                         | <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro.<br><b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                  |
| <b>Naturopatía</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Copago de \$0                                                                                                                                                                                                                                           | Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios neonatales</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Estancia hospitalaria inicial:</b> consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre. | <b>Estancia hospitalaria inicial:</b> consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre. |

| Beneficios                                                                                                                            | En la red                                                                                                                                                                                                          | Fuera de la red                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirugía relacionada con la obesidad</b><br>(bariátrica)                                                                            | Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos                                                                                                                                               | No cubiertos                                                                                                                                           |
| <b>Trasplantes de órganos</b>                                                                                                         | Sin límites ni período de espera<br><b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro<br><b>Ambulatorios:</b> Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible | No cubiertos<br><br>La cobertura no preferida se proporciona en un centro no perteneciente a la OIE                                                    |
| <b>Cuidado preventivo</b><br>(exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)                               | Totalmente cubierta, se exonera el deducible<br>Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.                     | Se aplica deducible y coaseguro                                                                                                                        |
| <b>Servicios de rehabilitación</b><br>(las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario) | Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible<br>Se cubren hasta 60 visitas por año                                                                                                                            | Copago de \$25, no se aplica deducible y coaseguro<br>El límite de visitas es el mismo que en la red                                                   |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>                                                                                             | Se aplica deducible y coaseguro<br>Se cubren hasta 60 días por año calendario                                                                                                                                      | Los límites de días son los mismos que en la red.<br>Se aplica deducible y coaseguro.                                                                  |
| <b>Esterilización</b><br>(vasectomía, ligadura de trompas)                                                                            | <b>Vasectomía:</b> la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza<br><b>Ligadura de trompas:</b> totalmente cubierta, se exonera el deducible                             | <b>Vasectomía:</b> la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza<br><b>Ligadura de trompas:</b> No cubiertos |
| <b>Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                                                         | No cubiertos                                                                                                                                                                                                       | No cubiertos                                                                                                                                           |
| <b>Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco</b>                                                                           | Programa Quit for Life (cubierto completamente)                                                                                                                                                                    | Se aplican los costos compartidos correspondientes                                                                                                     |
| <b>Cuidado de rutina de la vista</b><br>(1 visita cada 12 meses)                                                                      | Copago de \$25                                                                                                                                                                                                     | Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro                                                                                                        |
| <b>Lentes ópticos</b><br>(lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas)                                                         | <b>Todos los miembros:</b> \$300 por 12 meses                                                                                                                                                                      | Igual que el del beneficio del proveedor preferido                                                                                                     |

# Opciones del plan dental

Compare los planes dentales y elija el más adecuado para usted.



Amy L.  
Cuidadora, Seattle

## Su plan dental está incluido en su cobertura.

Use la siguiente tabla para revisar el resumen de beneficios del plan, la cual puede ayudarlo a comparar los planes y comprender los posibles costos por cuenta propia. Si ya está inscrito en la cobertura y desea cambiar de plan dental, presente su solicitud antes del 20 de julio.

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

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

**Período de beneficios:**

1/1/2025 al 31/12/2026

**Máximo por período de beneficios\***

(por persona; no es aplicable a la Clase I): \$1,000

**Ortodoncia (adultos y niños):**

50 % con un máximo vitalicio de \$1,000 por persona

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

**Red de Delta Dental**

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

**Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis**



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

Consulte la lista completa de proveedores de PDA: [myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda).

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

|                                              |   |   |  |
|----------------------------------------------|---|---|--|
| <b>Características</b>                       |   |   |  |
| Menores costos por cuenta propia             | ○ |   |  |
| Formularios para presentar reclamaciones     | ○ | ○ |  |
| Gestión de calidad y aseguramiento de costos | ○ | ○ |  |

