

Sonja T.
مزودة الرعاية، رينتون



2026-2027

**Get healthcare coverage
information in your language.**

احصل على معلومات تغطية الرعاية
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា
ភាសាមවស្កូត។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka
caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття
медичної страховки своєю мовою.

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

دليل تغطية الرعاية الصحية



استكشف خياراتك وخطواتك القادمة.

اتصل على الرقم 1-877-606-6705 إذا كانت لديك أي استفسارات أو احتجت
إلى مساعدة في التقديم.

دليل تفصيلي للتقدم بطلب للحصول على التغطية

1) تعرّف على تغطيتك

- استكشف خيارات تغطيتك وراجع تفاصيل خطتك لفهم التكاليف النثرية مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا والعلاجات والخدمات المشتركة.
- اطّلع على تفاصيل أهليتك في الصفحة 5 لمعرفة كونك مؤهلاً أو لا.
- حدد خيارًا للتغطية وخطة طب الأسنان.

2) الاستعداد للتقدم بطلب

- اجمع معلوماتك. سيتعين عليك تقديم رقم ضمانك الاجتماعي واسم صاحب العمل للتقدم بطلب.
- **Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال):** اجمع وثائق اعتماد المعولين لديك. تعرّف على المزيد واطلع على التعليمات على myseiu.be/cfk.

3) إنشاء حساب المزايا الصحية

- تعرّف على كيفية إنشاء حساب على myseiu.be/hba. تتم إدارة حسابك بواسطة MagnaCare، الجهة المسؤولة عن إدارة مزاياك الصحية. تتوفر الحسابات حاليًا باللغة الإنجليزية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو دعم لغوي، فاتصل على الرقم 1-877-606-6705.

4) إرسال طلب التقديم الخاص بك

- أكمل الطلب قبل الموعد النهائي على myseiu.be/magnacare أو عبر البريد. تعرّف على المزيد في الصفحة 5.
- **Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال):** أرسل وثائق اعتماد المعولين عند تقديم طلبك. تعرّف على كيفية إرسال وثائقك على myseiu.be/cfk.

ستتلقى إيصال الطلب عبر البريد الإلكتروني لديك في غضون يوم واحد وقرار التغطية عبر بريد إلكتروني في غضون 30 يومًا. إذا لم يصلك شيء، فاتصل على الرقم 1-877-606-6705.

يقدم مزودو الرعاية يوميًا الرعاية للآخرين، وأنت تستحق الرعاية والدعم أيضًا.

هدفنا هو تسهيل حصولك على رعاية صحية ذات جودة عالية وبأسعار معقولة، حتى تتمكن من التركيز على صحتك، وعائلتك، والعمل المهم الذي تقوم به.

سيرشدك هذا الدليل إلى خيارات التغطية المتاحة لك والخطوات اللازمة للتقديم. نحن فخورون بدعمك وبالرعاية الأساسية التي تقدمها.

بعد مراجعة تغطية الرعاية الصحية المتاحة لك، خصص بعض الوقت لاستكشاف مزايا مزودي الرعاية الأخرى. من فرص التدريب ومزايا التقاعد إلى الأحذية المجانية المقاومة للانزلاق وخدمات التوظيف عبر منصة Carina، تم تصميم هذه المزايا لدعمك. تفضل بزيارة myseiu.be/bg لمعرفة المزيد.

Merissa Clyde، الرئيس التنفيذي
SEIU 775 Benefits Group



خيارات تغطية الرعاية الصحية

احصل على تغطية رعاية صحية عالية الجودة بمبلغ يبدأ من 25 دولارًا فقط شهريًا. يمكنك اختيار تغطية نفسك فقط أو إضافة Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) لأطفالك المعولين.

بعد ولادة طفلها الثاني، سجّلت Dani كلا الطفلين في برنامج Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)، وأثنت على "الأسعار الرائعة" التي تساعد أسرتها في توفير والادخار شهريًا.

Dani R.
مزود رعاية، رينتون



الخيار 3



التغطية الفردية +
Coverage for Kids
(التغطية الصحية للأطفال)
تغطية طب الأسنان فقط

35 دولارًا/شهريًا

الأقساط الشهرية المشتركة

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

التكلفة هي ذاتها، بصرف النظر عن عدد الأطفال الذين تتم إضافتهم!

يمكنك إضافة الأطفال المعولين المؤهلين حتى بلوغهم سن 26 عامًا، ويشمل ذلك الأطفال البيولوجيين والأطفال المتبنيين وأبناء الزوج/الزوجة وأبناء شركاء السكن.

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة أو أكثر شهريًا.

الخيار 2



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

125 دولارًا/شهريًا

الأقساط الشهرية المشتركة

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

الخيار 1



التغطية الفردية التغطية الطبية
وتغطية طب الأسنان

25 دولارًا/شهريًا

الأقساط الشهرية المشتركة

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

الأقساط الشهرية المشتركة: المبلغ الذي تدفعه شهريًا لتغطية الرعاية الصحية. اطلع على الصفحة 6 لمعرفة التفاصيل.

الأهلية

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة مدفوعة أو أكثر شهريًا.

مزايا التغطية

زيارات مجانية لتلقي الرعاية الأولية

لن تتحمل أي تكلفة لزيارة طبيب الرعاية الأولية لإجراء الفحوصات الدورية أو عند المرض. تتوفر أيضًا خيارات الرعاية عبر الإنترنت، بحيث يمكنك تلقي الرعاية من المنزل. قد تتحمل تكلفة الفحوصات أو الخدمات الإضافية.

رعاية الحالات العاجلة والطارئة

تغطي خطتك الرعاية العاجلة وحالات الدخول إلى غرف الطوارئ. تعتبر الرعاية العاجلة أحد الخيارات المناسبة للأزمات غير الطارئة، عندما لا يكون طبيبك متاحًا. الرعاية الطارئة هي مخصصة لرعاية الحالات الخطيرة أو المهددة للحياة.

الوصفة الطبية

يمكنك الحصول على مجموعة واسعة من الأدوية الموصوفة، ويشمل ذلك خيارات طلبها عبر البريد وتوصيلها بسهولة إلى منزلك.

الصحة النفسية

تغطي خطتك الدعم المهني للصحة النفسية، وإدارة الأدوية، والعلاج الجماعي، والرعاية البديلة، وإمكانية الحصول على أدوات وبرامج العناية الذاتية.

تدريب العافية وبرامجها

احصل على دعم مخصص لإدارة الحالات المزمنة وتحسين صحتك العامة. تشمل خطتك توفير تدريب العافية وإرشاد فريق الرعاية والأدوات لتساعدك على تتبع تقدّمك المُحرز.

العلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك

يمكنك الاستفادة من خيارات منخفضة التكلفة للعلاج الطبيعي، والتدليك، وتقويم العمود الفقري، والوخز بالإبر، وبرامج العافية عبر الإنترنت.

البصر

تغطي خطة البصر عبر VSP الفحوصات الروتينية للعين، وتوفير بدلاً للنظارات أو العدسات اللاصقة، مع إمكانية الاستفادة من زيارة شبكة كبيرة من أطباء العيون.

السمع

من خلال EPIC Hearing، يمكنك أنت وأطفالك الاستفادة من فحوصات السمع والدعم الخاص بأجهزة السمع عبر مقدمي الخدمات داخل الشبكة.

تكوين الأسرة والرعاية الإنجابية ورعاية

منتصف العمر

من خلال Progyny، يمكنك الحصول على مزايا لكل مرحلة من مراحل الحياة، بداية من الخصوبة وتكوين الأسرة إلى الحمل، وبعد الولادة وانقطاع الطمث. احصل على تغطية لأحدث العلاجات، والدعم الشخصي، والرعاية المقدمة شخصيًا وعبر الإنترنت.

اطّلع على تفاصيل خطتك للحصول على قائمة كاملة بالمزايا.

يوفر هذا البند تفصيلاً كاملاً لخطتك الطبية وخطة طب الأسنان، ومنها التكاليف الثرية والمزايا والتغطية للوصفات الطبية والزيارات والعلاجات.

كانت Deborah بحاجة إلى إجراء جراحة قلب مفتوح، وكانت ستكلفها مئات الآلاف من الدولارات من دون التغطية. وتقول "لقد تمكنت من التركيز على نفسي وعلاجي"، حين أزيح القلق بشأن التكاليف من على كاهلها.

