



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



**Sonja T.
Cuidadora, Renton**

2026-2027

Guía de cobertura de atención médica

Explore sus opciones y los próximos pasos.

Llame al 1-877-606-6705 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar una solicitud.

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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសាមවស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka seymiska daryeelka caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

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

myseiu.be/hc

Los cuidadores trabajan todos los días para ayudar a otros, y usted también merece cuidado y apoyo.

Nuestra meta es facilitarle el acceso a atención médica asequible y de alta calidad para que pueda enfocarse en su salud, en su familia y en el importante trabajo que realiza.

Esta guía le explicará sus opciones de cobertura y los pasos para solicitarla. Estamos orgullosos de apoyarlo y de apoyar el trabajo indispensable que usted realiza.

Después de revisar su cobertura de atención médica, tómese el tiempo de explorar los demás beneficios para cuidadores. Estos beneficios están diseñados para apoyarlo, desde oportunidades de capacitación y beneficios de jubilación, hasta zapatos antideslizantes y ofertas de empleo a través de Carina. Visite myseiu.be/bg para obtener más información.



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

Guía paso por paso para solicitar cobertura

1) Conozca sobre su cobertura

- Explore sus opciones de cobertura y revise los detalles del plan para entender los costos por cuenta propia de prescripciones, tratamientos y servicios comunes.
- Revise los detalles de elegibilidad en la página 5 para comprobar si cumple con los requisitos.
- Seleccione una opción de cobertura y un plan dental.

2) Prepare su solicitud

- Reúna su información. Necesitará su número de seguridad social y el nombre del empleador para presentar la solicitud.
- Coverage for Kids (cobertura para sus hijos): Reúna sus documentos de verificación del dependiente. Obtenga más información y encuentre las instrucciones en myseiu.be/cfk.

3) Cree una cuenta de beneficios de salud

- Aprenda cómo crear una cuenta en myseiu.be/hba. MagnaCare, el administrador de sus beneficios de salud, gestiona su cuenta. Las cuentas están disponibles actualmente en inglés. Si necesita ayuda o apoyo con respecto al idioma, llame al 1-877-606-6705.

4) Presente su solicitud

- Complete una solicitud antes de la fecha límite en myseiu.be/magnacare o por correo postal. Para obtener más información consulte la página 5.
- Coverage for Kids (cobertura para sus hijos): Presente los documentos de verificación del dependiente cuando presente la solicitud. Aprenda cómo presentar sus documentos en myseiu.be/cfk.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico dentro de 1 día, y una decisión de cobertura por correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.



Después de tener a su segundo hijo, Dani inscribió a ambos niños en Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), y elogió las "excelentes tarifas" que ayudan a su familia a ahorrar mensualmente.

Dani R.
Cuidadora, Asotin

Opciones de cobertura de atención médica

Adquiera cobertura de atención médica de alta calidad desde solo \$25 al mes. Puede elegir cubrirse únicamente usted o incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) para sus hijos dependientes.

Opción 1



Cobertura individual médica y dental

\$25 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted por solo \$25 al mes.

Coprima mensual: La cantidad que paga cada mes por su cobertura médica. Consulte la página 6 para obtener más información.

Elegibilidad

Trabajar 80 horas o más al mes.

Opción 2



Cobertura individual + Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) médica y dental

\$125 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más sus hijos, por solo \$125 al mes.

El costo es el mismo, sin importar cuántos niños inscriba.

Puede inscribir a los hijos dependientes elegibles hasta que cumplan 26 años, ya sean biológicos, adoptados, hijastros o hijos de parejas de hecho.

Elegibilidad

Trabajar 120 horas o más al mes.

Opción 3



Cobertura individual + Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) dental únicamente

\$35 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más cobertura dental para sus hijos, por solo \$35 al mes.

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, acupuntura y programas virtuales de bienestar.

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 y sus hijos pueden 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





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	\$5,000	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

Preguntas frecuentes sobre la cobertura de atención médica

¿Qué requisitos debo cumplir para adquirir la cobertura individual?

Para ser elegible y adquirir la cobertura individual, debe trabajar **80 horas remuneradas o más al mes** durante 2 meses consecutivos.

¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Haga la solicitud en línea en myseiu.be/magnacare.

