

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

Período de cobertura: **08/01/2026 – 07/31/2027**

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

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

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

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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

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

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? No corresponde.

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

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

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