

Sonja T.

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Renton



2026-2027

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਗਾਈਡ

ਆਪਣੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ
ਐਕਸਪਲੋਰ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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。

செலுத்தும் மருத்துவ காப்பீடு பற்றிய செய்திகளை
உங்கள் மொழியில் பெறండి.

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 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.

myseiu.be/hc

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਦੂਜਿਆਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਹਾਜ਼ਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਵੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ।

ਸਾਡਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਧੀਆ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀਆਂ ਅਤੇ ਕਿਫ਼ਾਇਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਸੌਖਾ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ, ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕੰਮ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦੇ ਸਕੋ।

ਇਹ ਗਾਈਡ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਆਪਸ਼ਨਾਂ ਅਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਪੜਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇਗੀ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਇਸ ਅਹਿਮ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ 'ਤੇ ਮਾਣ ਹੈ।

ਆਪਣੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਰੀਵਿਊ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਆਪਣੇ ਹੋਰ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਕੱਢੋ। ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ ਦੇ ਮੌਕਿਆਂ ਅਤੇ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਮੁਫ਼ਤ ਫਿਸਲਣ-ਰੋਧੀ ਜੁੱਤਿਆਂ ਅਤੇ Carina ਰਾਹੀਂ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭਣ ਤੱਕ, ਇਹ ਸਾਰੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਬਣਾਏ ਗਏ ਹਨ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ myseiu.be/bg 'ਤੇ ਜਾਓ।



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪੜਾਅਵਾਰ ਗਾਈਡ

1) ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣੋ

- ਆਪਣੇ ਕਵਰੇਜ ਆਪਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਐਕਸਪਲੋਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ), ਇਲਾਜਾਂ ਅਤੇ ਆਮ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਸਕੋ।
- ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਪੰਨਾ 5 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਯੋਗਤਾ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।
- ਇੱਕ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪ ਅਤੇ ਡੈੱਟਲ ਪਲਾਨ ਚੁਣੋ।

2) ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਕਰੋ

- ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰੋ। ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਐਪਲੋਇਅਰ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।
- **Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ):** ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਕੱਠੇ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਲਈ ਇੱਥੇ ਜਾਓ myseiu.be/cfk।

3) ਆਪਣਾ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਖਾਤਾ ਬਣਾਓ

- ਖਾਤਾ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਇੱਥੋਂ ਸਿੱਖੋ myseiu.be/hba। ਤੁਹਾਡਾ ਅਕਾਊਂਟ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, MagnaCare ਵੱਲੋਂ ਮੈਨੇਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਅਕਾਊਂਟ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

4) ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ

- ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਆਖਰੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ myseiu.be/magnacare 'ਤੇ ਜਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਪੰਨਾ 5 'ਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣੋ।
- **Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ):** ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਇੱਥੋਂ ਸਿੱਖੋ myseiu.be/cfk।

ਤੁਹਾਨੂੰ 1 ਦਿਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਰਸੀਦ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਚਿੱਠੀ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਾਲੀ ਈਮੇਲ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।



ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਬੱਚੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, **Dani** ਨੇ ਦੋਵਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਨਾਮਾਕਤ **Coverage for Kids** (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਿੱਚ ਕਰਵਾਇਆ, ਉਹ ਉਨ੍ਹਾਂ "ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਰੇਟਾਂ" ਦੀ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਉਸਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਬਚਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

Dani R.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Asotin

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਆਪਸ਼ਨ

ਸਿਰਫ਼ \$25 ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਵਧੀਆ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਵੀ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਜੋੜਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਵਿਕਲਪ 1



ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ

\$25/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ \$25 ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ: ਉਹ ਰਕਮ ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਪੰਨਾ 6 ਦੇਖੋ।

ਯੋਗਤਾ

ਹਰ ਮਹੀਨੇ 80 ਘੰਟਿਆਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਵਿਕਲਪ 2



ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ + Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ

\$125/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਆਪਣੇ ਲਈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ, ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ \$125 ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਖਰਚਾ ਉੱਨਾ ਹੀ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਜਿੰਨੇ ਮਰਜ਼ੀ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਲਓ!

ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ 26ਵੇਂ ਜਨਮ ਦਿਨ ਤੱਕ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਕੇ, ਗੇਂਦ ਲਏ ਹੋਏ, ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਯੋਗਤਾ

ਹਰ ਮਹੀਨੇ 120 ਘੰਟਿਆਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਵਿਕਲਪ 3



ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ + Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਸਿਰਫ਼ ਡੈਂਟਲ

\$35/ਮਹੀਨਾ

ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨੇ ਸਿਰਫ਼ \$35 ਵਿੱਚ, ਆਪਣੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ

ਮੁਫਤ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ

ਵੈਲਨੈੱਸ ਵਿਜ਼ਿਟ (ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ) ਲਈ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਲਈ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਵਰਚੁਅਲ ਕੇਅਰ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਬੈਠੇ ਹੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕੋ। ਟੈਸਟ ਕਰਾਉਣ ਜਾਂ ਵਾਧੂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਖਰਚਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਤਤਕਾਲ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਤਤਕਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਦੇ ਦੌਰੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤਤਕਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਆਪਸ਼ਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਕੇਅਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਜਾਂ ਜਾਨਲੇਵਾ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ (ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀ ਦਵਾਈ)

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਦਵਾਈਆਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਘਰ ਬੈਠੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਦਵਾਈਆਂ ਮੰਗਵਾਉਣ (ਮੇਲ-ਆਰਡਰ) ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ

ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਹਾਇਤਾ, ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ, ਗਰੁੱਪ ਥੈਰੇਪੀ, ਆਲਟਰਨੇਟਿਵ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਖੁਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟੂਲਜ਼ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਵੈਲਨੈੱਸ ਕੋਚਿੰਗ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਮੁੱਚੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਵੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਵੈਲਨੈੱਸ ਕੋਚਿੰਗ, ਕੇਅਰ ਟੀਮ ਦੀ ਗਾਈਡੈਂਸ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਹੋ ਰਹੇ ਸੁਧਾਰ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਟੂਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਮਸਾਜ ਅਤੇ ਕਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ

ਫਿਜ਼ੀਕਲ ਥੈਰੇਪੀ, ਮਸਾਜ (ਮਾਲਿਸ਼), ਹਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ ਕੇਅਰ, ਐਕਊਪੰਕਚਰ ਅਤੇ ਵਰਚੁਅਲ ਵੈਲਨੈੱਸ (ਘਰ ਬੈਠੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਘੱਟ ਖਰਚੇ ਵਾਲੇ ਆਪਸ਼ਨ ਮੌਜੂਦ ਹਨ।

ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ

VSP ਰਾਹੀਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਰੁਟੀਨ ਮੁਆਇਨੇ, ਐਨਕਾਂ ਜਾਂ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈਂਜ਼ਾਂ ਲਈ ਅਲਾਓਂਸ (ਭੱਤਾ) ਅਤੇ ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ਾਲ ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ

EPIC Hearing ਰਾਹੀਂ, ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ (ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ) ਡਾਕਟਰਾਂ ਕੋਲੋਂ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸੁਣਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪਰਿਵਾਰ ਵਧਾਉਣ, ਪੁਜ਼ਟਨ ਅਤੇ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਤੁਸੀਂ ਜਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ (ਫਰਟਿਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਧਾਉਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ, ਪੇਸਟਪਾਰਟਮ (ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ) ਅਤੇ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੱਕ, ਜੀਵਨ ਦੇ ਹਰ ਪੜਾਅ ਲਈ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਿਲਕੁਲ ਨਵੇਂ ਇਲਾਜਾਂ, ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮਦਦ ਅਤੇ ਆਹਮੋ-ਸਾਹਮਣੇ ਜਾਂ ਵਰਚੁਅਲ ਦੇਖਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦੇਖੋ।

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨਾਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚੇ, ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ, ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

Deborah ਨੂੰ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਓਪਨ ਹਾਰਟ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਬਗੈਰ ਉਸਦੇ ਲੱਖਾਂ ਡਾਲਰ ਖਰਚ ਹੋ ਜਾਣੇ ਸਨ। ਖਰਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਘੱਟ ਚਿੰਤਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਉਹ ਕਹਿੰਦੀ ਹੈ, "ਮੈਂ ਖੁਦ 'ਤੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇ ਸਕੀ"।

Deborah M.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Vancouver





Melissa E.
ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Seattle

ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨਾਂ ਦੇ ਵਿਕਲਪ

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਲਾਨਾਂ ਵਿਚਾਲੇ ਫਰਕ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਲਈ ਚਾਰਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਪਲਾਨ ਚੁਣੋ।

	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
ਸਲਾਨਾ ਵੱਧੇ-ਵੱਧ ਬੈਨਿਫਿਟ	\$5,000	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ
ਕਟੌਤੀਯੋਗ	\$0	\$0
ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚਾਂ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਅੱਰਥੋਡੌਂਸ਼ੀਆ ਲਾਭ	ਹਾਂ	ਹਾਂ
ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੈੱਟਵਰਕ	Delta Dental ਕੋਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਨੈੱਟਵਰਕ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੇਂਡੂ ਇਲਾਕੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਤਮ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ Delta Dental PPO ਡੈਂਟਿਸਟ ਲੱਭਣਾ ਚਾਹੋਗੇ।	ਪੱਛਮੀ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ Willamette Dental ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕੇਸ਼ਨ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ 1-5 ਕੋਰੀਡੋਰ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ Willamette ਡੈਂਟਿਸਟ ਲੱਭਣਾ ਅਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਆਪਣੇ ਨੇੜੇ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਿਸਟ ਨੂੰ ਲੱਭੋ	deltadentalwa.com/fad/search ਆਪਣੇ ਖੋਜ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਫਿਲਟਰ ਕਰਨ ਲਈ 'Delta Dental PPO' ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ।	locations.willamettedental.com ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ZIP ਕੋਡ ਪਾਓ।
ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ

ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਕਿਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ 2 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ, ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਾਂ?

myseiu.be/magnacare 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਲਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਇਸ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਫ਼ੈਕਸ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੈਕਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਕ-ਟਿਕਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ 1 ਦਿਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਰਸੀਦ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਾਲੀ ਚਿੱਠੀ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਮੈਂ ਕਦੋਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਅਜਿਹੇ 3 ਮੌਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- 1. ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ:** ਤੁਹਾਡੀ ਨਵੀਂ ਯੋਗ ਨਾਮਾਂਕਣ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਗਰੀ 'ਤੇ ਲਿਖੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ ਉਹ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ।
- 2. Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਨਾਮਾਂਕਣ):** ਹਰ ਸਾਲ 1-20 ਜੁਲਾਈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਾ ਚੁਕੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰੀਨਿਊ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋਵੋ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।
- 3. ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ (QLE):** ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ QLE ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। QLEs ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣਾ, ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਗੁਆ ਬੈਠਣਾ ਜਾਂ ਤਲਾਕ ਲੈਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਜਾਓ myseiu.be/qle।

ਅਜੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ? ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80+ ਵੱਧ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ* ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ। Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 120 + ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਫ਼ਿਲਹਾਲ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 80+ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਔਨਲਾਈਨ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦੇ। ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮ ਮੰਗਵਾਉਣ ਲਈ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਲਈ ਯੋਗ ਕਿਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 120 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ 26^{ਵੇਂ} ਜਨਮ ਦਿਨ ਤੱਕ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਯੋਗ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕੇ, ਗੋਦ ਲਏ ਹੋਏ, ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਲੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ 1 ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੀ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਵਰੇਜ ਬਾਹਰੀ ਪਲਾਨਾਂ ਨਾਲ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਮੈਂ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਾਂ?

- 1. ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਵਾਲੇ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।**
 - 2. ਇੱਕ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ:** ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼-ਡੈਂਟਲ।
 - 3. ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਵੈਰੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (ਤਸਦੀਕ) ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ** ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਜਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ**। ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।
- **ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤਸਦੀਕ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਦੁਬਾਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੰਗੋ ਨਾ ਜਾਣ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ myseiu.be/cfk 'ਤੇ ਜਾਓ:



- Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਕਿਵੇਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰੀਏ।
- ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਕਿਸਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਵੈਰੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ।

Sandra C.