Si recibe una solicitud de beneficios de salud, puede enviarla por correo postal o por fax a la dirección o al número de fax que figuran en la solicitud. Es necesario pagar los costos de envío de EE. UU.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Hay 3 ocasiones en las que puede solicitar la cobertura:

- 1. Elegibilidad inicial:** Dentro de los 60 días a partir de la fecha indicada en su material de inscripción por nueva elegibilidad. La elegibilidad inicial es el momento en que se vuelve elegible por primera vez.
- 2. Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica):** Del 1.º al 20 de julio de cada año. **Si ya está inscrito, su cobertura se renueva automáticamente, por lo que no necesita hacer nada**, salvo que desee realizar cambios.
- 3. Evento de admisibilidad en su vida (QLE):** Dentro de los 30 días a partir de un QLE que cambie sus necesidades de seguro médico. Algunos ejemplos de QLE incluyen la adopción de un bebé, la pérdida de cobertura de atención médica o divorciarse. Para obtener más información, visite myseiu.be/qle.

¿Aún no es elegible? Aún puede presentar su solicitud durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica).

Presente la solicitud* para comenzar la cobertura individual si trabaja más de 80 horas al mes. La Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) comienza cuando usted trabaja más de 120 horas al mes.

*Si actualmente no trabaja más de 80 horas al mes, no puede completar la solicitud en línea. Solicite una copia del formulario de solicitud en SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

¿Qué requisitos debo cumplir para adquirir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Para ser elegible y adquirir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe trabajar **120 horas remuneradas o más al mes**.

¿A quién puedo agregar a Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Puede agregar a los hijos elegibles hasta que cumplan 26 años. Los hijos dependientes elegibles son: hijos biológicos o adoptados, hijastros e hijos de su pareja de hecho.

Se inscriben en el mismo plan que usted y solo los puede inscribir un cuidador. La cobertura puede coordinarse con planes externos. Para obtener más información, llame al 1-877-606-6705.

¿Cómo puedo incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

- 1. Complete la sección Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)** de la solicitud impresa o en línea.
- 2. Elija una opción de la cobertura:** médica y dental o dental únicamente.
- 3. Presente su (sus) documento(s) de verificación del dependiente** con su solicitud o dentro de los 60 días a partir de la solicitud**. Algunos ejemplos de documentos aceptados son copias de certificados de nacimiento emitidos por el gobierno y declaraciones de impuestos en las que figuran los dependientes que desea incluir en su cobertura.

**La verificación del dependiente es necesaria al inscribir a los niños por primera vez. No es necesario volver a presentar los documentos verificados anteriormente, salvo que se soliciten.

Visite myseiu.be/cfk para obtener más información:

- Cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).
- A quién puede incluir a la cobertura.
- Presentar los documentos de verificación.



Sandra C.
Cuidadora, Kennewick

¿Cuándo comenzará la cobertura?

Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Presente las solicitudes o realice cambios antes del 20 de julio para recibir cobertura a partir del 1.º de agosto.

Elegibilidad inicial y eventos de admisibilidad en su vida:

La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la recepción y procesamiento de su solicitud, lo que tarda unas 2 semanas. Por ejemplo, si recibimos su solicitud completa:

- antes del 15 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de abril.
- entre el 16 y el 31 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de mayo.

La **Coverage for Kids** (cobertura para sus hijos) no puede comenzar hasta que se haya recibido y procesado la verificación del dependiente.

¿Cómo puedo pagar la coprima mensual?

Su empleador deducirá automáticamente la coprima mensual (el monto que usted paga cada mes) de sus salarios. Si su empleador no puede realizar la deducción, usted recibirá una carta de pago por cuenta propia y un correo electrónico en el que se le indicará cómo pagar su coprima. Puede pagar con cheque o a través de su cuenta de beneficios de salud en línea.

Cuidadores de CDWA: Su primer pago mensual será por cuenta propia.

¿Cómo las horas de trabajo afectan mi cobertura?

Una vez se inscriba en la cobertura, las horas que trabaje en un mes determinarán su estado de cobertura 2 meses después. Ejemplo: Las horas de enero determinan la cobertura en marzo.

