



**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



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 Kaiser Permanente Northwest. 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.

Cobertura en la red	
Máximo de gastos por cuenta propia	
Para un miembro	\$1,250
Para toda una familia	\$2,500
Deducible	\$0
Visitas al consultorio	
Examen físico preventivo de rutina	\$0
Atención primaria	\$0
Atención especializada	\$15
Atención de urgencias	\$30
Pruebas	
Pruebas preventivas	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
TC, IRM y examen por TEP	\$50 por visita al departamento. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa.
Medicamentos (ambulatorio)	
Medicamentos con prescripción (suministro de hasta 30 días)	\$5 genérico/\$25 marca preferida/\$50 marca no preferida Insulina: \$0 genérica/\$0 marca preferida/\$0 marca no preferida Inhaladores y EpiPen: \$5 genérico/\$25 marca preferida
Medicamentos con prescripción pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)	\$10 genérico/\$50 marca preferida/\$100 marca no preferida
Medicamentos administrados, entre ellos, inyecciones (en todos los centros de servicios ambulatorios)	\$0
Visita al consultorio de tratamientos de enfermería para recibir inyecciones	\$0
Atención durante la maternidad	
Cuidado prenatal programado y primera consulta posparto	\$0
Pruebas de laboratorio	\$0
Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico	\$0
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización

Para tratar la infertilidad	
Servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad, así como servicios relacionados	Cubiertos por un beneficio separado: Progny (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/progny
Servicios hospitalarios	
Servicios de desplazamiento (por transporte)	\$75
Visita al departamento de urgencias	\$200 (se exonera si es hospitalizado)
Servicios hospitalarios	\$100 por hospitalización
Visita para radioterapia/quimioterapia	\$15
Equipo médico duradero, dispositivos protésicos externos y dispositivos ortésicos	Coaseguro del 0 %
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia (hasta 20 visitas por tipo de terapia y por año calendario)	\$15
Servicios de los centros de enfermería especializada	
Servicios hospitalarios de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	\$0
Servicios contra la dependencia de sustancias químicas	
Servicios ambulatorios	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización.
Servicios de salud mental	
Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales)	\$0
Servicios hospitalarios y residenciales	\$100 por hospitalización
Cuidado alternativo	
Servicios de acupuntura	Copago de \$0, hasta 20 visitas por iniciativa propia al año
Servicios quiroprácticos	Copago de \$0, hasta 20 visitas por iniciativa propia al año
Terapia de masaje	Copago de \$25, hasta 12 visitas por iniciativa propia al año
Medicina naturopática	Copago de \$0, sin límite de visitas
Servicios para la visión	
Exámenes oculares de rutina, dispositivos de visión y servicios ópticos	Cubiertos por un beneficio separado: VSP Vision Care. Obtenga más información en myseiu.be/vsp .
Servicios auditivos	
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago ni límite por cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic

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 Limpieza Fluoruro Rayos X Selladores	100 %	80 %	80 %
Clase II - Restaurativos			
Restauraciones Empastes de composite posteriores Endodoncia (conducto radicular) Periodoncia Cirugía oral	100 %	60 %	60 %
Clase III - Principales			
Dentaduras postizas Dentaduras postizas parciales Implantes Puentes Coronas	80 %	40 %	40 %

Características

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

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

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

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	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

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

 El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo 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, consulte <https://kp.org/plandocuments> (haga clic en "Español") o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad aprobada](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0	Vea la tabla de Circunstancia Médica Común a continuación para ver sus costos para los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No se aplica	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$1,250 por individuo/\$2,500 por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude con un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.kp.org/espanol o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores participantes .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si acude con un proveedor que esté dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude con un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para acudir con un especialista ?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos especialistas .	Este plan pagará algunos o todos los costos por acudir a un especialista para recibir servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir a dicho especialista .



Todos los [copagos](#) y costos del [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), en caso de que aplique un [deducible](#).

Circunstancia Médica Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
Si acude al consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Consulta con un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$15 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza una prueba	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografía: sin cargo. Pruebas de laboratorio: sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes diagnósticas (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	\$50 por visita	Sin cobertura	Es posible que algunos servicios requieran autorización previa.

Circunstancia Médica Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados visite www.kp.org/formulary (haga clic en "Español").	Medicamentos genéricos	\$5 (al por menor) y \$10 (pedido por correo) por medicamento recetado	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos .
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 (al por menor) y \$50 (pedido por correo) por medicamento recetado	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos .
	Medicamentos de marca no preferidos	\$50 (al por menor) y \$100 (pedido por correo) por medicamento recetado	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles cuando se aprueba mediante el proceso de excepciones.
	Medicamentos de especialidad	\$50 (al por menor) por medicamento recetado	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles cuando se aprueba mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 por consulta	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Las tarifas del médico o cirujano se incluyen en la tarifa del centro de atención.
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en sala de emergencias	\$200 por consulta	\$200 por consulta	No se aplica el copago si el paciente es admitido directamente al hospital como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	\$75 por traslado	\$75 por traslado	Ninguna
	Atención de urgencia	\$30 por consulta	Sin cobertura	Los proveedores no participantes se cubren cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$30 por consulta
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., habitación del hospital)	\$100 por admisión hospitalaria	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Tarifa del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Las tarifas del médico o cirujano se incluyen en la tarifa del centro de atención.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de tratamiento por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 por admisión hospitalaria	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

Circunstancia Médica Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
Si está embarazada	Consultas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., ecografía)
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Los servicios profesionales están incluidos en la tarifa de las instalaciones.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 por admisión hospitalaria	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 130 visitas por año. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$15 por consulta; paciente hospitalizado: \$100 por admisión hospitalaria.	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: límite de 20 consultas al año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	\$15 por consulta	Sin cobertura	Se limita a 20 visitas por año. Se requiere autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 100 días por año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos . Se requiere autorización previa.
	Servicio de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o cuidado de la vista	Examen de los ojos para niños	Sin cargo por examen de la vista	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Anteojos para niños
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía estética
- Cuidado rutinario de los pies
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para perder peso
- Tratamiento para la infertilidad

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios). Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#).

- Acupuntura (se limita a 20 consultas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 20 consultas por año)
- Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los ojos (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. 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.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar quejas o apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle 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 los beneficios que recibirá por esa [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 los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros (Member Services) de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices (haga clic en "Español")
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Oregón	1-888-877-4894 o https://dfr.oregon.gov/
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí

La [cobertura mínima esencial](#) 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 mínima esencial](#), tal vez no sea elegible para el [crédito tributario de la prima 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 tributario de la prima](#) del plan que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicios de acceso en distintos idiomas:

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 griegie in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

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, à'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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 calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo el [plan](#) podría 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 los montos del [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 en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan 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](#) del [especialista](#) \$15
- [Copago](#) del hospital (centro de atención) \$100
- Otro [copago](#) (análisis de sangre) \$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
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$160

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$15
- [Copago](#) del hospital (centro de atención) \$100
- Otro [copago](#) (análisis de sangre) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Consultas con el [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$300

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](#) del [especialista](#) \$15
- [Copago](#) del hospital (centro de atención) \$100
- Otro [copago](#) (radiografía) \$

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Cuidado en sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$400

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda a las personas con discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lengua de señas;
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si cree que Kaiser Health Plan no le brindó estos servicios o le discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de Derechos Civiles puede brindársela. Puede comunicarse con el coordinador de Derechos Civiles al:

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

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al:

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

Puede encontrar los formularios de quejas en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para miembros de Washington:

También puede presentar una queja informal ante la Oficina del Comisionado de Seguros (Insurance Commissioner) del Estado de Washington de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al **1-800-562-6900** o **360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español).

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) تشبيه: 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 Sprachassistentz 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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប 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**).

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

MAGNACARESM

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

Kaiser Permanente Northwest



Servicios para nuevos miembros 1-888-491-1124 myseiu.be/kp-new-member

Member Services 1-800-813-2000 myseiu.be/kp-member

Servicios de salud mental 1-800-813-2000 myseiu.be/kpnw-bh

Línea de ayuda de enfermería 1-800-324-8010 myseiu.be/kp-nurse

Ayuda con el idioma para los miembros 1-800-813-2000 myseiu.be/kp-language

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.