Deborah M.

مزود رعاية، فانكوفر

خيارات خطة طب الأسنان

تشتمل تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك على تغطية طب الأسنان. استخدم الجدول لمقارنة الخطط وتحديد الخطة المناسبة لك.



Melissa E.
مزود رعاية، سياتل

 Willamette Dental	 DELTA DENTAL®	
لا يوجد	5000 دولار	الحد الأقصى لقيمة المزايا السنوية
0 دولار	0 دولار	المبلغ المقتطع
مغطى بالكامل	مغطى بالكامل	فحوصات روتينية
نعم	نعم	مزايا تقويم الأسنان
تمتلك مجموعة Willamette Dental العديد من المواقع المناسبة في غرب واشنطن، ما يُسهّل العثور على طبيب أسنان تابع لـ Willamette على امتداد ممر I-5.	تتمتع جمعية Delta Dental بشبكة واسعة من مقدمي الرعاية، بما في ذلك المناطق الريفية. ستحتاج إلى طبيب أسنان تابع لمؤسسة Delta Dental PPO لتحقيق أقصى استفادة من مزاياك.	شبكة مقدمي الرعاية
locations.willamettedental.com أدخل الرمز البريدي الخاص بك في البحث.	deltadentalwa.com/fad/search حدد "Delta Dental PPO" لتصفية نتائج البحث الخاصة بك.	البحث عن طبيب أسنان قريب منك
1-855-433-6825 myseiu.be/willamette	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	المزيد من المعلومات

الأسئلة الشائعة حول تغطية الرعاية الصحية

كيف أكون مؤهلاً للحصول على Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

عليك أن تعمل لمدة 120 ساعة مدفوعة الأجر أو أكثر في الشهر لتصبح مؤهلاً للحصول على Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).

من يمكنني إضافته إلى Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

يمكنك إضافة الأطفال المؤهلين حتى بلوغهم سن 26 عامًا. يشمل الأطفال المعولون المؤهلون الأطفال البيولوجيين والأطفال المتبنين والأطفال من زوجك/ زوجتك وأطفال شريكك في السكن.

يتم تسجيل الأطفال في الخطة نفسها التي تُسجل أنت فيها ولا يمكن تسجيلهم إلا تحت رعاية مزود رعاية واحد. يمكن تنسيق التغطية مع خطط خارجية. لمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم 1-877-606-6705.

كيف أضيف Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

1. **أكمل قسم Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)** عبر الإنترنت أو الطلب المطبوع.

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

3. **أرسل وثيقة (وثائق) اعتماد المعولين** مع طلبك أو في غضون 60 يومًا من تقديم الطلب**. تتضمن أمثلة المستندات المقبولة نسخًا من شهادات الميلاد الصادرة عن الحكومة وإقرارات الضرائب التي تسرد الأشخاص المعولين الذين تريد إضافتهم إلى تغطيتك.

**يلزم اعتماد المعولين عند تسجيل الأطفال لأول مرة. ليس هناك حاجة إلى إعادة إرسال الوثائق التي تم التحقق منها مسبقًا، إلا إذا تم طلب ذلك.



تفضل بزيارة myseiu.be/cfk للحصول على مزيد من التفاصيل بشأن:

- كيفية التقدم بطلب من أجل Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال).
- الأشخاص الذين يمكن إضافتهم إلى التغطية.
- تقديم وإرسال وثائق الاعتماد.

كيف أكون مؤهلاً للتغطية الفردية؟

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

كيف يمكنني تقديم طلب؟

تقدم بطلب عبر الإنترنت على myseiu.be/magnacare. إذا تلقيت طلبًا للحصول على مزايا صحية، يمكنك إرسال الطلب المكتمل بالبريد أو الفاكس إلى العنوان أو رقم الفاكس الوارد في الطلب. مطلوب بريد الولايات المتحدة.

ستتلقى إيصال الطلب عبر البريد الإلكتروني لديك في غضون يوم واحد وقرار التغطية عبر بريد إلكتروني أو خطاب في غضون 30 يومًا. إذا لم يصلك شيء، فاتصل على الرقم 1-877-606-6705.

متى أستطيع التقدم بطلب؟

هناك 3 أوقات يمكنك فيها التقدم بطلب للحصول على التغطية:

1. **الأهلية الأولية:** خلال 60 يومًا من تاريخ المواد الخاصة بتسجيلك المؤهل حديثًا. الأهلية الأولية هي عندما تصبح مؤهلاً للمرة الأولى.

2. **Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية):** من يوم 1 حتى 20 يوليو سنويًا. إذا كنت مسجلًا بالفعل، فسيتم تجديد تغطيتك تلقائيًا ولا يلزم اتخاذ أي إجراء إلا إذا كنت ترغب في إجراء تغييرات.

3. **واقعة تأهيل (QLE):** في غضون 30 يومًا من واقعة التأهيل (QLE) التي تغير احتياجاتك إلى التأمين الصحي. تشمل أمثلة وقائع التأهيل (QLES) تبني طفل، أو فقدان تغطية رعاية صحية أخرى، أو حدوث طلاق. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة myseiu.be/qle.

ألم تصبح مؤهلاً بعد؟ لا يزال بإمكانك التقدم بطلب خلال Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية).

تقدم بطلب* لبدء التغطية الفردية عند عملك لمدة 80 ساعة أو أكثر شهريًا. تبدأ Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) عند عملك لمدة 120 ساعة أو أكثر شهريًا.

*إذا لم تكن تعمل حاليًا لمدة 80 ساعة فأكثر شهريًا، لا يمكنك إكمال الطلب عبر الإنترنت. اطلب نسخة من نموذج الطلب على SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Sandra C.
مزود رعاية، كينويك

اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-606-6705

ما الذي سيحدث إذا أردت إنهاء تغطيتي؟

لإنهاء التغطية لنفسك أو لأطفالك، قدّم استمارة تنازل عن التغطية. إذا تم الاستلام بحلول اليوم الخامس عشر من الشهر، تنتهي التغطية في اليوم الأول من الشهر التالي. إذا تم الاستلام بعد اليوم الخامس عشر من الشهر، تنتهي التغطية في اليوم الأول من الشهر الذي يلي التالي.

مهم: يمكنك إعادة التسجيل فقط خلال Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية) أو بعد واقعة التأهيل. يُعاد ضبط التنازلات المستلمة قبل 1 يوليو خلال Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية). يجب تقديم استمارة تنازل عن التغطية جديدة كل عام إذا كنت ترغب في استمرار تنازلك. إذا كانت لديك تغطية خلال فترة الـ 12 شهرًا الماضية، فستتم إعادة تسجيلك تلقائيًا ما لم تقدم تنازلًا جديدًا.

ماذا لو أديت ساعات عمل غير كافية؟

توفر أشهر السماح ما يصل إلى تمديدين تبلغ مدة كل منهما شهرًا واحدًا لتغطية الرعاية الصحية كل عام، ما يساعدك أنت وأفراد عائلتك المعولين في البقاء مشمولين في التغطية حتى في حال عدم التزامك بأداء ساعات العمل المطلوبة. تعرّف على المزيد على myseiu.be/gm.

إذا فقدت التغطية، فستتلقى معلومات بشأن قانون تسوية الميزانية الشاملة الموحد (COBRA) إذا أردت الاستمرار في التغطية مقابل دفعات شهرية. إذا توقفت عن تزويد الرعاية، فتتحقق من أهليتك لـ Washington Apple Health أو تفضل زيارة wahealthplanfinder.org.

اعمل لساعات أكثر للحفاظ

على تغطيتك.

إذا كنت تحتاج إلى مزيد من ساعات العمل للحصول على التغطية أو الحفاظ عليها، فجرب Carina.org، الميزة المجانية لمطابقة الوظائف تساعدك على العثور على مزيد من العملاء.



Patrick M.
مزود رعاية، بوبالوب

متى سيبدأ تطبيق التغطية؟

Open Enrollment (فترة التسجيل السنوي للتغطية الصحية): أرسل الطلبات أو التغييرات بحلول 20 يوليو لتحظى بالتغطية بدءًا من 1 أغسطس.

الأهلية الأولية ووقائع التأهيل: تبدأ التغطية في اليوم الأول من الشهر الذي يلي استلام طلبك ومعالجته، الأمر الذي يستغرق نحو أسبوعين. على سبيل المثال، إذا تم استلام طلبك المكتمل:

- بحلول 15 مارس، ستبدأ التغطية في 1 أبريل.
- من يوم 16 حتى 31 مارس، ستبدأ التغطية في 1 مايو.

