



SEIU 775
BENEFITS GROUP



Sonja T.
Cuidadora, Renton

2026-2027

Guía de cobertura de atención médica



Conozca los beneficios de su cobertura de atención médica.

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

Beneficios de la cobertura



Aproveche al máximo su cobertura.

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. Una vez que se haya 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, gestionar su salud y encontrar un proveedor de atención primaria.

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

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

- ✓ Atención médica
- ✓ Atención dental y de ortodoncia
- ✓ Suministro de medicamentos con prescripción
- ✓ Salud mental
- ✓ Atención visual y auditiva
- ✓ Beneficios de salud reproductiva y para la formación de la familia
- ✓ Quiropráctica y masajes
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Atención de afirmación de género

Hemos añadido beneficios nuevos y mejorados para que sea más fácil acceder al cuidado.

Los nuevos beneficios comienzan el 1.º de agosto del 2026.

+ Nueva cobertura en atención visual

VSP Vision Care es el nuevo proveedor de atención visual. Su red extendida hace más fácil encontrar atención conveniente cerca de usted. Los beneficios incluyen un examen ocular anual, y hasta \$150 para gafas o \$300 para lentes de contacto cada 12 meses.

+ Cobertura extendida para audífonos

Se ha eliminado el límite de la cobertura de audífonos de EPIC. Ahora podrá obtener más apoyo para que pueda escuchar con claridad.

+ Cumplimiento extendido de las prescripciones

Ahora podrá recibir suministros hasta por 12 meses de terapia hormonal o medicamentos anticonceptivos en una sola recarga, lo que reduce los viajes hasta la farmacia y facilita que sea consistente con su tratamiento.

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	Farmacia minorista suministro de 30 días	Pedido por correo suministro de hasta 90 días	Farmacia minorista suministro de 30 días	Pedido por correo suministro de hasta 90 días
Anticonceptivos genéricos*	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos basados en el valor**	\$4	\$10	\$4	\$8
Genérico preferido	\$8	\$3	\$8	\$16
Marca preferida	\$25	\$20	\$25	\$50
Marca no preferida	-	-	\$50	\$100

*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 la cobertura



Consultas de atención primaria gratis

Puede consultar sin costo a su proveedor de atención primaria para consultas de bienestar o en caso de enfermedad. También se encuentran disponibles opciones de atención virtual, para que pueda recibir atención desde su hogar.

Las pruebas o los servicios adicionales podrían tener un costo.

Atención médica de emergencia y de urgencias

Su plan cubre la atención de urgencias y las consultas en la sala de emergencias. La atención de urgencias es una opción conveniente para tratar problemas que no sean de emergencia, cuando su médico no está disponible. La atención médica de emergencia es en caso de afecciones que ponen en riesgo la vida.

Prescripción

Usted tiene acceso a varios medicamentos con prescripción, incluyendo opciones convenientes de pedido por correo entregados en su hogar.

Salud mental

La cobertura incluye apoyo profesional de salud mental, administración de medicamentos, terapia grupal, cuidado alternativo y acceso a programas y herramientas de autocuidado.

Asesoría y programas de bienestar

Obtenga apoyo personalizado para controlar las afecciones crónicas y mejorar su salud en general. El plan incluye asesoría de bienestar, orientación del equipo de cuidado y herramientas para ayudarlo a hacer seguimiento de su progreso.

Masaje y quiropráctica

Existen opciones a bajo costo para fisioterapia, masajes, cuidado quiropráctico y acupuntura.

Atención visual

La cobertura para la visión a través de VSP incluye exámenes oculares de rutina, un subsidio para gafas o lentes de contacto, y acceso a una gran red de oftalmólogos.

Atención auditiva

A través de EPIC Hearing, usted puede acceder a exámenes auditivos y apoyo para dispositivos auditivos a través de los proveedores de la red.

Salud reproductiva y para la formación de la familia y cuidados de la mediana edad

Con Progyny usted obtiene 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 y atención en persona o de forma virtual.

Consulte los detalles de su plan para ver la lista completa de beneficios.

Ofrece un desglose completo de sus planes médico y dental, incluidos los costos por cuenta propia y la cobertura de medicamentos con prescripción, consultas y tratamientos.

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

Deborah M.
Cuidadora, Vancouver



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.

Beneficios	Dentro de la red
Deducible del plan	Individual: \$1,500 por año calendario Familiar: \$3,000 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Límite de gastos por cuenta propia	Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$6,250 Límite de gastos por cuenta propia (familiar): \$12,500
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin período de espera para PEC
Máximo vitalicio	Sin límite
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Atención de urgencias	Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. Cirugía ambulatoria: copago de \$50, se aplica deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) Copago de \$4/\$8/\$25 por suministro de 30 días Insulina: Genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) Copago de \$0/\$0 Inhaladores y EpiPen: Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) con copago de \$8/\$25
Prescripción pedida por correo (suministro de hasta 90 días)	Algunos medicamentos tienen descuento si se piden a través de los servicios de prescripción pedida por correo
Acupuntura	Copago de \$0. Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. El plan debe aprobar las visitas adicionales (cubiertos completamente).
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. Ambulatorios: Copago de \$0
Aparatos, equipos y suministros	Se cubre el 100 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos
Suministros para diabéticos	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.
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: Se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: Cubiertos completamente, IRM/TEP/TC con copago de \$50 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.