Mes de trabajo	Mes de cobertura
ENERO →	MARZO
FEBRERO →	ABRIL
MARZO →	MAYO
ABRIL →	JUNIO
MAYO →	JULIO
JUNIO →	AGOSTO
JULIO →	SEPTIEMBRE
AGOSTO →	OCTUBRE
SEPTIEMBRE →	NOVIEMBRE
OCTUBRE →	DICIEMBRE
NOVIEMBRE →	ENERO
DICIEMBRE →	FEBRERO

Las horas remuneradas que trabaje en el mes de:

Determinan la cobertura en el mes de:

¿Qué pasa si quiero finalizar mi cobertura?

Si desea finalizar su cobertura o la de sus hijos, envíe un Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura). Si se recibe antes del día 15, la cobertura finaliza el primer día del mes siguiente. Si se recibe después del día 15, la cobertura finaliza el primer día del mes siguiente.

Importante: Puede volver a inscribirse solo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o después de un evento de admisibilidad en su vida. Las suspensiones recibidas antes del 1.º de julio se restablecen durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). Usted debe presentar un nuevo Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura) a fin de que la suspensión se mantenga. Si tuvo cobertura en los últimos 12 meses, se le volverá a inscribir automáticamente salvo que presente una nueva suspensión.

¿Qué pasa si no trabajo suficientes horas?

Los meses de gracia proporcionan hasta dos extensiones de un mes de la cobertura de atención médica cada año, lo que los ayuda a usted y a sus dependientes a mantener la cobertura cuando usted no cumpla con las horas de trabajo requeridas. Obtenga más información en myseiu.be/gm.

Si usted pierde la cobertura, se le proporcionará información sobre COBRA en caso de que quiera continuar con la cobertura mediante un pago mensual. Si deja de brindar cuidados, verifique su elegibilidad en Washington Apple Health o visite wahealthplanfinder.org.

Obtenga más horas para conservar su cobertura.

Si necesita más horas para obtener o conservar la cobertura, pruebe usando Carina.org, un beneficio gratuito de ofertas de empleo que lo ayuda a encontrar más clientes.



Patrick M.
Cuidador, Puyallup

Obtenga apoyo

con las preguntas sobre cobertura de atención médica, elegibilidad, solicitudes y más.

La línea de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

1-877-606-6705

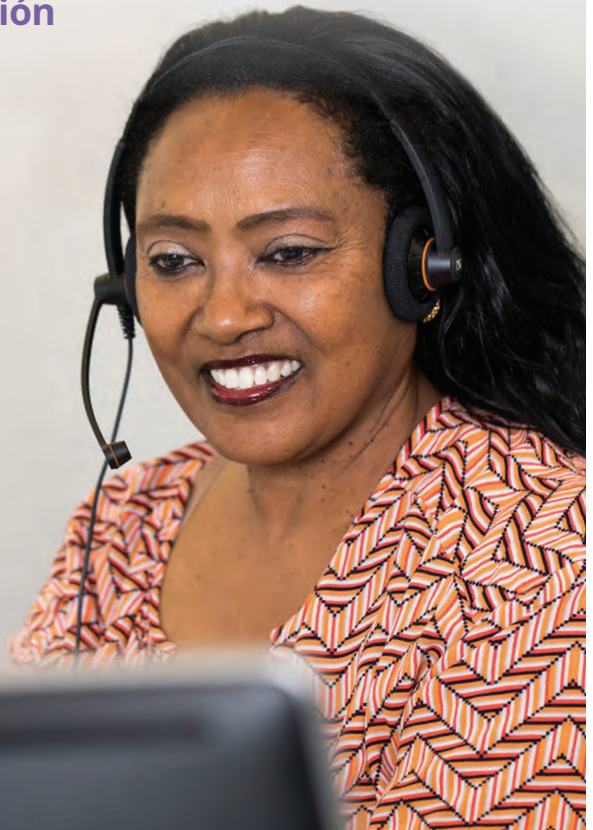
Tiene a su disposición apoyo con respecto al idioma.

Reciba apoyo por chat en vivo

Inicie sesión en myseiu.be/magnacare para recibir apoyo por chat.

**SEIU775BG-caregiver
@magnacare.com**

¿No puede comunicarse con la línea de servicio al cliente en horario laboral? Envíe un correo electrónico y reciba una respuesta en los próximos 2 días hábiles.