لا يمكن بدء Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال) إلا بعد استلام اعتماد المعولين لديك ومعالجته.

كيف يمكنني دفع القسط المشترك الشهري؟

سيخصم صاحب العمل تلقائيًا قسطك الشهري المشترك (المبلغ الذي تدفعه كل شهر) من أجرك. وإذا لم يتمكن صاحب العمل من دفع المبلغ المستقطع، فستتلقى خطاب الدفع الذاتي بالبريد وعبر البريد الإلكتروني لتوجيهك لدفع قيمة قسطك المشترك. يمكنك الدفع بالشيك، أو باستخدام حساب المزايا الصحية على الإنترنت.

مزودو رعاية لدى CDWA: فسيتم دفع الدفعة الأولى ذاتيًا.

كيف تؤثر ساعات عملي في تغطيتي؟

بمجرد تسجيلك في التغطية، ستحدد ساعات عملك في شهر واحد حالة تغطيتك بعد شهرين. على سبيل المثال: تحدد ساعات العمل في شهر يناير تغطيتك في شهر مارس.

شهر العمل

شهر التغطية

يناير	←	مارس
فبراير	←	أبريل
مارس	←	مايو
أبريل	←	يونيو
مايو	←	يوليو
يونيو	←	أغسطس
يوليو	←	سبتمبر
أغسطس	←	أكتوبر
سبتمبر	←	نوفمبر
أكتوبر	←	ديسمبر
نوفمبر	←	يناير
ديسمبر	←	فبراير

نوهنا انه فيلغف بيعت

نوهنا انه رلكه لوتيتا ليتا لمعات لادلس بجا

الحصول على الدعم

بشأن تغطية الرعاية الصحية والأهلية وتقديم
الطلب والمزيد.

تتوفر خدمة العملاء من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساءً

1-877-606-6705

يتوفر دعم اللغات.

دعم الدردشة المباشرة

سجّل الدخول إلى myseiu.be/magnacare لدعم الدردشة.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

ألا تستطيع التواصل مع خدمة العملاء خلال ساعات العمل؟ أرسل بريدًا إلكترونيًا
واحصل على الرد خلال يومي عمل.



استخدام حساب المزايا الصحية الخاص بك

تعرف على كيفية إنشاء حساب والتقدم
بطلب للحصول على التغطية عبر الإنترنت.

myseiu.be/hba

التعرف على المزيد حول Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)

تعرف على طريقة تقديم الطلب وإكماله.

myseiu.be/cfk

فهم الشروط العامة للتأمين

ألق نظرة على تعريفات الشروط العامة
لفهم تغطيتك الصحية فهماً أعمق.

myseiu.be/hc-terms

Caregiver Kicks: حذاء مجاني لمزودي الرعاية

تتوفر أحذية Caregiver Kicks بأكثر من 90 تصميمًا من Reebok و Sketchers، وأحذية
مقاومة للانزلاق مصممة للحفاظ على سلامتك ومنحك المزيد من الراحة أثناء العمل. يمكن
لمزودي الرعاية المؤهلين الحصول على حذاء مجاني سنويًا!

myseiu.be/kicks



2027-2026
تغطية الرعاية الصحية

تفاصيل الخطة

aetna®

أنت مؤهل للحصول على الخطة الطبية
Aetna. تسري هذه الخطة ابتداءً من 1
أغسطس 2026 حتى 31 يوليو 2027.

لمزيد من المعلومات حول ملخص المزايا والتغطية
(SBC) أو إذا كانت لديك أي استفسارات متعلقة
بالتغطية، يرجى التواصل مع خدمة عملاء المزايا
الصحية على:

1-877-606-6705

من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساءً

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

يتضمن الكتيب وثائق مهمة لمساعدتك على فهم تغطية
الرعاية الصحية الخاصة بك:

ملخص التعديلات الجوهرية (SMM):

يسرد أي تحديثات أو تغييرات متعلقة بخطتك التي ستبدأ 1 أغسطس 2026.

نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان:

نظرة عامة سريعة وواضحة على المزايا للخطة الطبية وخيارات طب الأسنان المتاحة لك،
مقدمة من SEIU 775 Benefits Group.

ملخص المزايا والتغطية (SBC):

يشمل شرح خطتك المفصل ما يلي:

- كيفية تغطية الاحتياجات الطبية والوصفات الطبية الشائعة (مثل زيارات الطبيب
والمختبرات ورعاية مرضى السكري وما إلى ذلك).
- ما تتحمله وما تغطيه الخطة (المبالغ المقتطعة والدفعات المشتركة والتأمين المشترك).
- ما تشمله الخطة وما لا تشمله (القيود أو الاستثناءات على التغطية).

موارد الخطة:

إليك أرقام الاتصال والمواقع الإلكترونية التي يمكنك استخدامها بمجرد التسجيل.



ملخص التعديلات والتخفيضات الجوهرية

على تغطية الرعاية الصحية المقدمة من خلال صندوق
SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust لمزودي
الرعاية الفرديين (IPs) ومزودي الرعاية التابعين للوكالات (APs)
الذين يعملون في (CDWA) Consumer Direct of Washington

يُعدّ ملخص التعديلات الجوهرية هذا ("SMM") تحديثًا لبعض المعلومات الواردة في ملخص تفاصيل
الخطة ("SPD") لتغطية التأمين الصحي ضمن الخطة الأساسية ("الخطة")، ابتداءً من 1 أغسطس 2026.

ابتداءً من 1 أغسطس 2026، ستتغير مزايا الخطة وقواعد الأهلية لتغطية الرعاية الصحية. يجب أن يكون مزودو
الرعاية التابعون للوكالات ومزودو الرعاية الفرديون على علم بتحسينات المزايا التالية:

- ستكون VSP Vision Care مقدم الخدمات الجديد لرعاية البصر الروتينية بما في ذلك الفحوصات الروتينية
للعين والمستلزمات البصرية والعدسات اللاصقة.
- تمت إزالة الحد الدولاري الأقصى لتغطية المعينات السمعية من EPIC.
- يمكنك الحصول على إمداد يصل إلى 12 شهرًا من علاج الهرمونات أو أدوية منع الحمل في مرة واحدة.

يُعدّ ملخص التخفيضات الجوهرية هذا ("SMR") تحديثًا لبعض المعلومات الواردة في ملخص تفاصيل
الخطة ("SPD") لتغطية التأمين الصحي ضمن الخطة الأساسية ("الخطة")، ابتداءً من 1 أغسطس 2026.

ابتداءً من 1 أغسطس 2026، ستتغير مزايا الخطة وقواعد الأهلية لتغطية الرعاية الصحية. يجب أن يكون مزودو
الرعاية التابعون للوكالات ومزودو الرعاية الفرديون على علم بما يلي:

- سيتوقف صندوق SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust عن تقديم الخدمات عبر Headspace.

لمزيد من المعلومات بخصوص هذه التغييرات، يرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 1-877-606-6705
(من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً) أو على البريد الإلكتروني
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