Beneficios	Dentro de la red
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200 en un centro designado Se aplica deducible y coaseguro Copago de \$200 en un centro no designado
Exámenes auditivos (1 examen de rutina cada 12 meses)	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago ni límite por cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic .
Servicios de atención médica domiciliaria	Cubiertos completamente. Sin límite de visitas. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.
Servicios paliativos	Cubiertos completamente. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.
Servicios de infertilidad	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa; copago de \$0.
Servicios de masaje	Consulte "Servicios de rehabilitación"
Servicios de maternidad	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.
Salud mental	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. Ambulatorios: Copago de \$0
Naturopatía	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro. Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente.
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: 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.
Servicios relacionados con la obesidad	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Cuidado preventivo: Exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías	Cubiertos completamente Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos completamente
Servicios de rehabilitación: Las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario	Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro. Se cubren hasta 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Cubiertos completamente.
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Ambulatorios: Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)
Cuidado de rutina de la vista y lentes ópticos	Cubiertos por un beneficio separado: VSP Vision Care. Obtenga más información en myseiu.be/vspvision

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.

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

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Aparatos, equipos y suministros - Equipo médico duradero - Aparatos ortopédicos - Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses - Suministros para ostomía - Aparatos protésicos	Se cubre el 100 % y se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Suministros para diabéticos	Consulte: Medicamentos con prescripción	Consulte: Medicamentos con prescripción
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: Se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: Se aplica deducible y coaseguro	Hospitalarios: Se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200. Se aplica coaseguro y deducible	Igual que en la red
Exámenes auditivos (rutinarios)	Totalmente cubierta, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago ni límite por cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic .	
Servicios de atención médica domiciliaria	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.
Servicios paliativos	Totalmente cubierta, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios de infertilidad	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	Copago de \$25 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.	Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro. Ambulatorios: Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro.
Salud mental	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: Totalmente cubierta, se exonera el deducible	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Ambulatorios: Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Naturopatía	Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Copago de \$0	Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: 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.	Estancia hospitalaria inicial: 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.
Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubiertos

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible	No cubiertos La cobertura no preferida se proporciona en un centro no perteneciente a la OIE.
Cuidado preventivo (exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Totalmente cubierta, se exonera el deducible Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.	Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)	Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible Se cubren hasta 60 visitas por año	Copago de \$25, no se aplica deducible y coaseguro El límite de visitas es el mismo que en la red
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro Se cubren hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que en la red. Se aplica deducible y coaseguro.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Vasectomía: La distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: Totalmente cubierta, se exonera el deducible	Vasectomía: La distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: No cubiertos
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	No cubiertos	No cubiertos
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
Cuidado de rutina de la vista y lentes ópticos	Cubiertos por un beneficio separado: VSP Vision Care. Obtenga más información en myseiu.be/vspvision	



Melissa E.
Cuidadora, Seattle

Opciones del plan dental

El plan dental está incluido en su cobertura de atención médica. Utilice el cuadro para comparar planes y seleccione el plan que más le convenga.

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

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:
1/1/2027 al 31/12/2027

Máximo por período de beneficios* (por persona; no es aplicable a la Clase I): \$1,000

*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**.

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

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

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

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

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

*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.

Se trata solo de un resumen. Para obtener más información sobre su nueva cobertura en atención visual, comuníquese con VSP Vision al 800-785-0699.

Plan VSP Essential (servicio completo)	
Copagos (exámenes/gafas)	\$0/\$10
Frecuencias	
Examen	Cada 12 meses
Lentes	Cada 12 meses
Monturas	Cada 12 meses
Beneficios con un proveedor de la red VSP	
Examen ocular completo	Copago de \$0
Examen para lentes de contacto	\$0
Examen de detección de enfermedades de la retina	\$0
Atención oftalmológica básica	Cubierto por el plan médico Sujeto al costo compartido aplicable a las visitas al consultorio
Lentes	
Monofocales	Cubiertos
Lentes bifocales con línea	Cubiertos
Lentes trifocales con línea	Cubiertos
Subsidios*	
Subsidio para monturas en tiendas minoristas	\$150
Subsidio para monturas de marcas destacadas	\$170
Monturas equivalentes a las de Costco	\$150
Lentes de contacto optativos En vez de lentes o monturas	\$300
Gastos por cuenta propia para las mejoras en los lentes	
Policarbonato	\$35 Totalmente cubierto para niños menores de 19 años
Revestimiento antirreflejo	Entre \$41 y \$85
Revestimiento antirrayaduras y UV	Cubierto
Alto índice	Entre \$56 y \$60
Fotocromáticos	\$75
Progresivos estándar	Cubierto
Progresivos personalizados/premium	Entre \$95 y \$175
Cualquier otra mejora en lentes con descuento	30 %

Subsidios para proveedores que no pertenecen a la red de VSP	
Examen	\$45
Monofocales	\$30
Bifocales	\$50
Trifocales	\$65
Lenticulares	\$100
Lentes progresivos	\$50
Monturas	\$70
Lentes de contacto optativos En vez de lentes o monturas	\$105

Recursos

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

Kaiser Permanente de Washington



Servicios para nuevos miembros	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Member Services	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-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
Ayuda con el idioma para los miembros	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-language

Aetna



Member Services	1-855-736-9469	aetna.com
Servicios de salud mental	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
Ayuda con el idioma para los miembros	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language
Sav-Rx	1-800-228-3108	savrx.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	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny
VSP Vision Care	1-800-785-0699	myseiu.be/vspvision