

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
ភាសាមවស្ត្រូក។

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 المزاي الصحية

- تعرّف على كيفية إنشاء حساب على myseiu.be/hba. تتم إدارة حسابك بواسطة MagnaCare، الجهة المسؤولة عن إدارة مزايك 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 مزاي مزودي الرعاية الأخرى. من فرص التدريب ومزايا التقاعد إلى الأحذية المجانية المقاومة للانزلاق وخدمات التوظيف عبر منصة Carina، تم تصميم هذه المزاي 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 عبر الإنترنت.

اطّلع على تفاصيل خطتك للحصول على قائمة كاملة بالمزايا.

يوفر هذا البند تفصيلاً كاملاً لخطتك الطبية وخطة طب الأسنان، ومنها التكاليف النثرية 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 بالاشيك، 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 رلك لوتيتا ليتا لمعات لادس 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 فهما 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



أنت مؤهل للحصول على خطة الرعاية
الطبية من Kaiser Permanente في
المنطقة الشمالية الغربية. 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 HMO المؤمنة بالكامل
تاريخ السريان 2026/8/1



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.

التغطية داخل الشبكة	
الحد الأقصى للتكاليف العينية	
لعضو واحد	1,250 دولارًا
لجميع أفراد الأسرة	2,500 دولار
المبلغ المقطع	0 دولار
زيارات العيادة	
الفحص البدني الوقائي الروتيني	0 دولار
الرعاية الأولية	0 دولار
الرعاية الخاصة	15 دولارًا
الرعاية العاجلة	30 دولارًا
الفحوصات	
الفحوصات الوقائية	0 دولار
المختبر	0 دولار
الأشعة السينية، والتصوير، وإجراءات التشخيص الخاصة	0 دولار
التصوير المقطعي المحوسب، والتصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني	50 دولارًا لزيارة القسم. قد تحتاج بعض الخدمات إلى إذن مسبق.
الأدوية (العيادات الخارجية)	
الأدوية بالوصفة الطبية (ما يصل إلى كمية تكفي 30 يومًا)	5 دولارات للأدوية الجنييسة/25 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/50 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة الإنسولين: 0 دولار للأدوية الجنييسة/0 دولار للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/0 دولار للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة أجهزة الاستنشاق وحقن 5 EPI Pens: 5 دولارات للأدوية الجنييسة/25 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة
طلب الأدوية بالوصفة الطبية بواسطة البريد (ما يصل إلى كمية تكفي 90 يومًا)	10 دولارات للأدوية الجنييسة/50 دولارًا للأدوية من العلامات التجارية المفضلة/100 دولار للأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة
الأدوية التي يتم تناولها، بما في ذلك الحقن (جميع أماكن المرضى الداخليين)	0 دولار
زيارات غرف العلاج الخاصة بالمرضى لتلقي الحقن	0 دولار
رعاية الأمهات	
رعاية ما قبل الولادة المجدولة وأول زيارة بعد الولادة	0 دولار
المختبر	0 دولار
الأشعة السينية، والتصوير، وإجراءات التشخيص الخاصة	0 دولار
خدمات المستشفى للمرضى الداخليين	100 دولار قبل القبول

العقم	
تُغطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة) تساعد 1+2 تعرف على المزيد على myseiu.be/progyny	خدمات طبية وجراحية لعلاج العقم والخصوبة وكافة الخدمات المتعلقة بها
خدمات المستشفى	
75 دولارًا	خدمات الإسعاف (لكل نقلة)
200 دولار (يتم التنازل إذا تم تقديمها)	زيارة قسم الطوارئ
100 دولار قبل القبول	خدمات المستشفى للمرضى الداخليين
15 دولارًا	زيارة العلاج الكيميائي/العلاج الإشعاعي
نسبة 0% من التأمين المشترك	المعدات الطبية المتينة، والأجهزة التعويضية الخارجية، وأجهزة تقويم العظام
15 دولارًا	العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي (حتى 20 زيارة لكل علاج في السنة التقويمية)
خدمات مرافق التمريض المؤهلة	
0 دولار	خدمات التمريض المؤهلة للمرضى الداخليين (حتى 100 يوم في السنة التقويمية)
خدمات الاعتماد الكيميائي	
0 دولار	خدمات العيادات الخارجية
100 دولار قبل القبول.	خدمات المستشفى للمرضى الداخليين والخدمات السكنية
خدمات الصحة العقلية	
0 دولار	خدمات العيادات الخارجية (زيارة جماعية ½ المشاركة في الدفع)
100 دولار قبل القبول	خدمات المستشفى للمرضى الداخليين والخدمات السكنية
الرعاية البديلة	
المشاركة في الدفع بقيمة 0 دولار، تغطي حتى 20 زيارة ذاتية في السنة	خدمات العلاج بالوخز
المشاركة في الدفع بقيمة 0 دولار، تغطي حتى 20 زيارة ذاتية في السنة	خدمات العلاج بتقويم العظام
المشاركة في الدفع بقيمة 25 دولارًا، تغطي حتى 12 زيارة ذاتية في السنة	العلاج بالتدليك
مجاني، عدد زيارات غير محددة	العلاج بالأدوية الطبية
خدمات الرؤية	
تُغطى من خلال ميزة منفصلة: VSP Vision Care. تعرف على المزيد على myseiu.be/vsp	الفحوصات الروتينية للعين والمستلزمات البصرية والخدمات البصرية
خدمات السمع	
تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا توجد مشاركة في دفع التكلفة، ولا يوجد حد لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكلفة المعينة السمعية. تعرف على المزيد على myseiu.be/epic	أجهزة السمع

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

*ستغطي 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 المكتتبه 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 - الضائجة	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 الموضعي	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 الفكّي الصّدغي 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

سي س ا ع ل ف ست ند لمن خصل جزا ايوال بغطية (SBC) ع ل ف خ تي ار **خ ط ص ح ي ق ي و ض ح ي ت ند** (Summary of Benefits and Coverage, SBC) هذا الهي ق س م ك ان ت و ال **خ ط ص ح ي ق ي ف خ د م ت** ال ر م ج ل ا ص ح ي ا ق م ش م و ل . لمن و ط ي ق ت و ف ر م ع ل و م ت ا خ ر ي ع ن ت ل و فة ه ذ ه ل **خ طة ب ش م ي ق ي س ط ي ت م ي ن ي** . ال ف م س ت ند م ج ر د لمن خ ص . ل م ز ي د م ن الم ع ل و م ت ح و ل ت غ ط ي ت ك ا و ل ل ح ص و ل ع لى ن س خة م ن الش ر و ط الك ا م لة ل ل ت غ ط ية ، ي ر جى ز ي ا رة <https://kp.org/plandocuments> (ب ال ل غة ال إن ج ل ي ز ية) ا و ال ا ت ص ال ب ال ر ق م (TTY: 711) 1-800-813-2000 . ل لا ط ل ا ع ع لى ت ع ر ي ف ا ت ع ا مة ل ل م ص ل ح ا ت الش ا عة ، م ث ل : ال م ب ل ع الم س م و ح ب ه ، ا و ف ا ت و رة ال ر ص ي د ، ا و الت ا م ي ن الم ش ت ر ك ، ا و ال د ف ع الم ش ت ر ك ، ا و ال ا ق ت ط ا ع ، ا و م ق د م الخ د مة ، ا و غ ي ر ه ا م ن الم ص ط ل ح ا ت الم ح د دة ب خ ط ا س ف ل ه ا ، ي ر جى م ر ا ج عة م س ر د الم ص ط ل ح ا ت . ي م ك ن الت ح ق ق م ن م س ر د الم ص ط ل ح ا ت ب ز ي ا رة www.healthcare.gov/sbc-glossary/ ا و ب ال ا ت ص ال ع لى (TTY: 711) 1-800-813-2000 ل ط ل ب ال ح ص و ل ع لى ن س خة .

سؤال هامة	الاجابات	ما مدى أهمية هذا
ما ا ج م ل ي ب ج ل غ ال ا ق ت ط ا ع ؟	\$0	راجع جدول الأحداث الطبية الشائعة أدناه لمعرفة تكاليف الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
ت ك ل ت و ف ر خ د م ا ت م ش م و لة م ن ب غ ط ية ب ل ح ص ي ل ب ج ل غ ال ا ق ت ط ا ع ؟	لا ينطبق.	تغطي هذه الخطة بعض البنود أو الخدمات، حتى قبل تحصيل مبلغ الاقتطاع. ولكن قد يتم تطبيق دفع مشترك أو تأمين مشترك. على سبيل المثال: تغطي هذه الخطة بعض الخدمات الوقائية دون مشاركة في التكلفة وقبل تحصيل مبلغ الاقتطاع. يُرجى الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
هل ي ت ح ص ي ل م ب ا ل ا ق ت ط ا ع ا خ ر ي ق ب ل خ د م ت م ح د دة ؟	لا.	لا يلزم تحصيل مبالغ اقتطاع نظير تلقي خدمات معينة.
م ا ل ح د ا لى ص ط ل ت ك لى ف ل ا ت ر ية ض م ن ه ذ ه ل خ طة ؟	\$1,250 للخطة الفردية/ \$2,500 للخطة العائلية	الحد الأقصى للتكاليف النثرية هو أقصى مبلغ قد تدفعه خلال سنة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد عائلة مشمولون في هذه الخطة، فيجب على كل فرد استيفاء الحد الأقصى للتكاليف النثرية المحدد له حتى يتم بلوغ الحد الأقصى للتكاليف النثرية للعائلة ككل.
م ا ل ا ف و ي ب ت ش نى م ن ا ل ح د ا لى ص لى ت ك لى ف ل ا ت ر ية ؟	الأقساط التأمينية، وخدمات الرعاية الصحية غير المشمولة في هذه الخطة، والخدمات المذكورة في الجدول بدءًا من الصفحة 2.	على الرغم من أنك تتحمل هذه النفقات، فإنها لا تُحتسب ضمن الحد الأقصى للتكاليف النثرية.
هل ت د ف ع ب م ل ع ا ق ل ا ل ل م س م و ح ب م و ف ر ر جى ق ت ب ع ا ل ا ف ش ب كة ؟	نعم. تفضل بزيارة www.kp.org (باللغة الإنجليزية) أو اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 للاطلاع على قائمة موفري الرعاية المشاركين.	تعتمد هذه الخطة على شبكة من موفري الرعاية. ومن ثم، ستدفع أقل إذا استعنت بموفر رعاية ضمن شبكة الخطة. في حين أنك ستتحمل تكلفة أعلى إذا لجأت إلى موفر رعاية غير تابع إلى الشبكة، وقد تصلك فاتورة من موفر الرعاية بالمبلغ الفارق بين رسومه وما تدفعه الخطة المشترك بها (فاتورة الرصيد). يجب الأخذ بعين الاعتبار أن موفر الرعاية التابع إلى الشبكة قد يستعين بموفر رعاية غير تابع إلى الشبكة لبعض الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية). لذا، تحقق من ذلك مع موفر الرعاية المعني بك قبل تلقي الخدمات.
هل ت ح ا ج ا لى ا ح ل ق ر ي ا ر ق ب ي ب م ن خ ص ص ؟	نعم، إلا أنه يُسمح لك بزيارة بعض الأطباء المتخصصين بنفسك.	ستتكفل الخطة بتغطية تكاليف زيارة طبيب متخصص، كليًا أو جزئيًا، مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية، شريطة الحصول على إحالة قبل زيارة الطبيب المتخصص.

جميع تكاليف الدفع المشترك والتأمين المشترك الواردة في هذا الجدول هي بعد تحصيل مبلغ الاقتطاع، إذا كان الاقتطاع ينطبق عليك.



الخدمات الطبية الشائعة	الخدمات التي قد تحتاج إلى دفع	سواء تدفعه موفر الرعاية أو غيرهم س (تدفعه كل فئة أ ل ع)	سواء تدفعه موفر الرعاية أو غيرهم س (تدفعه كل فئة أ ل ع)	القضايا التي ستشعرها من الخدمات الهامة
إذا زرتني أدق <u>موفر ربي</u> هون توصف الدرجه الصحة	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	زيارة <u>طبيب متخصص</u>	\$15 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
إذا جري بنفسه	<u>الرعاية الوقائية/ الفحص/ التطعيم</u>	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير <u>الوقائية</u> . استفسر من <u>موفر الرعاية</u> المعني بك عما إذا كانت الخدمات المطلوبة <u>وقائية</u> . ثم تحقق مما ستغطيه <u>خطتك</u> .
	<u>فحص تشخيصي</u> (أشعة سينية، أو فحص دم)	الأشعة السينية: من دون رسوم. الفحوصات المخبرية: من دون رسوم.	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
الأدوية الجنيصة	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography, CT) / التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (Positron Emission Tomography, PET) / التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging, (MRI))	\$50 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	قد تستلزم بعض الخدمات الحصول على تفويض مسبق.
	الأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة	\$5 (الصيدلية) و \$10 (الطلب البريدي) / <u>وصفة طبية</u> .	غير مشمول بالتغطية	توريد جرعات تكفي حتى 30 يوماً (الصيدلية) وحتى 90 يوماً (الطلب البريدي). يخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات الطبية</u> .
الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة	الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة	\$25 (الصيدلية) و \$50 (الطلب البريدي) / <u>وصفة طبية</u> .	غير مشمول بالتغطية	توريد جرعات تكفي حتى 30 يوماً (الصيدلية) وحتى 90 يوماً (الطلب البريدي). يخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات الطبية</u> .
	الأدوية المتخصصة	\$50 (الصيدلية) و \$100 (الطلب البريدي) / <u>وصفة طبية</u> .	غير مشمول بالتغطية	توريد جرعات تكفي حتى 30 يوماً (الصيدلية) وحتى 90 يوماً (الطلب البريدي). يخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات الطبية</u> ، عند الاعتماد من خلال إجراء استثنائي.
		\$50 (الصيدلية) / <u>وصفة طبية</u>	غير مشمول بالتغطية	توريد جرعات تكفي حتى 30 يوماً (الصيدلية). يخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات الطبية</u> ، عند الاعتماد من خلال إجراء استثنائي.

الخدمات التي يقدمها	سويت دفعه	سويت دفعه	الخدمات التي يقدمها	الخدمات التي يقدمها
تحت إيجلها	موفرالرعاي قلمشارك س(تدقلىصك لفة ال عمل)	موفرالرعاي قلمشارك س(تدقلىصك لفة ال عمل)	موفرالرعاي قلمشارك س(تدقلىصك لفة ال عمل)	الخدمات التي يقدمها
إذناك الؤديك جراح قبي عي ادة جرجية	رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة المتنقلة)	\$50 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
أجر الطبيب/ الجراح	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	أجر الطبيب / الجراح مشمول ضمن رسوم المنشأة.	
<u>رعاية غرفة الطوارئ</u>	\$200 / الزيارة	\$200 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	في حال دخول المستشفى مباشرة بوصفه مريضاً داخلياً، فإنه يُعفى من <u>الدفع المشترك</u> .
<u>النقل الطبي الطارئ</u>	\$75 / الرحلة	\$75 / الرحلة	لا يوجد	
<u>الرعاية العاجلة</u>	\$30 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	<u>موفرو الرعاية غير المشاركين</u> مشمولون بالتغطية عند الوجود مؤقتاً خارج منطقة الخدمة. \$30 / الزيارة	
إذناك جت إلى القام قبي المستشفى	رسوم المنشأة (مثل غرفة المستشفى)	\$100 / الدخول	غير مشمول بالتغطية	يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
أجر الطبيب/ الجراح	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	أجر الطبيب / الجراح مشمول ضمن رسوم المنشأة.	
إذناك جت إلى خدمات الصحة علق لية، أولصحة الطهوكية، أو علاج إدمان المواد	خدمات العيادة الخارجية	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	خدمات العيادة الداخلية	\$100 / الدخول	غير مشمول بالتغطية	يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
إنك تيجلى	زيارات العيادة	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	قد يُطبَّق <u>الدفع المشترك</u> أو <u>التأمين المشترك</u> أو <u>مبلغ الاقتطاع</u> حسب نوع الخدمات. قد تشمل رعاية الأمومة إجراء فحوصات وخدمات مذكورة في أجزاء أخرى من SBC (مثل الموجات فوق الصوتية).
	الخدمات المهنية للمخاض/ الولادة	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	الخدمات المهنية مشمولة ضمن رسوم المنشأة.
	خدمات المنشأة للمخاض/ الولادة	\$100 / الدخول	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد

الخدمات التي يقدمها	الخدمات التي يقدمها	سويت دفعه	سويت دفعه	القوى التي تستثنى عن اداءات و غيرها من الممولات الهامة
الرعاية الصحية المنزلية	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	130 زيارة كحد أقصى/ السنة. يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
خدمات إعادة التأهيل	المريض الخارجي: \$15 / الزيارة المريض الداخلي: \$100 / الدخول.	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	المريض الخارجي: 20 زيارة كحد أقصى/ السنة. يُشترط الحصول على تفويض مسبق. المريض الداخلي: يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
خدمات التأهيل	\$15 / الزيارة	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	20 زيارة كحد أقصى/ السنة. يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
الرعاية التمرضية المتخصصة	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	100 يوم كحد أقصى/ السنة. يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
المعدات الطبية المتينة	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	يخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية . يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
خدمة مأوى رعاية المحتضرين	دون رسوم	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	يُشترط الحصول على تفويض مسبق.
فحص العيون للأطفال	دون رسوم لفحص الانكسار البصري	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
نظارات الأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
فحص الأسنان الدوري للأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد

إذاحتجبت إلى مساعده فإلتفني أولئك الذين كاحتياج احضحيه خاصة

إذاحتجبت إلى مساعده أسنان أو رعي بصريه

الخدمات التي تستثنى عن اداءات الخدمات التي تقدمها موثقت غطية:

الخدمات التي تستثنى عن اداءات الخدمات التي تقدمها موثقت غطية:
برامج إنقاص الوزن تمريض خاص جراحة تجميلية
● رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال) ● رعاية القدم الروتينية ● رعاية غير الطارئة في أثناء السفر خارج الولايات المتحدة
● رعاية طويلة الأمد ● علاج العقم ● نظارات الأطفال

الخدمات التي تستثنى عن اداءات الخدمات التي تقدمها موثقت غطية:
أجهزة المساعدة على السمع (جهاز واحد/ الأذن) الواحدة/ 36 شهرًا) جراحة علاج البدانة
● رعاية منتظمة للعين (للبالغين) ● علاج بتقويم العمود الفقري (20 زيارة كحد أقصى/ السنة)
● وخز بالإبر (20 زيارة كحد أقصى/ السنة)

حقوقك في الرعاية الصحية: توجد جهات يمكنها مساعدتك إذا كنت ترغب في الاستمرار في تغطيتك بعد انتهائها. يرد في الجدول أدناه معلومات الاتصال بهذه الجهات. قد تتوفر لك أيضًا خيارات تغطية أخرى، بما في ذلك شراء تغطية تأمينية فردية عبر **سوق التأمين الصحي**. للاطلاع على مزيد من المعلومات حول **السوق**، تفضل بزيارة www.HealthCare.gov أو اتصل بالرقم 1-800-318-2596.

حقوق نفق وتدي المشك أو ووال طعون: توجد جهات يمكنها مساعدتك إذا كان لديك شكوى ضد **الخطة** الخاصة بك بسبب رفض **مطالبة**. يطلق على هذه الشكوى **التظلم** أو **الطعن**. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، راجع بيان المزايا الذي سنتلقاه بشأن تلك **المطالبة** الطبية. وتتضمن مستندات **الخطة** الخاصة بك أيضاً معلومات شاملة حول كيفية تقديم **مطالبة** أو **طعن** أو **شكوى** مهما كان السبب، بخصوص **الخطة** الخاصة بك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو للحصول على المساعدة، تواصل مع الجهات الواردة في الجدول أدناه.

مدعولوم التل تص للحقوق نفق ليل س تمر ارفا لبت غطي قحوق نفق قدي المشك أو ووال طعون:

خدمات الأعضاء لدى Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) أو www.kp.org/memberservices (باللغة الإنجليزية)
إدارة أمن مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل	1-866-444-EBSA (3272) أو www.dol.gov/ebsa/healthreform
مركز معلومات المستهلكين والرقابة على التأمين التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية	1-877-267-2323 x61565 أو www.cciio.cms.gov
إدارة التأمين في ولاية أوريغون	1-888-877-4894 أو /https://dfr.oregon.gov
إدارة التأمين في ولاية واشنطن	1-800-562-6900 أو www.insurance.wa.gov

تهل توفى هذه الخطة أذن يمتل بطلب التل غطي ة الأيس ي ة ن عم
تشمل **أدنى متطلبات التغطية الأساسية** عموماً **الخطط**، و**التأمين الصحي** المتاح عبر **السوق** أو سياسات السوق الفردية الأخرى، إضافةً إلى Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE، وبعض أنواع التغطية الأخرى. إذا كنت مؤهلاً لبنود معينة من **أدنى متطلبات التغطية الأساسية**، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على **الإعفاء الضريبي على القسط**.

تهل توفى هذه الخطة أذن يمتل بطلب التل غطي ة الأيس ي ة ن عم
إذا لم تستوف **الخطة** الخاصة بك **الحد الأدنى لمعايير القيمة**، فقد تكون مؤهلاً للحصول على **إعفاء ضريبي على القسط**، لمساعدتك على دفع مستحقات **الخطة** عبر سوق التأمين.

خدم التل ووص ولل غوي:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

لاطلاع على أمثلة توضح كيفية تغطية هذه **الخطة** لتكاليف حالة طبية نموذجية، راجع القسم التالي



هذه الأمثلة في سطر عرض تقديمي الية. إن العلاجات المعروضة مجرد أمثلة توضيحية لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية تبعاً للرعاية التي تتلقاها في الواقع، والأسعار التي يفرضاها موفرو الرعاية، وعوامل عديدة أخرى. يجب التركيز على مبالغ مشاركة التكلفة (مبالغ الاقتطاع، والدفعات المشتركة، والتأمين المشترك) والخدمات المستثناة بموجب الخطة. ونوصي باستخدام هذه المعلومات للمقارنة بين نسبة التكاليف التي قد تتحملها في ظل خطط صحية مختلفة. يُرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه مبنية على أساس التغطية الفردية فحسب.

كسبريس يطلدى Mia (زيارة غرفة الطوارئ ضمن الشبكة ومتابعة الرعاية)

إدارة مرض السكري مثل نوع 2 لدى Joe (سنة كاملة من الرعاية المنتظمة ضمن الشبكة لحالة تتم السيطرة عليها جيداً)

Peg وضع مولوده (9 أشهر من تلقي رعاية ما قبل الولادة ضمن الشبكة، فضلاً عن خدمة الولادة في المستشفى)

- إجمالي مبلغ غاقتطاع في الية خطة \$0
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص \$15
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص (المنشأة) \$100
- دفعات مشتركة أخرى (فحص الدم) \$0

- إجمالي مبلغ غاقتطاع في الية خطة \$0
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص \$15
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص (المنشأة) \$100
- دفعات مشتركة أخرى (فحص الدم) \$0

- إجمالي مبلغ غاقتطاع في الية خطة \$0
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص \$15
- الدفعات المشتركة لطلب الطبيب الخاص (المنشأة) \$100
- دفعات مشتركة أخرى (فحص الدم) \$0

يتضمن هذا مثال خدمة امثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما يشمل المستلزمات الطبية)
الفحص التشخيصي (الأشعة السينية)
المعدات الطبية المتينة (العكازات)
خدمات التأهيل (العلاج الطبيعي)

يتضمن هذا مثال خدمة امثل:
زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما يشمل التتيف الصحي بشأن الأمراض)
الفحوصات التشخيصية (فحص دم)
الأدوية الموصوفة طبيياً
المعدات الطبية المتينة (جهاز قياس الجلوكوز)

يتضمن هذا مثال خدمة امثل:
زيارات عيادة الطبيب المتخصص (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات المهنية للمخاض/ الولادة
خدمات المنشأة للمخاض/ الولادة
الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحص الدم)
زيارة الطبيب المتخصص (التخدير)

\$2,800	إجمالي تكلفة المثل
	في مثال الية تدفع Mia:
	الدفعة المشتركة
\$0	مبالغ الاقتطاع
\$400	الدفعات المشتركة
\$0	التأمين المشترك
	ما لا تغطيه الخطة
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$400	إجمالي مبالغ تدفعه Mia

\$5,600	إجمالي تكلفة المثل
	في مثال الية تدفع Joe:
	الدفعة المشتركة
\$0	مبالغ الاقتطاع
\$300	الدفعات المشتركة
\$0	التأمين المشترك
	ما لا تغطيه الخطة
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$300	إجمالي مبالغ تدفعه Joe

\$12,700	إجمالي مبلغ غاقتطاع المثل
	في مثال الية تدفع Peg:
	الدفعة المشتركة
\$0	مبالغ الاقتطاع
\$100	الدفعات المشتركة
\$0	التأمين المشترك
	ما لا تغطيه الخطة
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$160	إجمالي مبالغ تدفعه Peg

تتحمّل الخطة التكاليف المتبقية لهذه الخدمات المشمولة بالتغطية الواردة في الأمثلة أعلاه.

إشعار بشأن عدم التمييز

تلتزم خطة Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (خطة Kaiser Health Plan) بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولايات المعمول بها، ولا تمارس التمييز أو الاستبعاد أو المعاملة المختلفة على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي (بما يشمل الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية) أو السن أو الإعاقة أو الجنس (بما يشمل الخصائص الجنسية، وسمات الثانوية الجنسية، والحمل أو الحالات المرضية ذات الصلة، والتوجه الجنسي، والهوية الجنسية، والقوالب النمطية الجنسية).

خطة Kaiser Health Plan:

■ توفر للأشخاص ذوي الإعاقة تعديلات معقولة ووسائل مساعدة وخدمات مناسبة مجانية للتواصل معنا بفعالية، مثل:

- مترجمي لغة إشارة معتمدين
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة، والمواد الصوتية، وطريقة برايل، والتنسيقات الإلكترونية المتاحة

■ تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية كلغة أولى، مثل:

- مترجمين معتمدين
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000.

إذا اعتقدت أن خطة Kaiser Health Plan قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو مارست تمييزاً بطريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية لدينا عن طريق البريد، أو الهاتف، أو الفاكس. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك. يمكنك التواصل مع منسق الحقوق المدنية لدينا عبر ما يلي:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights
Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
الفاكس: 1-855-347-7239

يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
الهاتف: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

تتوفر نماذج الشكاوى على الرابط www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

بالنسبة إلى أعضاء واشنطن:

يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى مكتب مفوض التأمين في ولاية واشنطن إلكترونياً من خلال بوابة الشكاوى التابعة لمكتب مفوض التأمين المتاحة على الرابط <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>، أو عن طريق الهاتف على الرقم 1-800-562-6900، أو الرقم

(TDD) 360-586-0241. تتوفر نماذج الشكاوى على الرابط <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

يتوفر هذا الإشعار على الرابط <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000**(TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) بي بي: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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](#).

إخطار قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) بشأن حقوق التسجيل الخاصة

إذا كنت ترفض التسجيل لنفسك أو لأفراد عائلتك (ومنهم زوجتك) بسبب تأمين صحي آخر أو تغطية خطة صحية جماعية، فقد تتمكن من تسجيل نفسك وأفراد عائلتك في هذه الخطة إذا فقدت أنت أو أفراد عائلتك الأهلية للتغطية الأخرى هذه (أو إذا توقف صاحب العمل عن الإسهام في التغطية الأخرى الخاصة بك أو لأفراد عائلتك). ولكن، يجب طلب التسجيل في غضون 30 يوماً من انتهاء التغطية الأخرى الخاصة بك أو بأفراد عائلتك (أو بعد توقف صاحب العمل عن الإسهام في التغطية الأخرى).

إضافة إلى ذلك، إذا كان لديك فرد معال جديد نتيجة الزواج أو الولادة أو التبني أو التنسيب للتبني، فقد تتمكن من تسجيل نفسك وأفراد عائلتك. ولكن، يجب طلب التسجيل في غضون 30 يوماً من الزواج أو الولادة أو التبني أو التنسيب للتبني.

إذا أصبحت أنت أو أحد أفراد عائلتك مؤهلاً للحصول على إعانة المساعدة على سداد الأقساط الخاصة بالولاية من Medicaid أو من خلال برنامج التأمين الصحي للأطفال التابع للدولة فيما يتعلق بالتغطية بموجب هذه الخطة، أو إذا فقدت أنت أو أحد أفراد عائلتك تغطية Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال لأنك لم تعد مؤهلاً، فقد تتمكن من تسجيل نفسك وأفراد عائلتك في هذه الخطة. ولكن، يجب طلب التسجيل في غضون 60 يوماً من تاريخ تحديدهم أو تحديد أفراد عائلتك معايير الأهلية للحصول على هذه المساعدة.

لطلب التسجيل الخاص أو الحصول على مزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع مسؤول الثقة:

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

ملاحظة مهمة بشأن النشر لوجعي

تجدد الإشارة لي أنه إذا اخترت تغطية طبيّة لمرة واحدة ببرنامج تسوية فيزيان في واشنطن لدمج (COBRA) مجدداً وقع قتا فيل خص قوقون وتسوية لهنزلية لدمج (COBRA) لخاص بك أو لتسجيل لخاص فهد فحال جيديناء عني لهالد أو لتبني لي تراخ الدم والداو تاوليخ بلني فيجب فع أي فساط مطوبه لدمج عألشهر قبلات احقك عني بلشر رجعي يغبأن ستمر لك عني بلشر رجعي من لمرة الأولى للدمج بلشر رجعي يوزك قديم مطلبات للحصول عني لخدمات خال لفتدرك عني، فكن سيتم تلجقيها حتسداد أقساط طبيّة.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول كيفية تطبيق هذه المعلومات عليك، يرجى التواصل مع خدمة عملاء SEIU 775 على الرقم (877) 606-6705.

لمساعدته في فتح أساطل التأمين بموجب برنامج Medicaid وبموجب أساطل الأطفال (CHIP)

في حال تأهلت أنت أو أطفالك للالتحاق ببرنامج 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 ببرنامج 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 يرعاها 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 لبيتك للحصول على مساعدته. 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 اللاتي المتأهلات في وقت أهلك حصول على مساعدته في دفع أقساط التأمين من خطة صاحب عملك طر حية. قائمة لواليات لتأهله مَحشة بدءاً من 31 يناير 2026. توصل مع لبيتك لزيد من لمعلومات حول الآلهة:

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

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، عنابة: 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

 KAISER PERMANENTE [®]		Kaiser Permanente في المنطقة الشمالية الغربية
myseiu.be/kp-new-member	1-888-491-1124	خدمة الأعضاء الجدد
myseiu.be/kp-member	1-800-813-2000	خدمات الأعضاء
myseiu.be/kpnw-bh	1-800-813-2000	خدمات الصحة العقلية
myseiu.be/kp-nurse	1-800-324-8010	خط مساعدة التمريض
myseiu.be/kp-language	1-800-813-2000	المساعدة اللغوية للأعضاء

		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.