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

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

| Beneficios                                                                                                                                                                                                                         | Copagos                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Máximo anual                                                                                                                                                                                                                       | Sin máximo anual*                                                      |
| Deducible                                                                                                                                                                                                                          | Sin deducible                                                          |
| Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general                                                                                                                                                                             | Usted paga \$20 por visita                                             |
| <b>Servicios diagnósticos y preventivos</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                        |
| Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal | Cubiertas con el copago de visita al consultorio                       |
| <b>Odontología restauradora</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
| Empastes (de amalgama)                                                                                                                                                                                                             | Usted hace un copago de \$35                                           |
| Corona de metal porcelana                                                                                                                                                                                                          | Usted hace un copago de \$350**                                        |
| <b>Prostodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |
| Dentadura postiza inferior o superior completa                                                                                                                                                                                     | Usted hace un copago de \$500                                          |
| Puente (por diente)                                                                                                                                                                                                                | Usted hace un copago de \$350                                          |
| <b>Endodoncia y periodoncia</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
| Terapia de conducto radicular – Anterior                                                                                                                                                                                           | Usted hace un copago de \$150                                          |
| Terapia de conducto radicular – Bicúspide                                                                                                                                                                                          | Usted hace un copago de \$250                                          |
| Terapia de conducto radicular – Molar                                                                                                                                                                                              | Usted hace un copago de \$275                                          |
| Cirugía ósea (por cuadrante)                                                                                                                                                                                                       | Usted hace un copago de \$250                                          |
| Alisado radicular (por cuadrante)                                                                                                                                                                                                  | Usted hace un copago de \$115                                          |
| <b>Cirugía oral</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |
| Extracción de rutina (un solo diente)                                                                                                                                                                                              | Usted hace un copago de \$40                                           |
| Extracción quirúrgica                                                                                                                                                                                                              | Usted hace un copago de \$175                                          |
| <b>Tratamiento de ortodoncia</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |
| Tratamiento de preortodoncia                                                                                                                                                                                                       | NO CUBIERTOS                                                           |
| Tratamiento de ortodoncia integral                                                                                                                                                                                                 | NO CUBIERTOS                                                           |
| <b>Implantes dentales</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |
| Cirugía de implantes dentales                                                                                                                                                                                                      | Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario |
| <b>Otros</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |
| Anestesia local                                                                                                                                                                                                                    | Cubiertas con el copago de visita al consultorio                       |
| Tarifas del laboratorio dental                                                                                                                                                                                                     | Cubiertas con el copago de visita al consultorio                       |
| Óxido nitroso                                                                                                                                                                                                                      | Cubiertas con el copago de visita al consultorio                       |
| Visita a consultorios de especialistas                                                                                                                                                                                             | Usted hace un copago de \$30 por visita                                |
| Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura                                                                                                                                                                   | Usted paga montos que excedan los \$250                                |

\*Los beneficios para la ATM, cirugía de implantes y cirugía ortognática tienen un máximo de beneficio, si están cubiertos.

\*\*Las prótesis dentales soportadas por implantes (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto.

# Recursos y apoyo



Comuníquese con su administrador de Recursos Humanos si tiene preguntas sobre la cobertura o sobre cómo solicitarla.

| Kaiser Permanente de Washington                            |                |                         |
|------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| Member Services                                            | 1-888-901-4636 | myseiu.be/kp-member     |
| Servicios para nuevos miembros                             | 1-888-844-4607 | myseiu.be/kp-new-member |
| Servicios de salud mental                                  | 1-888-287-2680 | myseiu.be/kaiser-bh     |
| Línea de ayuda de enfermería                               | 1-800-297-6877 | myseiu.be/kp-nurse      |
| Aetna                                                      |                |                         |
| Member Services                                            | 1-855-736-9469 | aetna.com               |
| Salud del comportamiento                                   | 1-800-424-4047 | aetna.com               |
| Línea de enfermería disponible las 24 horas                | 1-800-556-1555 | aetna.com               |
| Encuentre el PCP adecuado                                  | 1-888-982-3862 | aetna.com               |
| Beneficio dental                                           |                |                         |
| Delta Dental                                               | 1-800-554-1907 | deltadentalwa.com       |
| Willamette Dental                                          | 1-855-433-6825 | myseiu.be/oe-willamette |
| Otros beneficios                                           |                |                         |
| EPIC Hearing                                               | 1-877-363-5638 | myseiu.be/epic          |
| Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia) | 1-833-233-0517 | myseiu.be/progyny       |

## Si pierde la cobertura de atención médica, recibirá información sobre cómo continuar la cobertura a través de COBRA.

**COBRA:** (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) ayuda a quienes hayan perdido la cobertura de atención médica. A través de la ley COBRA, cuando pierda su cobertura podrá obtener una cobertura de atención médica continuada a cambio de un pago mensual. Su beneficio de la ley COBRA es administrado por Ameriflex. Si tiene preguntas sobre la ley COBRA, llame a la línea de servicio al cliente de Ameriflex al **1-877-606-6705**.

**Otras opciones de cobertura de atención médica:** si necesita encontrar una cobertura de atención médica a largo plazo, visite [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org). Podrá averiguar si es elegible para recibir cobertura a través de Washington Apple Health de manera gratuita o comparar otras opciones de atención médica.