نبذة عن خطة Aetna الذاتية التأمين
تاريخ السريان 2026/8/1

aetna®



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

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضل	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
المبلغ المقتطع من الخطة	لا يوجد اقتطاع سنوي	المبلغ المقتطع للفرد: 500 دولار لكل سنة تقويمية المبلغ المقتطع للعائلة: 1000 دولار لكل سنة تقويمية
تأجيل المبلغ المقتطع للفرد	لا ينطبق	يتم تطبيق الترحيل في الربع الرابع
نسبة التأمين المشترك للخطة	لا توجد نسبة للتأمين المشترك للخطة	تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20% من المبلغ المسموح به.
حد التكاليف العينية	حد التكاليف العينية الطبية: الفرد: 800 دولار العائلة: 1,600 دولار حد التكاليف العينية للأدوية الموصوفة: الفرد: 400 دولار العائلة: 800 دولار نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية. جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة.	تمت مشاركتها داخل الشبكة
الظروف الموجودة مسبقًا (PEC) فترة الانتظار	لا توجد الظروف الموجودة مسبقًا	نفس شبكة مقدم الرعاية المفضلة
الحد الأقصى على مدى الحياة	غير محدود	نفس الحد الأقصى لمقدم الرعاية المفضلة
خدمات العيادات الخارجية (زيارات العيادة)	المشاركة في دفع 15 دولارًا. إذا عينت طبيبًا للرعاية الأولية من موقع Aetna على الإنترنت، فإن جميع الزيارات لهذا الطبيب ستكون مجانية	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
الرعاية العاجلة	المشاركة في دفع 15 دولارًا	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات المستشفى	الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدمًا عيادة جراحية خارجية: المشاركة بدفع 50 دولارًا	الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام لكل دخول. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك. عيادة جراحية خارجية: يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 50 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
الأدوية بالوصفة الطبية (قد تغطي بعض أدوية الحقن ضمن خدمات العيادات الخارجية)	المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا عن كل من الأدوية القائمة على القيمة/الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3) الإنسولين: المشاركة بدفع 0 دولار/25 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3) المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا عن كل من أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)	المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/55 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة الإنسولين: المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/35 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3) أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: المشاركة بدفع 13 دولارًا/30 دولارًا/35 دولارًا عن كل من الأدوية الجينية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة
طلب الوصفة الطبية بواسطة البريد	حصة تكلفة وصفتين طبيتين لكل كمية تكفي 90 يومًا	غير مشمولة
العلاج بالخز	المشاركة بدفع 0 دولار كلفة 20 زيارة في السنة التقويمية	المشاركة بدفع 15 دولارًا لمقدم الخدمة المُفضَّل عند كل زيارة، ويُطبق الاقتطاع والتأمين المشترك

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضل	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
خدمات الإسعاف	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار	نفس مزايا مزود الخدمة المفضل
الاعتماد الكيميائي	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: مجاني	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات <ul style="list-style-type: none"> المعدات الطبية المتينة أجهزة تقويم العظام حملات ما بعد استئصال الثدي تقتصر على شهرين (2) كل ستة أشهر مستلزمات الفغر الأجهزة التعويضية 	مغطاة بنسبة 100%	مغطاة بنسبة 50%، ويتم تطبيق الاقتطاع
مستلزمات مرضى السكري	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات. انظر الأجهزة والمستلزمات - انظر الأجهزة والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.	الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات. انظر الأجهزة والمستلزمات - انظر الأجهزة والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.
خدمات المختبر التشخيصية والأشعة السينية	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى المرضى الخارجيون: مغطى بالكامل	المرضى الداخليون: مغطى ضمن خدمات المستشفى المرضى الخارجيون: يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات الطوارئ (يتم التنازل عن مشاركة الدفع إذا تم تقديمها)	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار	دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار
فحوصات السمع (روتينية)	المشاركة في دفع 15 دولارًا	ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
أجهزة السمع	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد حد لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكلفة المعينة السمعية. تعرّف على المزيد على myseiu.be/epic	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد حد لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكلفة المعينة السمعية. تعرّف على المزيد على myseiu.be/epic
خدمات الصحة المنزلية	مغطاة بالكامل حتى 130 زيارة في كل سنة تقويمية	تتم مشاركتها مع المقدم المفضل عند كل زيارة ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك.
خدمات الاعتناء المنزلي	مغطى بالكامل	يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك.
خدمات العقم	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة) تساعد 1+2 Smart Cycles الأعضاء طوال رحلة الخصوبة وبناء الأسرة. تعرّف على المزيد على myseiu.be/progyny	غير مشمولة
العلاج البدوي	تغطية ما يصل إلى 20 زيارة في كل سنة تقويمية دون الحصول على إذن مسبق مجاني	تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات التدليك	المشاركة في دفع 15 دولارًا (20 زيارة في السنة التقويمية)	تتم مشاركتها مع الموفر المفضل عند نهاية الزيارة ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات الأمومة	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولارًا. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك. المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.
الصحة النفسية	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: مجاني	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
المداداة الطبيعية	مجاًناً. زيارات غير محدودة لكل سنة تقويمية	المشاركة بدفع 15 دولارًا لمقدم الخدمة المُفضّل عند كل زيارة، ويُطبق الاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات حديثي الولادة	الإقامة الأولية في المستشفى: انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الروتينية: انظر الرعاية الوقائية. أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.	الإقامة الأولية في المستشفى: انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الروتينية: انظر الرعاية الوقائية. أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.

المزايا	شبكة مقدم الرعاية المفضل	شبكة مقدم الرعاية غير المفضلة
الجراحة المرتبطة بالسمنة (البداية)	مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية	غير مشمولة
زراعة الأعضاء	غير محدود، لا توجد فترة انتظار المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولاراً	غير مشمولة
الرعاية الوقائية (فحوصات الرعاية الصحية، والتطعيمات، وفحوصات مسحة عنق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة السينية)	مغطى بالكامل خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) مغطاة بالكامل.	غير مشمولة تخضع خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) لحصة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للمزايا. تصوير الثدي بالأشعة السينية الروتينية: يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك
خدمات إعادة التأهيل (زيارات إعادة التأهيل هي مجموع زيارات العلاج المجمعة في السنة التقويمية)	المرضى الداخليون: 60 يوماً في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: 60 زيارة في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. المشاركة في دفع 15 دولاراً	المرضى الداخليون: تتم مشاركة الحدود اليومية مع حد مزايا المقدم المفضل. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام لكل دخول. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك المرضى الخارجيون: تتم مشاركة الحدود الزيارة مع حد مزايا المقدم المفضل. ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين المشترك
مرافق التمريض المؤهلة	مغطاة بالكامل حتى 60 يوماً في السنة التقويمية	تتم مشاركة الحدود اليومية مع مزايا المقدم المفضل مع تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك.
التعقيم (قطع القناة الدافقة، ربط البوق)	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولاراً الإجراءات الخاصة بتعقيم النساء مغطاة بالكامل.	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين المشترك تُغطى إجراءات تعقيم النساء وفقاً لمشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزة.
المفصل الفكي الصدغي خدمات (المفصل الفكي الصدغي)	المرضى الداخليون: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً المرضى الخارجيون: المشاركة في دفع 15 دولاراً	المرضى الداخليون: المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك المرضى الخارجيون: ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولاراً والاقتطاع والتأمين المشترك
استشارات الإقلاع عن التبغ	برنامج Quit for Life - مغطى بالكامل	يتم تطبيق حصة التكلفة المطبقة
الرعاية البصرية الروتينية والأجهزة البصرية	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: VSP Vision Care. تعرّف على المزيد على myseiu.be/vsp	تُغطى من خلال ميزة منفصلة: VSP Vision Care. تعرّف على المزيد على myseiu.be/vsp

نبذة عن خطة رعاية طب
الأسنان PPO Dental Plan
تاريخ السريان 2026/8/1



هذا ملخص موجز للمزايا المتاحة لأغراض المقارنة فقط ولا يشكل عقدًا. بمجرد تسجيلك في إحدى الخطط، ستتمتع بإمكانية الوصول إلى كتيب المزايا الذي يقدم مزيدًا من التفاصيل عن خطة Delta Dental PPO الخاصة بك. اتصل بقسم خدمة عملاء Delta Dental على الرقم 1-800-554-1907 أو تفضل بزيارة الرابط الاتي DeltaDentalWA.com إذا كان لديك أي استفسارات.

خارج الشبكة	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO	
اقتطاع فترة تقديم الميزة			
50 دولارًا	50 دولارًا	0 دولار	لا يُطبق على الفئة الأولى وتقييم الأسنان خارج الشبكة (50 دولارًا لكل شخص)
الفئة الأولى - التشخيصي والوقائي			
%80	%80	%100	الفحوصات التنظيف الفلوريد الأشعة السينية ختامات الأسنان
الفئة الثانية - الترميم			
%60	%60	%100	الترميمات الحشوات الخلفية المركبة علاج جذور الأسنان (قناة الجذر) اللثة جراحة الفم
الفئة الثالثة- الجراحة الكبرى			
%40	%40	%80	أطقم الأسنان أطقم الأسنان الجزئية عمليات الزرع جسور الأسنان تاج الأسنان

الخصائص المميزة			
		○	أقل التكاليف الفعلية التي تتحملها
	○	○	نماذج ملفات المطالبات الخاصة بك
	○	○	إدارة الجودة وحماية التكاليف

فترة تقديم الميزة:
1 يناير، 31 ديسمبر

الحد الأقصى لفترة الميزة*
(لكل شخص؛ لا ينطبق على
الفئة الأولى): 5,000 دولار

**خدمة تقييم الأسنان — البالغون
والأطفال:** 50% كحد أقصى مدى
الحياة بمقدار 5,000 دولار لكل شخص

*ستُعطى رعاية الأسنان التي تقدم من جانب أطباء الأسنان من (PDA) Pacific Dental Alliance بالكامل حتى 2,000 دولار كحد أقصى، مع التنازل عن التأمين المشترك مع الفئة الثالثة - الخدمات الرئيسية.