Comprenda los términos de uso común en el campo de seguros

Conozca las definiciones de los términos de uso común para comprender mejor su cobertura.

myseiu.be/hc-terms



Obtenga más información sobre Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Aprenda cómo presentar y completar su solicitud.

myseiu.be/cfk

Acceda a su cuenta de beneficios de salud

Aprenda cómo crear una cuenta y solicitar la cobertura en línea.

myseiu.be/hba

Caregiver Kicks: Zapatos gratis para cuidadores

Los Caregiver Kicks son zapatos antideslizantes, diseñados para mantenerlo más seguro y cómodo en el trabajo y están disponibles en más de 90 estilos, desde Reebok (ribuk) hasta Skechers (squéchers). Los cuidadores elegibles pueden recibir un par gratis cada año.

myseiu.be/kicks



2026-2027
COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Detalles del plan

aetna[®]

Este folleto incluye documentos importantes para ayudarlo a comprender su cobertura de atención médica:

Resumen de Modificaciones al Material (SMM):

Enumere todas las actualizaciones o cambios realizados en su plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

Panorama del plan médico y dental:

Una descripción general rápida y fácil de leer de sus beneficios para su plan médico y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Una explicación detallada de su plan, incluyendo:

- Cómo se cubren las necesidades médicas comunes y los medicamentos con prescripción (como consultas con el médico, análisis de laboratorio, cuidados de la diabetes, etc.).
- Lo que usted paga y lo que paga el plan (deducibles, copagos, coaseguro).
- Lo que está incluido y lo que no (limitaciones o exclusiones de la cobertura).

Recursos del plan:

Números de contacto y sitios web que puede utilizar una vez que se inscriba.

Usted es elegible para el plan médico de Aetna. Este plan tendrá vigencia desde el 1.º de agosto del 2026 hasta el 31 de julio del 2027.

Para obtener más información sobre el SBC u otras preguntas relacionadas con la cobertura, comuníquese con la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al:

1-877-606-6705

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
Cuidadora, Seattle



Resumen de las modificaciones y reducciones al material

de la cobertura del seguro médico proporcionada a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust para los proveedores individuales (IP) y los proveedores de una agencia (AP) de Consumer Direct of Washington (CDWA).

Este Resumen de Modificaciones al Material (“SMM”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

A partir del 1.º de agosto del 2026, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los IP deben tener en cuenta las siguientes mejoras en los beneficios:

- VSP Vision Care será su nuevo proveedor de servicios oftalmológicos para exámenes oculares de rutina, gafas y lentes de contacto.
- Se ha eliminado el límite en dólares para la cobertura de audífonos de EPIC.
- Ahora podrá recibir suministros hasta por 12 meses de terapia hormonal o medicamentos anticonceptivos en una sola recarga.

Este Resumen de Reducciones al Material (“SMR”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

A partir del 1.º de agosto del 2026, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los IP deben tener en cuenta lo siguiente:

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust dejará de ofrecer servicios a través de Headspace.

Para obtener más información sobre estos cambios, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.), o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Este es un breve resumen de beneficios proporcionado por SEIU 775 Benefits Group. 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	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Deducible del plan	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario Deducible familiar: \$1,000 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No es aplicable	Se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	Sin coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido.
Límite de gastos por cuenta propia	Límite de gastos por cuenta propia (médicos): Individual: \$800 Familiar: \$1,600 Límite de gastos por cuenta propia (medicamentos con prescripción): Individual: \$400 Familiar: \$800 Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia. Todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos.	Igual que en la red
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin PEC	Igual que en la red de proveedores preferidos
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que el máximo destinado para proveedores preferidos
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Copago de \$15. Si elige un médico de atención primaria del sitio web de Aetna, todas las visitas con ese médico tendrán un copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Atención de urgencias	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: Copago de \$50	Servicios hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro. Cirugía ambulatoria: Se aplica copago de \$50, 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 preferido (Nivel 3) con copago de \$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: Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) con copago de \$8/\$25/\$35	Genérico preferido/marca preferida/no preferido 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: Genérico preferido/marca preferida/no preferido con copago de \$13/\$30/\$35

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
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 \$15, deducible y coaseguro
Servicios de desplazamiento	Copago de \$200	Igual que el beneficio del proveedor preferido
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0	Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none">• Equipo médico duradero• Aparatos ortopédicos• Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses• Suministros para ostomía• Aparatos protésicos	Se cubre el 100 %	Se cubre el 50 % y se aplica el deducible
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.	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	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	Copago de \$200
Exámenes auditivos (rutinarios)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin límite por oído cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin límite por oído cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic
Servicios de atención médica domiciliaria	Se cubren completamente hasta 130 visitas en total por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
Servicios paliativos	Cubiertos completamente	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 \$15, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Servicios de maternidad	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$15. 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 \$15, deducible y coaseguro. 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 Ambulatorios: Copago de \$0	Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Naturopatía	Copago de \$0. Sin límite de visitas por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, 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
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$15	No cubiertos
Cuidado preventivo (Exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.	No cubiertos Los servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios. Mamografías de rutina: Se aplica deducible y coaseguro
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 Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15	Hospitalarios: Los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Los límites de visitas son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro.
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres.	Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro Se cubren los procedimientos de esterilización para mujeres, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios.
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$15	Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
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/vsp .	Cubiertos por un beneficio separado: VSP Vision Care. Obtenga más información en myseiu.be/vsp .

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:

Del 1.º de enero al
31 de diciembre

**Máximo por período de
beneficios*** (por persona; no es
aplicable a la Clase I): \$5,000

Ortodoncia
(adultos y niños):

50 % con un máximo vitalicio
de \$5,000 por persona

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

Red de Delta Dental

Sus beneficios se incrementan con la red de Delta Dental PPO. También tendrá acceso a la red de 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	100 %	80 %	80 %
Limpieza			
Fluoruro			
Rayos X			
Selladores			
Clase II - Restaurativos			
Restauraciones	100 %	60 %	60 %
Empastes de composite posteriores			
Endodoncia (conducto radicular)			
Periodoncia			
Cirugía oral			
Clase III - Principales			
Dentaduras postizas	80 %	40 %	40 %
Dentaduras postizas parciales			
Implantes			
Puentes			
Coronas			

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	Sin copago 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)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
Endodoncia y periodoncia	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$85
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$105
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$130
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$150
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$75
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$1,500
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

* La ATM tiene un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000. ** Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral. **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.



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**

vsp vision

Panorama del plan VSP Advantage

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2026

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 Advantage (servicio completo)

Copagos (exámenes/gafas)	\$0 / \$0
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	\$250
Subsidio para monturas de marcas destacadas	\$270
Monturas equivalentes a las de Costco	\$250
Lentes de contacto optativos En lugar de lentes o marcos	\$600
Gastos por cuenta propia para las mejoras en los lentes	
Policarbonato	Cubierto
Revestimiento antirreflejo	Copago de \$40
Revestimiento antirrayaduras y UV	Cubierto
Alto índice	Cubierto
Fotocromáticos	Cubierto
Progresivos estándar	Cubierto
Progresivos personalizados/ prémium	Copago de \$55
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 lugar de lentes o marcos	\$105



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0. Fuera de la red: individual \$500/familiar \$1,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención de emergencia y los <u>medicamentos con receta médica</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$800/familiar \$1,600. Fuera de la red: individual \$800/familiar \$1,600. <u>Medicamentos con receta médica</u> : individual \$400/familiar \$800.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo para determinados médicos de atención primaria.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cargo por visitas a <u>proveedores</u> de telemedicina de atención primaria dentro de la <u>red</u> para determinados servicios.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura; sin cargo para <u>exámenes para detectar</u> cáncer de seno.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. <u>La cobertura de medicamentos con receta médica</u> está administrada por Sav-Rx Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.savrx.com	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> ; según el valor: \$4 para un suministro de 30 días, \$8 para un suministro de 60 días, \$12 para un suministro de 90 días (al por menor), \$8 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo); genéricos preferidos: \$8 para un suministro de 30 días, \$16 para un suministro de 60 días, \$24 para un suministro de 90 días (al por menor), \$16 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$13 para un suministro de 30 días, \$26 para un suministro de 60 días, \$39 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$13 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	Cubre un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Excluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cubren los anticonceptivos para mujeres. Se requiere terapia escalonada. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$25 para un suministro de 30 días, \$50 para un suministro de 60 días, \$75 para un suministro de 90 días (al por menor); \$50 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$30 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 para un suministro de 30 días, \$100 para un suministro de 60 días, \$150 para un suministro de 90 días (al por menor); \$100 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: \$25 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$55 para un suministro de 30 días, \$110 para un suministro de 60 días, \$165 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$35 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$200 de <u>copago/viaje</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago/viaje</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago/visita</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago/visita</u> .	Ninguna.
Si lo admiten al hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio: 20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago/visita</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	\$100 de <u>copago/día</u> los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	130 visitas/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	60 días/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención dental (adultos y niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para los pies.
- Audífonos.
- Enfermería particular.
- Programas para la pérdida de peso.
- Tratamiento para la infertilidad.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía cosmética: Cobertura limitada, consulte el documento de la póliza o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Cirugía bariátrica: Limitado a servicios de proveedores dentro de la red.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una 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.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-370-4526. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$260

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$720

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

[Tecnología de asistencia](#)

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

[Teléfono inteligente o tableta](#)

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en 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 լեզվակապ ծառայություններից օգտվելու համար գախարհալեռ 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
- Carolinian (Kapasal Falawasch) - ngere aukke ghut allillis 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 પછોડે 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 - လာတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Laotian - ຕຳອິດຂ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
- Mon-Khmer, Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដៃលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
- Navajo - T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo báááh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

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](#).



AVISO DE LA HIPPA SOBRE LOS DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si está considerando rechazar la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan médico colectivo, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar aportes a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura que usted o sus dependientes tienen (o después de que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura).

Además, si adquiere un nuevo dependiente que resulta de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para la prima por parte de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, o si usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños porque ya no son elegibles, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Fideicomiso:

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
Teléfono: (877) 606-6705
Fax: (516) 723-7395

Nota importante sobre la retroactividad

Tenga en cuenta que si usted elige la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA con efecto retroactivo a la fecha de su evento de admisibilidad de COBRA o la inscripción especial para un nuevo dependiente debido a su nacimiento o adopción con cobertura desde la fecha de nacimiento o de adopción, tendrá que pagar todas las primas requeridas correspondientes a los meses anteriores antes de que se le proporcione la cobertura retroactiva. La cobertura retroactiva debe ser continua desde la primera fecha de elegibilidad retroactiva. Puede enviar las reclamaciones relacionadas con los servicios durante el período de suspensión, pero estas quedarán pendientes hasta que usted realice los pagos de las primas que sean necesarios.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo se aplica esta información a su caso, comuníquese con la línea de servicio al cliente de SEIU 775 al (877) 606-6705.

877-606-6705
seiu775benefitsgroup.org
PO Box 24811
Seattle, WA 98124

Asistencia para el pago de los costos de las primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para recibir cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de los costos de las primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de los costos de las primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura del seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si disponen de asistencia para el pago de los costos de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o el CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para informarse sobre cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda asistirlo para el pago de los costos de las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas de Medicaid o el CHIP, así como también elegibles según el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no están inscritos. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Department of Labor (Departamento de Trabajo) a través de la página www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero del 2026. Comuníquese con los servicios en su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

MONTANA - Medicaid	OREGON - Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
WASHINGTON - Medicaid	
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	

Para saber si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de los costos de las primas desde el 31 de enero del 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.)
Employee Benefits Security Administration
(Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
Centros de Medicare y Servicios de Medicare
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA) (Pub. L. 104-13), ninguna persona está obligada a responder con respecto a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (Oficina de Gestión y Presupuesto, OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información, a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la ley PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder con respecto a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el Título 44 del USC, Parte 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, no se impondrá ninguna sanción por incumplimiento de una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido en la actualidad. Consulte el Título 44 del USC, Parte 3512.

Se estima que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.), Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados), Office of Policy and Research (Oficina de Políticas e Investigación), a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/03/2026)

Recursos del plan

Línea de servicio al cliente de beneficios de salud		MAGNACARE™
Teléfono	1-877-606-6705 de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.	
Correo electrónico	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	
Cuenta de beneficios de salud	myseiu.be/magnacare	

Aetna	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/vsp

Obtenga apoyo en su idioma

Llame a la línea de servicio al cliente al **1-877-606-6705** o envíe un correo electrónico a **SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**. Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarlo con las preguntas que tenga sobre cómo solicitar y gestionar sus beneficios.

Una vez que se inscriba en la cobertura de atención médica, tendrá a su disposición apoyo con respecto al idioma a través de su plan médico.