ਕੋਅਰਗਿਵਰ, Kennewick



ਮੇਰੀ ਕਵਰੇਜ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ?

Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਨਾਮਾਂਕਣ): 1 ਅਗਸਤ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ 20 ਜੁਲਾਈ ਤੱਕ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨਾਂ ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਓ।

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਯੋਗ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾਵਾਂ: ਤੁਹਾਡੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਮਿਲਣ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੇ ਜਾਣ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤਕਰੀਬਨ 2 ਕੁ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ:

- 15 ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ।
- 16 - 31 ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ 1 ਮਈ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗੀ।

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਕਰਾਂ?

ਤੁਹਾਡਾ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਨਖਾਹ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ (ਉਹ ਰਕਮ ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਰਦੇ ਹੋ) ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਕੱਟ ਲਵੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਚਿੱਠੀ ਮਿਲੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਹਿ-ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਈਮੇਲ ਮਿਲੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਚੈੱਕ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਔਨਲਾਈਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਖਾਤੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

CDWA ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ: ਤੁਹਾਡਾ ਪਹਿਲਾ ਭੁਗਤਾਨ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਹੋਵੇਗਾ।

ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦਾ ਮੇਰੀ ਕਵਰੇਜ ਉੱਪਰ ਕੀ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ?

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਗਏ ਘੰਟੇ 2 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨ: ਜਨਵਰੀ ਦੇ ਘੰਟੇ ਮਾਰਚ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਮੈਂ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹਵਾਂ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਇੱਕ Waive Coverage (ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਛੋਟ) ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ। ਜੇ 15 ਤਰੀਕ ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 1 ਤਰੀਕ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇ 15 ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਉਸਤੋਂ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 1 ਤਰੀਕ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। 1 ਜੁਲਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਛੋਟਾਂ (ਵੇਵਰ) Open Enrollment (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਨਾਮਾਂਕਣ) ਦੌਰਾਨ ਰੀਸੈੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀ ਛੋਟ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਵਾਂ ਵੇਵਰ ਕਵਰੇਜ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਬਸ਼ਰਤ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਵੇਵਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਇਆ ਹੋਵੇ।

ਜੇ ਮੈਂ ਕੰਮ ਦੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟੇ ਪੂਰੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਗ੍ਰੈਜੂ ਮਹੀਨੇ ਹਰ ਸਾਲ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ 2 ਵਾਰੀ ਇੱਕ-ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ (ਵਾਧਾ) ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਪੂਰੇ ਨਾ ਹੋਣ 'ਤੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। myseiu.be/gm 'ਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ COBRA ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਚਾਲੂ ਰੱਖ ਸਕੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਕੰਮ ਛੱਡ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦੇਖੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ Washington Apple Health ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ wahealthplanfinder.org ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਦੇਖੋ।

ਕੰਮ ਦਾ ਮਹੀਨਾ	ਕਵਰੇਜ ਮਹੀਨਾ
ਜਨਵਰੀ	→ ਮਾਰਚ
ਫ਼ਰਵਰੀ	→ ਅਪ੍ਰੈਲ
ਮਾਰਚ	→ ਮਈ
ਅਪ੍ਰੈਲ	→ ਜੂਨ
ਮਈ	→ ਜੁਲਾਈ
ਜੂਨ	→ ਅਗਸਤ
ਜੁਲਾਈ	→ ਸਤੰਬਰ
ਅਗਸਤ	→ ਅਕਤੂਬਰ
ਸਤੰਬਰ	→ ਨਵੰਬਰ
ਅਕਤੂਬਰ	→ ਦਸੰਬਰ
ਨਵੰਬਰ	→ ਜਨਵਰੀ
ਦਸੰਬਰ	→ ਫ਼ਰਵਰੀ

ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਤਨਕ ਘੰਟੇ:

ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ:

ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਾਸਤੇ ਵਧੇਰੇ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹੋਰ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ Carina.org ਅਜਮਾ ਕੇ ਦੇਖੋ, ਜੋ ਕਿ ਢੁਕਵੀਂ ਨੌਕਰੀ ਲਭਾਉਣ ਵਾਲਾ ਮੁਫ਼ਤ ਬੈਨਿਫਿਟ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹੋਰ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।



Patrick M. ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, Puyallup

ਸਹਿਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ, ਯੋਗਤਾ, ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ
ਕੁਝ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ।

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੋਮਵਾਰ-ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

1-877-606-6705

ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਲਾਈਵ ਚੈਟ ਸਹਿਯੋਗ

ਚੈਟ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਵਾਸਤੇ myseiu.be/magnacare 'ਤੇ ਲੌਗ ਇਨ ਕਰੋ।

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾ ਰਹੇ ਹੋ? ਈਮੇਲ ਕਰੋ ਅਤੇ
2 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਵਾਬ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।



ਬੀਮੇ ਸਬੰਧੀ ਆਮ ਸ਼ਬਦਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝੋ

ਆਪਣੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਧੀਆ ਢੰਗ ਨਾਲ
ਸਮਝਣ ਲਈ ਆਮ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਦੇ ਅਰਥ ਜਾਣੋ।

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ) ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣੋ।

ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਅਤੇ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਭਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਸਿੱਖੋ।

myseiu.be/cfk

ਆਪਣਾ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਅਕਾਊਂਟ ਐਕਸੈਸ ਕਰੋ

ਅਕਾਊਂਟ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ
ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਸਿੱਖੋ।

myseiu.be/hba



Caregiver Kicks: ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਮੁਫਤ ਜੁੱਤੇ

Reebok ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ Sketchers ਤੱਕ 90+ ਸਟਾਈਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ, ਤਿਲਕਣ-ਰੋਧੀ Caregiver Kicks
ਜੁੱਤਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਅਰਾਮਦੇਹ
ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਯੋਗ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਹਰ ਸਾਲ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਜੋੜਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ!

myseiu.be/kicks

2026-2027
ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ

ਪਲਾਨ ਦੇ ਵੇਰਵੇ



ਇਸ ਕਿਤਾਬਚੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਝਣ
ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੇਧਾਂ ਦਾ ਸਾਰ (SMM):

01 ਅਗਸਤ 2026 ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅੱਪਡੇਟ ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ ਦੀ ਝਲਕ:

SEIU 775 Benefits Group ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਤੇਜ਼, ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ (SBC):

ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਦੀ ਵਿਸਤਾਰਸਹਿਤ ਵਿਆਖਿਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਆਮ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ, ਲੈਬਾਂ, ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਵਰੀਰਾ) ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਪਲਾਨ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਕੋਟੋਪੈਂਸ਼ਨ, ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ)।
- ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੁਝ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ—ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ)।

ਪਲਾਨ ਦੇ ਸਰੋਤ:

ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਵੈੱਬਸਾਈਟ।

ਤੁਸੀਂ Kaiser Permanente Northwest
ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਇਹ ਪਲਾਨ
1 ਅਗਸਤ 2026 ਤੋਂ 31 ਜੁਲਾਈ 2027 ਤੱਕ ਲਾਗੂ
ਰਹੇਗਾ।

SBC ਜਾਂ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਹੋਰ ਸਵਾਲਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ
ਇੱਥੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

1-877-606-6705

ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com



ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧਾਂ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦਾ ਸਾਰ

Consumer Direct of Washington (CDWA) ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ (IPs) ਅਤੇ ਏਜੰਸੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ (APs) ਲਈ SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust ਰਾਹੀਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧਾਂ ਦਾ ਇਹ ਸਾਰ ("SMM") Core Plan ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ("ਪਲਾਨ") ਦੇ ਲਈ, 01 ਅਗਸਤ 2026 ਤੱਕ ਪਲਾਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਸੰਖੇਪ ਯੋਜਨਾ ਵਰਣਨ ("SPD") ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।

1 ਅਗਸਤ 2026 ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ, ਪਲਾਨ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਅਤੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਯਮ ਬਦਲ ਜਾਣਗੇ। APs ਅਤੇ IPs ਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਵਾਧਿਆਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- VSP Vision Care ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਰੁਟੀਨ ਚੈੱਕਅਪ, ਹਾਰਡਵੇਅਰ (ਚਸ਼ਮਿਆਂ ਜਾਂ ਫਰੇਮਾਂ) ਅਤੇ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈਂਸਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਨਵਾਂ ਰੁਟੀਨ ਵਿਜ਼ਨ (ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ) ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਹੋਵੇਗਾ।
- EPIC ਰੀਅਰਿੰਗ ਏਡ ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਡਾਲਰ ਦੀ ਲਿਮਿਟ (ਸੀਮਾ) ਹੁਣ ਹਟਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਵਿੱਚ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦੀ ਹਾਰਮੋਨੋ ਥੈਰੇਪੀ ਜਾਂ ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕੋਗੇ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦਾ ਇਹ ਸਾਰ ("SMR") Core Plan ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ("ਪਲਾਨ") ਦੇ ਲਈ, 01 ਅਗਸਤ 2026 ਤੱਕ ਪਲਾਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਸੰਖੇਪ ਯੋਜਨਾ ਵਰਣਨ ("SPD") ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।

1 ਅਗਸਤ 2026 ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ, ਪਲਾਨ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਅਤੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਯਮ ਬਦਲ ਜਾਣਗੇ। APs ਅਤੇ IPs ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust ਵੱਲੋਂ ਹੁਣ Headspace ਰਾਹੀਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6:00 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ 'ਤੇ ਇੱਥੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

ਇਹ SEIU 775 Benefits Group ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਕੋਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਵਰਣਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿਕਲਪਕ ਦੇਖਭਾਲ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਲਾਗਤ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਉਸ ਸੇਵਾ ਲਈ ਅਸਲ ਖਰਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਘੱਟ ਹੋਵੇਗਾ, ਓਨਾ ਹੀ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸੀਮਾਵਾਂ ਸਮੇਤ, ਪੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿਵਸਥਾਵਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਕਵਰੇਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ ਕਵਰੇਜ	
ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਅਧਿਕਤਮ	
ਇੱਕ ਮੈਂਬਰ ਲਈ	\$1,250
ਪੂਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ	\$2,500
ਕਟੌਤੀਯੋਗ	\$0
ਦਫ਼ਤਰ ਦੇ ਦੌਰੇ	
ਨਿਯਮਤ ਰੋਕਥਾਮ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ	\$0
ਮੁਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ	\$0
ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ	\$15
ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੰਭਾਲ	\$30
ਜਾਂਚਾਂ	
ਰੋਕਥਾਮ ਜਾਂਚਾਂ	\$0
ਲੈਬਾਰਟਰੀ	\$0
ਐਕਸ-ਰੇ, ਇਮੇਜਿੰਗ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ	\$0
CT, MRI, PET ਸਕੈਨਾਂ	\$50 ਪ੍ਰਤੀ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦੌਰਾ। ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰਵ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਦਵਾਈਆਂ (ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ)	
ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ (30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਤੱਕ)	\$5 ਜੈਨਰਿਕ/\$25 ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ/\$50 ਗੈਰ-ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ ਇਨਸੁਲਿਨ: \$0 ਜੈਨਰਿਕ/\$0 ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ/\$0 ਗੈਰ-ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ ਇਨਹੇਲਰ ਅਤੇ EPI ਪੈਨ: \$5 ਜੈਨਰਿਕ/\$25 ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ
ਮੇਲ ਆਰਡਰ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਦਵਾਈਆਂ (90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਤੱਕ)	\$10 ਜੈਨਰਿਕ/\$50 ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ/\$100 ਗੈਰ-ਪਸੰਦੀਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ
ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਟੀਕੇ (ਸਾਰੀਆਂ ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਸੈਟਿੰਗਾਂ) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ	\$0
ਟੀਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਨਰਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਾਲੇ ਕਮਰੇ ਦੇ ਦੌਰੇ	\$0
ਜਣੇਪਾ ਦੇਖਭਾਲ	
ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਜਨਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਜਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਦੌਰਾ	\$0
ਲੈਬਾਰਟਰੀ	\$0
ਐਕਸ-ਰੇ, ਇਮੇਜਿੰਗ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ	\$0
ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$100 ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲਾ
ਬਾਂਝਪਨ ਸਬੰਧੀ	
ਨਸਬੰਦੀ ਅਤੇ ਬਾਂਝਪਣ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਸਰਜੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: Progyny ਜਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਫ਼ਰਟੀਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਰਮਾਣ। ਜਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਫ਼ਰਟੀਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਰਮਾਣ ਦੇ ਸਫ਼ਰ ਦੌਰਾਨ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ 2+1 Smart Cycles (ਸਮਾਰਟ ਸਾਈਕਲਜ਼)। ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/progyny

ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਪ੍ਰਤੀ ਟਰਾਂਸਪੋਰਟ)	\$75
ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਵਿਜ਼ਿਟ	\$200 (ਜੇ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ)
ਇਨਪੈਸ਼ੈਂਟ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$100 ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲਾ
ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ/ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੌਰਾ	\$15
ਟਿਕਾਊ ਮੈਡੀਕਲ ਉਪਕਰਨ, ਬਾਹਰੀ ਪ੍ਰੋਸਥੈਟਿਕ ਡਿਵਾਈਸ ਅਤੇ ਆਰਥੋਟਿਕ ਡਿਵਾਈਸ	0% ਸਹਿ-ਬੀਮਾ
ਫਿਜ਼ੀਕਲ, ਸਪੀਚ ਅਤੇ ਆਕੂਪੇਸ਼ਨਲ ਥੈਰੇਪੀਆਂ (ਹਰ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀ ਥੈਰੇਪੀ 20 ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਤੱਕ)	\$15
ਹੁਨਰਮੰਦ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਇਨਪੈਸ਼ੈਂਟ ਹੁਨਰਮੰਦ ਨਰਸਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ 100 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ)	\$0
ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਆਊਟਪੈਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$0
ਇਨਪੈਸ਼ੈਂਟ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$100 ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲਾ।
ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਆਊਟਪੈਸ਼ੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਗਰੁੱਪ ਦੌਰਾ ½ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ)	\$0
ਇਨਪੈਸ਼ੈਂਟ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$100 ਪ੍ਰਤੀ ਦਾਖਲਾ
ਵਿਕਲਪਕ ਦੇਖਭਾਲ	
ਐਕਿਉਪੰਕਚਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ 20 ਸਵੈ-ਰੈਫਰਡ ਦੌਰਿਆਂ ਤੱਕ
ਕਾਇਰੋਪ੍ਰੈਕਟਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ	\$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ 20 ਸਵੈ-ਰੈਫਰਡ ਦੌਰਿਆਂ ਤੱਕ
ਮਾਲਸ਼ ਥੈਰੇਪੀ	\$25 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ 12 ਸਵੈ-ਰੈਫਰਡ ਦੌਰਿਆਂ ਤੱਕ
ਨੈਚੁਰੋਪੈਥਿਕ ਦਵਾਈ	\$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਅਸੀਮਤ ਦੌਰੇ
ਨਜ਼ਰ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਅੱਖਾਂ ਦੀਆਂ ਰੁਟੀਨ ਜਾਂਚਾਂ, ਵਿਜ਼ਨ ਹਾਰਡਵੇਅਰ (ਚਸਮੇ, ਫ੍ਰੇਮ ਵਗੈਰਾ) ਅਤੇ ਆਪਟੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: VSP Vision Care. ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/vsp
ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ ਹਾਰਡਵੇਅਰ	ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: EPIC Hearing. ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ, ਸੁਣਨ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ ਦੀ ਲਾਗਤ ਲਈ ਹਰ 3 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀ ਕੰਨ ਕੋਈ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਥੋਂ ਹੋਰ ਜਾਣੋ myseiu.be/epic

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਲਨਾ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਵੇਰਵਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਕਿਸੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀ ਲਾਭ ਪੁਸਤਿਕਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ Delta Dental PPO ਪਲਾਨ ਦੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ Delta Dental ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ **1-800-554-1907** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ **DeltaDentalWA.com** 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਆਦ:

ਜਨਵਰੀ 1 - ਦਸੰਬਰ 31

ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਆਦ ਅਧਿਕਤਮ*

 (ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ; ਸ਼੍ਰੇਣੀ I 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ):
 \$5,000

ਆਰਥੋਡੌਂਸ਼ੀਆ—ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਬੱਚੇ:

 ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ \$5,000 ਦੀ ਜੀਵਨ ਭਰ ਦੀ
 ਅਧਿਕਤਮ ਸੀਮਾ ਦੇ ਨਾਲ 50%

*ਕਿਸੇ PDA ਡੈਂਟਿਸਟ ਕੋਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਡੈਂਟਲ ਕੇਅਰ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ \$2,000 ਅਧਿਕਤਮ ਤੱਕ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿੱਥੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀ III - ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

Delta Dental Network

Delta Dental PPO ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਤੁਸੀਂ Delta Dental Premier® ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚੋਣਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਮੁਫ਼ਤ Sonicare
ਟੁੱਥਬਰੱਸ
ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ


Delta Dental ਮੈਂਬਰ ਜੇ ਇੱਕ ਨਵੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਵਜੋਂ ਪੈਸੀਫਿਕ ਡੈਂਟਲ ਅਲਾਇੰਸ (Pacific Dental Alliance, PDA) ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ Sonicare ਟੁੱਥਬਰੱਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪੂਰੀ PDA ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸੂਚੀ ਇੱਥੇ ਦੇਖੋ:

myseiu.be/oe-pda

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਨੈੱਟਵਰਕ
ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਆਦ ਕਟੌਤੀਯੋਗ			
ਸ਼੍ਰੇਣੀ I ਅਤੇ ਆਰਥੋਡੌਂਸ਼ੀਆ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਨੈੱਟਵਰਕ (\$50 ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ)	\$0	\$50	\$50
ਸ਼੍ਰੇਣੀ 1 - ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਯੋਗ			
ਮੁਆਇਨੇ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਫਲੋਰਾਈਡ ਐਕਸ-ਰੇ ਸੀਲੰਟ	100%	80%	80%
ਸ਼੍ਰੇਣੀ II - ਰੀਸਟੋਰੇਟਿਵ			
ਰੀਸਟੋਰੇਸ਼ਨਾਂ (ਬਹਾਲੀਆਂ) ਪੋਸਟਰੀਅਰ ਕੰਪੋਜ਼ਿਟ ਫਿਲਿੰਗਜ਼ ਐਂਡੋਡੌਂਟਿਕਸ (ਰੂਟ ਕਨਾਲ) ਪੀਰੀਅਡੌਂਟਿਕਸ ਓਰਲ ਸਰਜਰੀ	100%	60%	60%
ਸ਼੍ਰੇਣੀ III - ਮੇਜਰ			
ਨਕਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਸੈੱਟ ਅੰਸ਼ਕ ਨਕਲੀ ਦੰਦ ਇਮਪਲਾਂਟ ਬਰਿੱਜ ਕ੍ਰਾਊਨ	80%	40%	40%
ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ			
ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਖਰਚੇ	○		
ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਲੇਮ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਫ਼ਾਈਲ ਕਰਦਾ ਹੈ	○	○	
ਕੁਆਲਿਟੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ	○	○	

ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ: ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣਗੇ। ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਜੇ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫਤਰ ਤੋਂ 50 ਮੀਲ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਦੂਰ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲੋਂ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Washington, Inc. ਦੇ Willamette Dental ਦੇ ਦਸਤਖਤਾਂ ਹੇਠ ਜਾਰੀ, ਇਹ ਪਲਾਨ ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਮ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਕੁ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ **1-855-433-6825** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ **myseiu.be/oe-willamette** 'ਤੇ ਜਾਓ। ਸੀਮਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬੰਦਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਜਾਓ **myseiu.be/willamette-exclusions**.

ਬੈਨਿਫਿਟਸ	ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਸਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ	ਕੋਈ ਸਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ ਨਹੀਂ*
ਕਟੌਤੀਯੋਗ	ਕੋਈ ਕਟੌਤੀਯੋਗ ਨਹੀਂ
ਜਨਰਲ ਅਤੇ ਆਰਥੋਡੌਂਟਿਕ ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ	ਪ੍ਰਤੀ ਦੌਰਾ ਕੋਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ
ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ	
ਨਿਯਮਿਤ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਜਾਂਚਾਂ, ਐਕਸ-ਰੇ, ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ, ਫਲੋਰਾਈਡ ਇਲਾਜ, ਸੀਲੈਂਟਸ (ਪ੍ਰਤੀ ਦੰਦ), ਸਿਰ ਅਤੇ ਗਰਦਨ ਦੀ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ, ਓਰਲ ਸਫ਼ਾਈ ਨਿਰਦੇਸ਼, ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਲ ਚਾਰਟਿੰਗ, ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਲ ਮੁਲਾਂਕਣ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਰੀਸਟੋਰੇਟਿਵ ਡੈਂਟਿਸਟ੍ਰੀ	
ਫਿਲਿੰਗਜ਼ (ਅਮਲਗਮ)	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਪੋਰਸਿਲੇਨ-ਮੈਟਲ ਕ੍ਰਾਊਨ	ਤੁਸੀਂ \$250 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਪ੍ਰੋਸਥੋਡੌਂਟਿਕਸ(Prosthodontics)	
ਮੁਕੰਮਲ ਉੱਪਰਲਾ ਜਾਂ ਹੇਠਲਾ ਡੈਂਚਰ (ਜਬੜਾ)	ਤੁਸੀਂ \$400 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਬਰਿੱਜ (ਪ੍ਰਤੀ ਦੰਦ)	ਤੁਸੀਂ \$250 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਐਂਡੋਨੋਟਿਕਸ ਅਤੇ ਪੇਰੀਓਡੌਂਟਿਕਸ	
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ - ਐਨਟੀਰੀਅਰ	ਤੁਸੀਂ \$85 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ - ਬਾਈਕਸਪਿਡ	ਤੁਸੀਂ \$105 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਥੈਰੇਪੀ - ਮੇਲਰ	ਤੁਸੀਂ \$130 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਓਸੀਅਸ ਸਰਜਰੀ (ਪ੍ਰਤੀ ਕੁਆਡਰੈਂਟ)	ਤੁਸੀਂ \$150 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਰੂਟ ਪਲਾਨਿੰਗ (ਪ੍ਰਤੀ ਕੁਆਡਰੈਂਟ)	ਤੁਸੀਂ \$75 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਓਰਲ ਸਰਜਰੀ	
ਨਿਯਮਤ ਐਕਸਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ (ਇੱਕ ਦੰਦ)	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਸਰਜੀਕਲ ਐਕਸਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ	ਤੁਸੀਂ \$100 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਆਰਥੋਡੌਂਟੀਆ ਇਲਾਜ	
ਪੂਰਵ-ਆਰਥੋਡੌਂਟੀਆ ਇਲਾਜ	ਤੁਸੀਂ \$150 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ**
ਵਿਆਪਕ ਆਰਥੋਡੌਂਟਿਕ ਇਲਾਜ	ਤੁਸੀਂ \$1,500 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਡੈਂਟਲ ਇਮਪਲਾਂਟ	
ਡੈਂਟਲ ਇਮਪਲਾਂਟ ਸਰਜਰੀ	ਇਮਪਲਾਂਟ ਲਾਭ ਅਧਿਕਤਮ \$1,500 ਪ੍ਰਤੀ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ
ਫੁਟਕਲ	
ਸਥਾਨਕ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਡੈਂਟਲ ਲੈਬ ਫ਼ੀਸਾਂ	ਦਫ਼ਤਰ ਦੌਰਾ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਲ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਨਾਈਟਰਸ ਆਕਸਾਈਡ	ਤੁਸੀਂ \$40 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਮਾਹਰ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਦੌਰਾ	ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਤੀ ਦੌਰਾ \$30 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਕੇਅਰ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ	ਤੁਸੀਂ \$250 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ

*TMJ ਦੀ \$1000 ਸਾਲਾਨਾ ਅਧਿਕਤਮ / \$5000 ਜੀਵਨ ਭਰ ਅਧਿਕਤਮ ਹੈ **ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪਲਾਨ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵਿਆਪਕ ਆਰਥੋਡੋਨਟੀਆ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। **ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ:** ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫ਼ਤਰ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣਗੇ। ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਜੇ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਫ਼ਤਰ ਤੋਂ 50 ਮੀਲ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਦੂਰ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਕਿਸੇ ਡੈਂਟਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲੋਂ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।


ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਨਵੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 800-785-0699 'ਤੇ VSP Vision ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