Delta Dental Network

تمنحك شبكة Delta Dental PPO
أقصى قدر ممكن من المزايا. كما
تمتلك من الوصول إلى شبكة
ما Delta Dental Premier®
يساعدك على توسعة خياراتك.



احصل على فرشاة أسنان Sonicare مجانًا

بالنسبة إلى أعضاء Delta Dental
الذين يزورون مقدم Pacific Dental
Alliance (PDA) كمرضى جدد:
يمكنك الحصول على فرشاة أسنان
Sonicare مجانًا.

استعراض قائمة مقدمي PDA:
myseiu.be/oe-pda

طوارئ الأسنان: سيوفر المقدمون المشاركون العلاج لحالات طوارئ الأسنان خلال ساعات العمل. ستوفر الشركة المزايا للخدمات المغطاة التي يقدمها المقدمون المشاركون في علاج طوارئ الأسنان. يمكن أن يبحث المسجل عن علاج لطوارئ الأسنان من مقدم غير مشارك إذا كان المسجل يبعد أكثر من 50 ميلًا عن أي مكتب للمقدمين المشاركين.

توفر هذه الخطة المُكتتبه من قبل Willamette Dental of Washington, Inc. تغطية رائعة. تقدم لك القائمة أدناه معلومات حول بعض الإجراءات الأكثر شيوعًا التي تغطيها خطتك. اتصل بالرقم 1-855-433-6825 أو تفضل بزيارة myseiu.be/oe-willamette لمزيد من المعلومات. للحصول على قائمة القيود والاستثناءات، تفضل بزيارة الرابط الآتي myseiu.be/willamette-exclusions.

المزايا	المشاركة في الدفع
الحد الأقصى السنوي	لا يوجد حد أقصى سنوي*
المبلغ المقتطع	المبلغ غير المقتطع
زيارة العيادة العامة وعيادة تقويم الأسنان	لا توجد مشاركة في الدفع للزيارة
الخدمات التشخيصية والوقائية	
الفحوصات الروتينية والطارئة، الأشعة السينية، تنظيف الأسنان علاج الفلورايد، ختامات الأسنان (لكل سن)، فحص سرطان الرأس والرقبة، تعليمات نظافة الفم، رسم اللثة، تقويم اللثة	مغطية مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
طب الأسنان الترميمي	
الحشوات (ملغم)	مغطية مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
تاج الخزف المعدني	ستدفع 250 دولارًا كمشاركة في الدفع
التركيبات	
استكمال طقم الأسنان العلوي أو السفلي	ستدفع 400 دولار كمشاركة في الدفع
جسر الأسنان (لكل سنة)	ستدفع 250 دولارًا كمشاركة في الدفع
جذور ودوام الأسنان	
علاج قناة الجذر - الأمامية	ستدفع 85 دولارًا كمشاركة في الدفع
علاج قناة الجذر - الأمامية - الصّاجِكة	ستدفع 105 دولارًا كمشاركة في الدفع
علاج قناة الجذر - المولي	ستدفع 130 دولارًا كمشاركة في الدفع
الجراحة العظمية (لكل رباعية)	ستدفع 150 دولارًا كمشاركة في الدفع
تخطيط الجذر (لكل ربع)	ستدفع 75 دولارًا كمشاركة في الدفع
جراحة الفم	
خلع الأسنان الروتيني (سن واحد)	مغطية مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
الخلع الجراحي	ستدفع 100 دولار كمشاركة في الدفع
علاج تقويم الأسنان	
علاج ما قبل تقويم الأسنان	ستدفع 150 دولارًا كمشاركة في الدفع**
علاج تقويم الأسنان الشامل	ستدفع 1,500 دولار كمشاركة في دفع التكاليف
زرع الأسنان	
جراحة زرع الأسنان	الحد الأقصى لمزايا الزرع 1500 دولار لكل سنة تقويمية
عناصر متنوعة	
التخدير موضعي	مغطية مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
رسوم مختبر الأسنان	مغطية مع المشاركة في الدفع لزيارة العيادة
أكسيد النيتروز	ستدفع 40 دولارًا كمشاركة في الدفع
زيارة خاصة للعيادة	ستدفع 30 دولارًا كمشاركة في الدفع للزيارة
سداد تكاليف الرعاية الطارئة خارج المنطقة	تدفع رسومًا تزيد عن 250 دولارًا

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

نبذة عن خطة VSP Advantage
تاريخ السريان 2026/8/1

vsp vision



هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطية البصر الجديدة، يرجى التواصل مع VSP Vision على الرقم 800-785-0699.

حدّ التغطية لمقدمي الخدمات خارج شبكة VSP	
45 دولارًا	الفحص
30 دولارًا	عدسات أحادية البؤرة
50 دولارًا	عدسات ثنائية البؤرة
65 دولارًا	عدسات ثلاثية البؤرة
100 دولار	عدسات محدبة
50 دولارًا	عدسات متدرجة
70 دولارًا	الإطار
105 دولارات	العدسات اللاصقة الاختيارية كبدل عن عدسات أو إطارات النظارات

الخدمة الكاملة لخطة VSP Advantage	
بدون دفعة مشتركة	الدفعات المشتركة (الفحوصات/النظارات)
	المعدل
كل 12 شهرًا	الفحص
كل 12 شهرًا	العدسات الطبية
كل 12 شهرًا	الإطار
المزايا لدى مقدّمي الخدمات ضمن شبكة VSP	
بدون دفعة مشتركة	فحص العين الشامل
بدون دفعة مشتركة	فحص العدسات اللاصقة
بدون دفعة مشتركة	فحص الشبكية
مغطية ضمن الخطة الطبية تخضع لمشاركة التكاليف المقررة لزيارات العيادة	الرعاية الطبية الأساسية للعيون
	العدسات الطبية
ضمن التغطية	عدسات أحادية البؤرة
ضمن التغطية	العدسات الثنائية البؤرة ذات الخط
ضمن التغطية	العدسات الثلاثية البؤرة ذات الخط
	حدّ التغطية*
250 دولارًا	حدّ التغطية للإطارات من متاجر البيع بالتجزئة
270 دولارًا	حدّ التغطية للإطارات من العلامات التجارية المميزة
250 دولارًا	إطار مكافئ لإطارات Costco
600 دولار	العدسات اللاصقة الاختيارية كبدل عن عدسات أو إطارات النظارات
	التكلفة العينية لتحسين العدسات
ضمن التغطية	البولي كربونات
المشاركة بدفع 40 دولارًا	طبقة مضادة للانعكاس
ضمن التغطية	طبقة مقاومة للخدش والأشعة فوق البنفسجية
ضمن التغطية	العدسات ذات معامل الانكسار العالي
ضمن التغطية	العدسات المتلونة بالضوء
ضمن التغطية	عدسات متدرجة قياسية
المشاركة بدفع 55 دولارًا	عدسات متدرجة مخصصة/مميزة
30%	جميع تحسينات العدسات الأخرى المخفضة



سريع اعدك من يتعد لمن يخص لمزيا وبنك غطي ه (SBC) أي ارجي ارج خط تصحي ه يوض حلك SBC أي فس يتش ارك أت ول خط ق يت ك ه ه خدمات لر عي ه ل ص ح ي ه لمن دول قبل غطي ه. م ال حظة: سيق تم عمل وومات حول ك ه ه ه هذه لخطة بغير فبل م ل قيس (ط) بش كل ه هصل. هذا مجرد لمن خص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، يمكنك زيارة موقع www.HealthReformPlanSBC.com أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526. للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به أو فورة الرصيد أو التأمين المشترك أو مبلغ المشاركة في الدفع أو المبلغ القابل للخصم أو مقدم الخدمة أو مصطلحات مُسطرة أخرى، راجع مسرد المصطلحات. يمكنك عرض مسرد المصطلحات على <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> أو الاتصال بالرقم 1-800-370-4526 لطلب نسخة.

الأسئلة المهمة	الإجابات	سبب الأهمية:
ما هو إجمالي مبلغ قبيل الخصم؟	\$0. خارج الشبكة: الفرد \$500 / العائلة \$1,000.	بشكل عام، يجب أن تدفع جميع تكاليف مقدمى الخدمات حتى تصل إلى المبلغ القابل للخصم قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في الخطة، فيجب أن يفي كل فرد من العائلة المبلغ القابل للخصم الفردي الخاص به حتى يصل إجمالي مبلغ النفقات القابلة للخصم الذي يدفعه جميع أفراد العائلة إلى إجمالي المبلغ القابل للخصم العائلي.
هل توجد خدمات لمن دول قبل غطي ه قبل استيفاء المبلغ القابل للخصم لخاص بك؟	نعم. تتم تغطية رعاية الطوارئ والأدوية الموصوفة قبل استيفاء المبلغ القابل للخصم الخاص بك.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى في حالة عدم استيفاء المبلغ القابل للخصم بعد. لكن قد ينطبق مبلغ المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة خدمات وقائية محددة من دون تقاسم التكلفة وقبل الوصول إلى المبلغ القابل للخصم الخاص بك. يمكنك الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
هل توجد مبلغ قبيل الخصم أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك استيفاء المبالغ القابلة للخصم لخدمات محددة.
ما هو حدتك لف لثري ه هذه لخطة؟	داخل الشبكة: الفرد \$800 / العائلة \$1,600. خارج الشبكة: الفرد \$800 / العائلة \$1,600. الأدوية الموصوفة: الفرد \$400 / العائلة \$800.	حد التكاليف النثرية هو الحد الأقصى الذي يمكنك دفعه في السنة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد عائلة آخري في هذه الخطة، فيجب عليهم استيفاء حدود التكاليف النثرية الخاصة بهم بما يصل إلى استيفاء حد التكاليف النثرية الإجمالي للعائلة.
م الذي اليتض منه حدتك لف لثري ه؟	الأقساط ورسوم فورة الرصيد وخدمات الرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة وعقوبات الإخفاق في الحصول على تصريح مسبق للخدمات.	على الرغم من دفعك لهذه النفقات، فإنها لا تُحتسب ضمن حد التكاليف النثرية.
هل يستفد مبلغ أقل إذا لم تتجرت بقدم خدمات داخل لشبك ه؟	نعم. يمكنك الاطلاع على www.aetna.com/docfind أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526 للحصول على قائمة مقدمى الخدمات داخل الشبكة.	تستعين هذه الخطة بشبكة مقدمى الخدمات. ستدفع مبلغاً أقل إذا استعنت بمقدم خدمات من داخل شبكة الخطة. إذا استعنت بمقدم خدمات من خارج الشبكة، ستدفع مبلغاً أكبر وقد تستلم فاتورة من مقدم الخدمات تتضمن الفرق بين رسوم مقدم الخدمات وما تدفعه خطتك (فورة الرصيد). يُرجى العلم أن من الممكن أن يستعين مقدم الخدمات من داخل الشبكة بمقدم خدمات من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل الفحص المختبري). تحقق من الأمر مع مقدم خدماتك لديك قبل الحصول على الخدمات.
هل تتج ارج الى إح ل لثري ه؟	لا.	يمكنك زيارة الأخصائي الذي تختاره من دون إحالة.



تتطبق جميع تكاليف لشركتي الفع و لتأهين لشركتكم الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء لمبلغ لقبول الخصم الخاص بك، إذا كان لمبلغ لقبول الخصم منطبقاً.

حدث طبي شائع	الخدمات لمنتجات عيكت		لخدمات لتتقنت تحتاج ليه
	قدم خدمات خارج لشبكة (بمبلغ أكبر)	قدم خدمات داخل لشبكة (بمبلغ أقل)	
ساي حلة نبي ارتكلم كتب أو عيادة قدم رعية صحية	لا توجد رسوم على زيارات مقدم الرعاية الأولية الافتراضية عن بُعد داخل الشبكة لخدمات محددة.	20% للتأمين المشترك بعد دفع \$15 للمشاركة في الدفع/الزيارة	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض
	لا يوجد	20% للتأمين المشترك بعد دفع \$15 للمشاركة في الدفع/الزيارة	زيارة الأخصائي
	قد يتعين عليك الدفع للحصول على الخدمات غير الوقائية. اسأل مقدم خدماتك عما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية. وبعد ذلك تحقق مما ستدفعه خطتك.	غير مشمولة بالتغطية، باستثناء فحوصات الكشف عن سرطان الثدي التي تُقدم مجاناً.	الرعاية الوقائية / الفحص / اللقاح
	لا يوجد	20% تأمين مشترك	فحص تشخيصي (الأشعة السينية، فحص الدم)
إذا كان لي الفحص	لا يوجد	20% تأمين مشترك	التصوير (تصوير مقطعي محوسب (CT)/تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI))

لخدمات لتتطلب حاج لي هـ	الخدمات لمن تتجّية عليك		حدث طبي شائع
	قدم خدمات خارج لشبكة (بترفع لمبلغ ألكبر)	قدم خدمات داخل لشبكة (بترفع لمبلغ أقل)	
الأدوية الجينية	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم القائمة القائمة على القيمة: \$4 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$8 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$12 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، \$8 لإمداد من 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)؛ الدواء الجينيس المفضل: \$8 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$16 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$24 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، \$16 لإمداد من 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد). الإنسولين: بدون رسوم.	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم: \$13 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$26 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$39 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة). الإنسولين: \$13 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لمعالجة مرضك أو حالتك
	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم: \$25 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$50 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$75 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ \$50 لإمداد من 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد). الإنسولين: بدون رسوم.	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم: \$30 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$60 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$90 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة). الإنسولين: \$30 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	تتولى Sav-RX إدارة تغطية الأدوية الموصوفة يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة على www.savrx.com
	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم: \$50 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$100 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$150 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ \$100 لإمداد من 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد). الإنسولين: \$25 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم: \$55 لإمداد لمدة 30 يومًا، \$110 لإمداد لمدة 60 يومًا، \$165 لإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة). الإنسولين: \$35 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة

لخدمات لتيقنحتاج ليها	الخدمات لمنفعة عليك		حدث طبي شائع
	قدم خدمات داخل الشبكة (بمتفح لمبلغ أقل)	قدم خدمات خارج الشبكة (بمتفح لمبلغ أكبر)	
الأدوية المتخصصة	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية	صرف الوصفة الطبية الأولى عند صيدلية بيع بالتجزئة أو خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx. ويتعين أن تكون عمليات الصرف اللاحقة من خلال خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx.
رسوم المرفق (على سبيل المثال، مركز الجراحات السامحة بالتجول)	لا توجد رسوم	20% تأمين مشترك	لا يوجد
رسوم الطبيب/الجراح	\$50 للمشاركة في الدفع/الزيارة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	20% التأمين المشترك بعد دفع \$50 للمشاركة في الدفع/الزيارة	لا يوجد
رعاية غرفة الطوارئ	\$200 للمشاركة في الدفع/الزيارة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	\$200 للمشاركة في الدفع/الزيارة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة.
النقل في الحالات الطبية الطارئة	\$200 للمشاركة في الدفع/الرحلة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	\$200 للمشاركة في الدفع/الرحلة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة. النقل للحالات غير الطارئة: غير مشمول بالتغطية، إلا في حال الحصول على إذن مسبق.
الرعاية العاجلة	\$15 للمشاركة في الدفع/الزيارة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم	20% للتأمين المشترك بعد دفع \$15 للمشاركة في الدفع/الزيارة	لا يوجد
رسوم المرفق (على سبيل المثال، رسوم الغرفة بالمستشفى)	\$100 للمشاركة في الدفع/اليوم لأول 5 أيام لكل إقامة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم؛ ولا رسوم بعد ذلك	\$100 للمشاركة في الدفع/اليوم أول 5 أيام لكل إقامة؛ 20% للتأمين المشترك بعد ذلك	تُطبَّق غرامة قدرها \$400 في حال عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
رسوم الطبيب/الجراح	لا توجد رسوم	20% تأمين مشترك	لا يوجد
خدمات المرضى الخارجيين	خدمات العيادات وخدمات المرضى الخارجيين الأخرى: لا توجد رسوم	العيادات: 20% للتأمين المشترك بعد دفع \$15 للمشاركة في الدفع/الزيارة؛ خدمات المرضى الخارجيين الأخرى: 20% مشاركة في التكلفة	لا يوجد
خدمات المرضى الداخليين	\$100 للمشاركة في الدفع/اليوم لأول 5 أيام لكل إقامة، لا ينطبق المبلغ القابل للخصم؛ ولا رسوم بعد ذلك	\$100 للمشاركة في الدفع/اليوم أول 5 أيام لكل إقامة؛ 20% للتأمين المشترك بعد ذلك	تُطبَّق غرامة قدرها \$400 في حال عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.

لخدمات الأخرى لشمول قبلي غطي في تطبيق أفي ودعلى هذه لخدمات ف هذه ليس تقويم كالمه دي رجي لرجوع على من بند خطك.

- العلاج بالخز بالإبر - 20 زيارة/سنة تقويمية لعلاج المرض والإصابة والألم المزمن.
- الرعاية لتقويم العمود الفقري - 20 زيارة/سنة تقويمية.
- الجراحة التجميلية - تغطية محدودة، راجع مستند السياسة أو رقم الاتصال على بطاقة تعريفك (ID).
- جراحة علاج السمينة - تقتصر على مقدمي الخدمات داخل الشبكة.

تتبع كل متباعدة في غطي: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في استمرار تغطيتك بعد انتهائها. معلومات الاتصال لتلك الوكالات هي:

- لمزيد من المعلومات حول حقوقك لمواصلة التغطية، تواصل مع الخطة على الرقم 1-800-370-4526.
- إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لقانون ضمان دخل تقاعد الموظف (ERISA)، فيمكنك أيضاً التواصل مع إدارة ضمان مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> أو 1-866-444-EBSA (3272)
- للخط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565.
- إذا كانت تغطيتك هي خطة الكنيسة، فلن تتم تغطية خط الكنيسة بواسطة قواعد مواصلة تغطية COBRA الفيدرالية. إذا كانت التغطية خاضعة للتأمين، يجب على الأفراد الاتصال بمنظم التأمين الحكومي فيما يتعلق بحقوقهم المحتملة في استمرار التغطية بموجب قانون الولاية.
- قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، بما في ذلك شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال سوق التأمين الصحي. لمزيد من المعلومات عن السوق، يمكنك زيارة www.HealthCare.gov أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

تتبع لفي لتظلم وتقيم التظلمات: هناك وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة تسمى تلك الشكوى بالتظلم أو الاستئناف. لمزيد من المعلومات عن حقوقك، راجع شرح المزايا التي سنتلقاها لتلك المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضاً المعلومات الكاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو استئناف أو تظلم لأي سبب لخطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإخطار أو المساعدة، تواصل مع:

- إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لـ ERISA، فيمكنك الاتصال بـ Aetna مباشرة عن طريق الاتصال برقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة تعريفك الطبية (ID) أو عن طريق الاتصال برقمنا العام على 1-800-370-4526. يمكنك أيضاً التواصل مع إدارة ضمان مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم 1-866-444-EBSA (3272) أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- للخط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565.
- إضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك في تقديم استئنافك. تتوفر معلومات الاتصال في: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

هل توفر هذه لخطة لحد الأدنى من الغطي في أسلبي من عم.

يشتمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً على الخط أو التأمين الصحي المتاح من خلال السوق أو سياسات الأسواق الفردية الأخرى، Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وتغطية أخرى معينة. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للانتمان الضريبي للأقساط.

ملف في هذه لخطتكم عيبر لحد الأدنى للقي من عم.

إذا لم تستوف خطتك معايير الحد الأدنى للقيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الانتمان الضريبي للأقساط لمساعدتك على الدفع مقابل الخطة من خلال السوق.

الاطالع على أمثلة توضح كيف فت غطي هذه لخطة لك لكي فان نموذج ل حالات لطية، اطع على لقس م لتالي



هذه هي مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يفرضها مقدمو الخدمات لديك والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ تقاسم التكلفة (المبالغ القابلة للخصم ومبالغ المشاركة في الدفع والتأمين المشترك) والخدمات المستثناة بموجب الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها بموجب الخطط الصحية المختلفة. يُرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

لنفس ريسبيط عند Mia

(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ورعاية المتابعة)

\$0	ل مبالغ ل قبل لك خصم إل جملي لل خطة
\$15	مبلغ ل شرك في الفع ل خصطي
\$100	مبلغ ل شرك في الفع ل من شففى (ل فوق)
\$0	أخرى ل شرك في الفع

يشتمل هذا لحدث لمرت خدمك لبال على خدم استمثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)
فحص تشخيصي (الأشعة السينية)
المعدات الطبية المُعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

\$2,800	ل تكلفه إل جملي لل لبال
	سي هذا لبال سرفع Mia:
	تقاسم التكلفة
\$0	المبالغ القابلة للخصم
\$500	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$500	إل جملي ماسرفع Mia هو

إدارة داء لسكرى من نوع 2 عند Joe

(سنه من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة مُتحكم فيها بشكل جيد)

\$0	ل مبالغ ل قبل لك خصم إل جملي لل خطة
\$15	مبلغ ل شرك في الفع ل خصطي
\$100	مبلغ ل شرك في الفع ل من شففى (ل فوق)
\$0	أخرى ل شرك في الفع

يشتمل هذا لحدث لمرت خدمك لبال على خدم استمثل:
زيارات عيادات مقدمي الرعاية الأولية (بما في ذلك خدمات التنقيف بالمرض)
الفحوصات التشخيصية (فحص الدم)
الأدوية الموصوفة
لوازم مرضى السكري (جهاز قياس نسبة السكر في الدم)

\$5,600	ل تكلفه إل جملي لل لبال
	سي هذا لبال سرفع Joe:
	تقاسم التكلفة
\$0	المبالغ القابلة للخصم
\$700	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$20	القيود أو الاستثناءات
\$720	إل جملي ماسرفع Joe هو

Peg سرفع هال

(9 أشهر من الرعاية السابقة للولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

\$0	ل مبالغ ل قبل لك خصم إل جملي لل خطة
\$15	مبلغ ل شرك في الفع ل خصطي
\$100	مبلغ ل شرك في الفع ل من شففى (ل فوق)
\$0	أخرى ل شرك في الفع

يشتمل هذا لحدث لمرت خدمك لبال على خدم استمثل:
زيارات عيادات الأخصائيين (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات المهنية عند الولادة
خدمات المرافق عند الولادة
الفحوص التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحص الدم)
زيارة أخصائي (التخدير)

\$12,700	ل تكلفه إل جملي لل لبال
	سي هذا لبال سرفع Peg:
	تقاسم التكلفة
\$0	المبالغ القابلة للخصم
\$200	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$260	إل جملي ماسرفع Peg هو

ستكون الخطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى للخدمات المشمولة بالتغطية الواردة في هذه الأمثلة.

ليقونة لمراعدة

قد لا يتمكن الأشخاص الذين يستخدمون التقنية المساعدة من الوصول الكامل للمعلومات التالية. للمساعدة، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-370-4526.

ل هاتف الذكي أو لجهاز اللوحي

لعرض المستندات من هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي، يلزم توفر تطبيق WinZip المجاني. وقد يكون متاحًا من App Store.

TTY: 711

- English -** To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.
- Amharic - የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።.
- Arabic - للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526.
- Armenian - Անվճար լեզվակախան ծառայություններից օգտվելու համար գախաբան 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
- Carolinian (Kapasal Falawasch) - ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-370-4526.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguâhi ni dibåtde para hâgu, âgang 1-800-370-4526.
- Chinese Traditional - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
- Cushitic-Oromo - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
- French Creole (Haitian) - Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
- German - Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
- Greek - Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
- Gujarati - તમારેકોઈ જાતના બર્થવિના ભાષાની સે વિના ઓની પછોર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.
- Hindi - आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।.
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、 1-800-370-4526 までお電話ください。
- Karen - လာတဝ်ကမန်ဂ်အတဝ်မစာအတဝ်ဖဲတဝ်မတဖ်လတအိၣ်ဒီးအပူလတကဘၣ်ဟ့ၣ်အိအဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Laotian - ຕຳອິດຂ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
- Mon-Khmer, Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
- Navajo - T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowot doo báááh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

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

Coverage Period: 08/01/2026 – 07/31/2027

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

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

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Individual \$0 Family \$0	There is no deductible with your Progyny plans.
Do I have a copayment?	No.	There is no copayment with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Do I have coinsurance	No.	There is no coinsurance with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will not pay an out-of-pocket for your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum services. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
Are there other deductibles for specific services?	No.	There is no deductible required for the Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum HRA plans. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Individual \$0 / Family \$0	There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.
Will you pay less if you use a network provider?	Not applicable.	Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.

Excluded Services & Other Covered Services:

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

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

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

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.

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

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

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

لمساعدة ذوي فاع أساطل تلميذ بوجوب بون امج Medicaid وبون امج لتلميذ لاصحيل أظال (CHIP)

في حال تأهلت أنت أو أطفالك للالتحاق ببرنامجي Medicaid أو CHIP وكنت مؤهلاً للحصول على تغطية صحية من صاحب عملك، فقد يكون هناك برنامج مساعدة في دفع أقساط التأمين في ولايتك قد يساعدك في دفع تكاليف تغطيتك باستخدام تمويلات من برنامجي Medicaid أو CHIP. في حال لم تتأهل أنت أو أطفالك للالتحاق ببرنامجي Medicaid أو CHIP، فلن تتأهل للالتحاق ببرامج المساعدة في دفع أقساط التأمين تلك، ولكن قد تتمكن من شراء تغطية تأمينية فردية من خلال Health Insurance Marketplace. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة www.healthcare.gov.

في حال كنت أنت أو من تعول مسجلين بالفعل في برنامجي Medicaid أو CHIP، وكنت تعيش في أحد الولايات المدرجة أدناه، تواصل مع مكتب Medicaid أو CHIP في ولايتك لمعرفة إذا كان بإمكانك الحصول على مساعدة حيال دفع الأقساط التأمينية.

في حال لم تكن أنت أو من تعول مسجلين في برنامجي Medicaid or CHIP حالياً، وتعتقد أنك أو أي ممن تعول قد يكون مؤهلاً لأي من هذين البرنامجين، تواصل مع مكتب Medicaid أو CHIP في ولايتك أو اتصل بـ **1-877-KIDS NOW** أو تفضل بزيارة www.insurekidsnow.gov لمعرفة كيفية تقديم طلب. في حال تأهلت، استفسر من ولايتك إن كان لديها برنامجاً قد يساعدك على دفع أقساطك التأمينية لأي خطة يراها صاحب العمل.

في حال تأهلت أنت أو من تعول للحصول على مساعدة بخصوص الأقساط التأمينية بموجب برنامجي Medicaid أو CHIP، وكنت مؤهلاً أيضاً بموجب خطة صاحب عملك، يجب على صاحب العمل السماح لك بالتسجيل في خطته ما لم تكن مسجلاً بالفعل. ويسمى ذلك بفرصة "التسجيل الخاص"، ويجب عليك طلب التغطية خلال 60 يومًا من تاريخ انقراط لبعيتك للحصول على مساعدتها. في حال راودك أي استفسار عن التسجيل في خطة صاحب عملك، فتواصل مع وزارة العمل عبر www.askebsa.dol.gov أو اتصل على الرقم **1-866-444-EBSA (3272)**.

في حال كنت عي شرفي إحدى اللهي اتلثاي هقبتت أهلال حصول عي مساعدتي فاع أساطل تلميذ بوجوب بون امج Medicaid أو CHIP، فإلى من لواليات لتأهية مُحشة بدءًا من 31 يولي 2026. توهل مع لبييتك لفي د من لم عوم ات حول الألهية:

OREGON – Medicaid and CHIP	MONTANA – Medicaid
الموقع الإلكتروني: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx الهاتف: 1-800-699-9075	الموقع الإلكتروني: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP الهاتف: 1-800-694-3084 البريد الإلكتروني: HSHIPPProgram@mt.gov
	WASHINGTON – Medicaid
	الموقع الإلكتروني: https://www.hca.wa.gov/ الهاتف: 1-800-562-3022

لمعرفة إذا كان هناك أي ولاية أخرى قد أضافت برنامج مساعدة بخصوص أقساط التأمين منذ 31 يناير 2026، أو للحصول على مزيد من البيانات حول حقوق التسجيل الخاصة، تواصل مع أي مما يلي:

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية
مراكز خدمة برنامجي Medicare و Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-2323، الخيار 4 من القائمة، رقم التحويلة 61565

وزارة العمل الأمريكية
إدارة أمن مزايا الموظفين
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

وفقاً لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 (PRA) (Pub.L. 104-13)، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لجمع معلومات ما لم يعرض هذا الجمع رقم تحكم صالحاً صادرًا عن مكتب الإدارة والموازنة (OMB). وتشير الوزارة إلى أن الوكالة الفيدرالية لا يمكنها إجراء أو رعاية جمع معلومات ما لم تتم الموافقة عليه من قبل مكتب الإدارة والموازنة (OMB) بموجب قانون تخفيض الأعمال الورقية (PRA)، ويعرض رقم تحكم صالحاً صادرًا عن مكتب الإدارة والموازنة (OMB) الحالي، ولا يُطلب من الجمهور الاستجابة لجمع معلومات ما لم يعرض رقم تحكم صالحاً صادرًا عن مكتب الإدارة والموازنة الحالي. راجع U.S.C. 350744. بالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من أي أحكام أخرى للقانون، لا يجوز فرض عقوبة على أي شخص بسبب عدم الامتثال لجمع المعلومات إذا كانت عملية جمع المعلومات لا تعرض رقم تحكم مكتب الإدارة والموازنة (OMB) الحالي صالحاً حالياً. راجع U.S.C. 351244.

ويقدر عبء تقديم التقارير العامة عن جمع هذه المعلومات بحوالي سبع دقائق لكل مستجيب. يتم تشجيع الأطراف المهتمة على إرسال التعليقات المتعلقة بتقدير العبء أو أي جانب آخر من جوانب مجموعة المعلومات هذه، بما في ذلك الاقتراحات لتقليل هذا العبء، إلى وزارة العمل الأمريكية، وإدارة أمن مزايا الموظفين، ومكتب السياسات والأبحاث، عناية: الموظف المسؤول عن تراخيص PRA على العنوان التالي: 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 أو إرسال بريد إلكتروني إلى ebbsa.opr@dol.gov مع الإشارة إلى رقم التحكم الصادر عن مكتب الإدارة والموازنة 1210-0137.

رقم التحكم الصادر عن مكتب الإدارة والموازنة 1210-0137 (ينتهي في 2026/03/31)

موارد الخطة

MAGNACARE SM		خدمة عملاء المزايا الصحية
1-877-606-6705 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساءً.		الهاتف
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com		البريد الإلكتروني
myseiu.be/magnacare		حساب المزايا الصحية

aetna [®]		Aetna
aetna.com	1-855-736-9469	خدمات الأعضاء
aetna.com	1-800-424-4047	خدمات الصحة العقلية
aetna.com	1-800-556-1555	الخط الهاتفي لاستدعاء الممرضات على مدار 24 ساعة
aetna.com	1-888-982-3862	البحث عن PCP الصحيح
myseiu.be/aetna-language	1-855-736-9469	المساعدة اللغوية للأعضاء
savrx.com	1-800-228-3108	Sav-Rx

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

		المزايا الأخرى
myseiu.be/epic	1-877-363-5638	EPIC Hearing
myseiu.be/progyny	1-833-233-0517	Progyny
myseiu.be/vsp	1-800-785-0699	VSP Vision Care

احصل على الدعم بلغتك

اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-606-6705 أو عبر البريد الإلكتروني SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. سيتم توصيلك بممثل خدمة العملاء الذي يتحدث بلغتك ويمكنه الإجابة عن استفساراتك حول عملية التقديم للحصول على المزايا الخاصة بك وعملية إدارتها. بمجرد أن يتم تسجيلك في تغطية الرعاية الصحية، سيتوفر الدعم اللغوي من خلال خطتك الصحية.