VSP Advantage Plan ਪੂਰੀ ਸੇਵਾ


ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ (ਜਾਂਚਾਂ / ਐਨਕਾਂ)	\$0 / \$0
ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ	
ਜਾਂਚ	ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ
ਲੈੱਸ	ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ
ਫ਼ਰੇਮ	ਹਰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ
VSP ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੇ ਨਾਲ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ	
ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਮੁਕੰਮਲ ਜਾਂਚ	\$0 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਕੰਟੈਕਟ ਲੈੱਸ ਦੀ ਜਾਂਚ	\$0
ਰੈਟਿਨਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ	\$0
ਜ਼ਰੂਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ	ਮੈਡੀਕਲ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਲਈ ਲਾਗਤ ਹਿੱਸੇਦਾਰੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ
ਲੈੱਸ	
ਸਿੰਗਲ ਵਿਜ਼ਨ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਲਾਈਨਡ ਬਾਈਫੋਕਲ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਲਾਈਨਡ ਟ੍ਰਾਈਫੋਕਲ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਅਲਾਓਸ (ਭੱਤੇ)*	
ਰਿਟੇਲ ਫਰੇਮ ਅਲਾਓਸ	\$250
ਫੀਚਰਡ ਫਰੇਮ ਬ੍ਰਾਂਡ ਅਲਾਓਸ	\$270
Costco ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਦਾ ਫਰੇਮ	\$250
ਇਲੈਕਟਿਵ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈੱਸ ਲੈੱਸ ਜਾਂ ਫਰੇਮ ਦੇ ਬਦਲੇ	\$600
ਲੈੱਸ ਇਨਹਾਂਸਮੈਂਟ ਲਈ ਆਊਟ-ਆਫ਼-ਪਾਕੇਟ ਖਰਚ	
ਪੌਲੀਕਾਰਬੋਨੇਟ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਐਂਟੀ-ਰਿਫਲੈਕਟਿਵ ਕੋਟਿੰਗ	\$40 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਸਕ੍ਰੈਚ ਅਤੇ ਯੂਵੀ ਕੋਟਿੰਗ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਹਾਈ ਇੰਡੈਕਸ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਫੋਟੋਕ੍ਰੋਮਿਕ	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਸਟੈਂਡਰਡ ਪ੍ਰੋਗਰੈਸਿਵਜ਼	ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਕਸਟਮ/ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਪ੍ਰੋਗਰੈਸਿਵਜ਼	\$55 ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ
ਹੋਰ ਸਾਰੇ ਛੋਟ ਵਾਲੇ ਲੈੱਸ ਇਨਹਾਂਸਮੈਂਟ	30%

ਗੈਰ-VSP ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਲਾਓਸ	
ਜਾਂਚ	\$45
ਸਿੰਗਲ ਵਿਜ਼ਨ	\$30
ਬਾਈਫੋਕਲ	\$50
ਟ੍ਰਾਈਫੋਕਲ	\$65
ਲੈਨਟਿਕੁਲਰ	\$100
ਪ੍ਰੋਗਰੈਸਿਵ ਲੈੱਸ	\$50
ਫ਼ਰੇਮ	\$70
ਇਲੈਕਟਿਵ ਕੰਟੈਕਟ ਲੈੱਸ ਲੈੱਸ ਜਾਂ ਫਰੇਮ ਦੇ ਬਦਲੇ	\$105

All plans offered and underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

 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. **NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see <https://kp.org/plandocuments> or call 1-800-813-2000 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$1,250 Individual / \$2,500 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-813-2000 (TTY: 711) for a list of Participating Providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	Not covered	None
	Specialist visit	\$15 / visit	Not covered	None
	Preventive care/ screening/ immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	Xray: No charge. Lab tests: No charge	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRI's)	\$50 / visit	Not covered	Some services may require prior authorization.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	\$5 (retail) & \$10 (mail order) / prescription .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Preferred brand drugs	\$25 (retail) & \$50 (mail order) / prescription .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail) & \$100 (mail order) / prescription .	Not covered	Up to a 30-day supply (retail) & up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.
	Specialty drugs	\$50 (retail) / prescription	Not covered	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through exception process.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	Physician/surgeon fees are included in the Facility fee.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$200 / visit	\$200 / visit	Copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	\$75 / trip	\$75 / trip	None
	Urgent care	\$30 / visit	Not covered	Non-participating providers covered when temporarily outside the service area. \$30 / visit
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / admission	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fee	No charge	Not covered	Physician/surgeon fees are included in the Facility fee.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	Not covered	None
	Inpatient services	\$100 / admission	Not covered	Prior authorization required.
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	Professional services are included in the facility fee.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / admission	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Participating Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Participating Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	Not covered	130 visit limit / year. Prior authorization required.
	Rehabilitation services	Outpatient: \$15 / visit Inpatient: \$100 / admission.	Not covered	Outpatient: 20 visit limit / year. Prior authorization required. Inpatient: Prior authorization required.
	Habilitation services	\$15 / visit	Not covered	20 visit limit / year. Prior authorization required.
	Skilled nursing care	No charge	Not covered	100 day limit / year. Prior authorization required.
	Durable medical equipment	No charge	Not covered	Subject to formulary guidelines. Prior authorization required.
	Hospice service	No charge	Not covered	Prior authorization required.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam	Not covered	None
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Children's glasses • Cosmetic surgery • Dental care (Adult & Child) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S. 	<ul style="list-style-type: none"> • Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture (20 visit limit/year) • Bariatric surgery 	<ul style="list-style-type: none"> • Chiropractic care (20 visit limit/year) • Hearing aids (1 aid / ear / 36 months) 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine eye care (Adult)

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 shown in the chart below. 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, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-800-813-2000 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
Oregon Department of Insurance	1-888-877-4894 or https://dfr.oregon.gov/
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[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? Yes.

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](#).

Language Access Services:

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 (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, 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 allis 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)

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$15
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- Other (blood work) [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:
[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
In this example, Peg would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$160

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$15
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- Other (blood work) [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:
[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
In this example, Joe would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$300

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$15
- Hospital (facility) [copayment](#) \$100
- Other (x-ray) [copayment](#) \$0

This EXAMPLE event includes services like:
[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$400
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$400

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

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

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members:

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <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) 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 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 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**).

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](#).



ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ HIPAA ਨੋਟਿਸ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਗਰੁੱਪ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਕਵਰੇਜ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ (ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਸਮੇਤ) ਲਈ ਨਾਮਾਂਕਣ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਉਸ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਗੁਆ ਬੈਠਦੇ ਹੋ (ਜਾਂ ਜੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ) ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦਾ ਇਸ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਮਗਰੋਂ (ਜਾਂ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਦੁਆਰਾ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ) 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਾਮਾਂਕਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਜੇ ਵਿਆਹ, ਜਨਮ, ਗੋਦ ਲੈਣ, ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਲਈ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਆਹ, ਜਨਮ, ਗੋਦ ਲੈਣ, ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਲਈ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਮਗਰੋਂ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਾਮਾਂਕਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ Medicaid ਤੋਂ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਰਾਹੀਂ, ਰਾਜ ਦੀ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਸਬਸਿਡੀ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ Medicaid ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਗੁਆ ਬੈਠਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰ ਸਕੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਤੋਂ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟ੍ਰਸਟ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

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

ਪਿਛਲੀਆਂ ਤਰੀਕਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨੋਟ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ COBRA ਨਿਰੰਤਰਤਾ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਪਿਛਲੀਆਂ ਤਰੀਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ COBRA ਕੁਆਲੀਫਾਈਂਗ ਇਵੈਂਟ ਜਾਂ ਜਨਮ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਨਵੇਂ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪਿਛਲੀਆਂ ਤਰੀਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜਨਮ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੀਆਂ ਤਰੀਕਾਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਰੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਪਿਛਲੀਆਂ ਤਰੀਕਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ, ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲੀ ਪਿਛਲੀ ਤਰੀਕ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਮੁਅੱਤਲੀ ਦੀ ਅਵਧੀ ਦੌਰਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਦਾਅਵੇ ਪੇਸ਼ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਉਹ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਮੁਲਤਵੀ ਰਹਿਣਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰ ਦਿੰਦੇ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਕਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ SEIU 775 ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ (877) 606-6705 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

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

Medicaid ਦੇ ਤਹਿਤ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Children's Health Insurance Program, CHIP)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਤੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੇ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੋਂ ਫੰਡ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਕੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ ਪਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ Health Insurance Marketplace ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਜਾਓ www.healthcare.gov।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਦੇ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਫ਼ਿਲਹਾਲ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਦੇ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ **1-877-KIDS NOW** ਡਾਇਲ ਕਰੋ ਜਾਂ www.insurekidsnow.gov 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕੀ ਇਸ ਕੋਲ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਦੁਆਰਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ Medicaid ਜਾਂ CHIP ਦੇ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਪਣੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਪਲਾਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਨਾਮਾਂਕਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ। ਇਸ ਨੂੰ "ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ" ਮੌਕਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ **ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਠਹਿਰਾਏ ਜਾਣ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇਗੀ**। ਜੇ ਆਪਣੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਲੇਬਰ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਇੱਥੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ www.askebsa.dol.gov ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-444-EBSA (3272)**।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਐਂਪਲੌਇਅਰ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਰਾਜਾਂ ਦੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ 31 ਜਨਵਰੀ 2026 ਤੱਕ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਤਾਜ਼ਾ ਸੂਚੀ ਹੈ। ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ -

MONTANA – Medicaid	OREGON – Medicaid ਅਤੇ CHIP
ਵੈੱਬਸਾਈਟ: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP ਫ਼ੋਨ: 1-800-694-3084 ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ: HSHIPPProgram@mt.gov	ਵੈੱਬਸਾਈਟ: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx ਫ਼ੋਨ: 1-800-699-9075
WASHINGTON – Medicaid	
ਵੈੱਬਸਾਈਟ: https://www.hca.wa.gov/ ਫ਼ੋਨ: 1-800-562-3022	

ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਰਾਜਾਂ ਨੇ 31 ਜਨਵਰੀ 2026 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

ਕਾਗਜ਼ੀ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਬਿਆਨ

1995 ਦੇ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨ (Pub. L. 104-13) (PRA) ਅਨੁਸਾਰ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਲਈ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਜਿਹਾ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਇੱਕ ਵੈੱਬ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਬਜਟ ਦਫ਼ਤਰ (Office of Management and Budget, OMB) ਦਾ ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਡਿਸਪਲੇ ਨਾ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ। ਵਿਭਾਗ ਦਾ ਕਹਿਣਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਸੰਘੀ ਏਜੰਸੀ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦਾ ਸੰਚਾਲਨ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ PRA ਦੇ ਤਹਿਤ OMB ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਇਸ ਉੱਪਰ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵੈੱਬ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਡਿਸਪਲੇ ਨਾ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਜਨਤਾ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਵੈੱਬ ਇੱਕ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਡਿਸਪਲੇ ਨਾ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ। 44 U.S.C. 3507 ਦੇਖੋ। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਕਰਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫ਼ਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਜੁਰਮਾਨਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇਗਾ, ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਹ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਵੈੱਬ ਇੱਕ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਡਿਸਪਲੇ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। 44 U.S.C. 3512 ਦੇਖੋ।

ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਸ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਲਈ ਜਨਤਕ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਬੋਝ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਹਰ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਲਈ ਐਸਤਨ ਲਗਭਗ ਸੱਤ ਮਿੰਟ ਦਾ ਹੈ। ਦਿਲਚਸਪੀ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀਆਂ ਧਿਰਾਂ ਨੂੰ ਬੋਝ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਸ ਇਕੱਤਰੀਕਰਣ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਪਹਿਲੂ ਬਾਰੇ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬੋਝ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਸੁਝਾਅ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਈਮੇਲ ਭੇਜੋ ebsa.opr@dol.gov ਅਤੇ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ 1210-0137 ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਓ।

OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ 1210-0137 (ਮਿਆਦ ਪੂਰਾਣ ਦੀ ਤਾਰੀਕ 3/31/2026)

ਪਲਾਨ ਦੇ ਸਰੋਤ

ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ

MAGNACARE™

ਫੋਨ	1-877-606-6705 ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ
ਈਮੇਲ	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
ਹੈਲਥ ਬੈਨਿਫਿਟਸ ਖਾਤਾ	myseiu.be/magnacare

Kaiser Permanente Northwest



ਨਵੀਆਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
ਨਰਸ ਹੈਲਪਲਾਈਨ	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-language

ਡੈਂਟਲ

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

ਹੋਰ ਲਾਭ

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

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ 1-877-606-6705 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਸਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ। ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇਗਾ।