

Sonja T.  
مزودة الرعاية، رينتون



2026-2027

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

احصل على معلومات تغطية الرعاية  
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា  
ភាសាមවស្ត្រូក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하  
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ  
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском  
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka  
caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття  
медичної страховки своєю мовою.

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

# دليل تغطية الرعاية الصحية



## استكشف خياراتك وخطواتك القادمة.

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

# دليل تفصيلي للتقدم بطلب للحصول على التغطية

## 1) تعرّف على تغطيتك

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

## 2) الاستعداد للتقدم بطلب

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

## 3) إنشاء حساب المزايا الصحية

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

## 4) إرسال طلب التقديم الخاص بك

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

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

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

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

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

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

Merissa Clyde، الرئيس التنفيذي  
SEIU 775 Benefits Group



# خيارات تغطية الرعاية الصحية

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

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

Dani R.  
مزود رعاية، رينتون



## الخيار 3



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

**35 دولارًا/شهريًا**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

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

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

#### الأهلية

يمكنك العمل لمدة 120 ساعة مدفوعة أو أكثر شهريًا.

## الخيار 2



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

**125 دولارًا/شهريًا**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

## الخيار 1



التغطية الفردية التغطية الطبية  
وتغطية طب الأسنان

**25 دولارًا/شهريًا**

الأقساط الشهرية المشتركة

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

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

#### الأهلية

يمكنك العمل لمدة 80 ساعة مدفوعة أو أكثر شهريًا.

# مزايا التغطية

## زيارات مجانية لتلقي الرعاية الأولية

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

## رعاية الحالات العاجلة والطارئة

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

## الوصفة الطبية

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

## الصحة النفسية

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

## تدريب العافية وبرامجها

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

## العلاج بتقويم العمود الفقري والتدليك

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

## البصر

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

## السمع

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

## تكوين الأسرة والرعاية الإنجابية ورعاية

### منتصف العمر

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

## اطّلع على تفاصيل خطتك للحصول على قائمة كاملة بالمزايا.

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

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

Deborah M.

مزود رعاية، فانكوفر

# خيارات خطة طب الأسنان

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



Melissa E.  
مزود رعاية، سياتل

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

# الأسئلة الشائعة حول تغطية الرعاية الصحية

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

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

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

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

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

## كيف أضيف Coverage for Kids (التغطية الصحية للأطفال)؟

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

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

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

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



## تفضل بزيارة [myseiu.be/cfk](http://myseiu.be/cfk) للحصول على مزيد من التفاصيل بشأن:

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

## كيف أكون مؤهلاً للتغطية الفردية؟

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

## كيف يمكنني تقديم طلب؟

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

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

## متى أستطيع التقدم بطلب؟

هناك 3 أوقات يمكنك فيها التقدم بطلب للحصول على التغطية:

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

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

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

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

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

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



Sandra C.  
مزود رعاية، كينويك

## ما الذي سيحدث إذا أردت إنهاء تغطيتي؟

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

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

## ماذا لو أديت ساعات عمل غير كافية؟

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

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

## اعمل لساعات أكثر للحفاظ

### على تغطيتك.

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



Patrick M.  
مزود رعاية، بوبالوب

## متى سيبدأ تطبيق التغطية؟

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

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

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

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

## كيف يمكنني دفع القسط المشترك الشهري؟

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

**مزودو رعاية لدى CDWA:** فسيتم دفع الدفعة الأولى ذاتيًا.

## كيف تؤثر ساعات عملي في تغطيتي؟

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

### شهر العمل

| شهر العمل | شهر التغطية |
|-----------|-------------|
| يناير     | مارس ←      |
| فبراير    | أبريل ←     |
| مارس      | مايو ←      |
| أبريل     | يونيو ←     |
| مايو      | يوليو ←     |
| يونيو     | أغسطس ←     |
| يوليو     | سبتمبر ←    |
| أغسطس     | أكتوبر ←    |
| سبتمبر    | نوفمبر ←    |
| أكتوبر    | ديسمبر ←    |
| نوفمبر    | يناير ←     |
| ديسمبر    | فبراير ←    |

نوهنا انه فيلقت بيعت

نوهنا انه رلكه لوتيتا ليتا لمعات لادلس بجا

# الحصول على الدعم

بشأن تغطية الرعاية الصحية والأهلية وتقديم  
الطلب والمزيد.

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

**1-877-606-6705**

يتوفر دعم اللغات.

## دعم الدردشة المباشرة

سجّل الدخول إلى [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) لدعم الدردشة.

**[SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com)**

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



## استخدام حساب المزايا الصحية الخاص بك

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

[myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba)

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

تعرف على طريقة تقديم الطلب وإكماله.

[myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)

## فهم الشروط العامة للتأمين

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

[myseiu.be/hc-terms](https://myseiu.be/hc-terms)

## Caregiver Kicks: حذاء مجاني لمزودي الرعاية

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

[myseiu.be/kicks](https://myseiu.be/kicks)



2027-2026  
تغطية الرعاية الصحية

# تفاصيل الخطة



أنت مؤهل للحصول على خطة POS للرعاية الطبية من Kaiser Permanente في ولاية واشنطن.

تسري هذه الخطة ابتداءً من 1 أغسطس 2026 حتى 31 يوليو 2027.

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

1-877-606-6705

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

[SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com)

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

ملخص التعديلات الجوهرية (SMM):

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

نبذة عن الخطة الطبية وخطة طب الأسنان:

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

ملخص المزايا والتغطية (SBC):

يشمل شرح خطتك المفصل ما يلي:

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

موارد الخطة:

إليك أرقام الاتصال والمواقع الإلكترونية التي يمكنك استخدامها بمجرد التسجيل.



# ملخص التعديلات والتخفيضات الجوهرية

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

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

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

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

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

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

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

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

نبذة عن خطة POS لخيارات  
التأمين الذاتي  
تاريخ السريان 2025/8/1



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

| المزايا  | داخل الشبكة   | خارج الشبكة   |
|--|---|---|
| المبلغ المقتطع من الخطة  | لا يوجد اقتطاع سنوي   | المبلغ المقتطع للفرد: 500 دولار لكل سنة تقويمية   |
| تأجيل المبلغ المقتطع للفرد   | لا ينطبق  | يتم تطبيق الترحيل في الربع الرابع   |
| نسبة التأمين المشترك للخطة   | لا توجد نسبة للتأمين المشترك للخطة  | تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20% من المبلغ المسموح به.   |
| حد التكاليف العينية  | حد التكاليف العينية الخاصة بالأفراد: 1,200 دولار<br>نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية:<br>جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة  | تتم مشاركة حد التكاليف العينية داخل الشبكة<br>نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية:<br>جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة  |
| الظروف الموجودة مسبقًا (PEC) فترة الانتظار                                   | لا توجد الظروف الموجودة مسبقًا  | كما هو الحال داخل الشبكة  |
| الحد الأقصى على مدى الحياة   | غير محدود   | كما هو حال الحد الأقصى داخل الشبكة  |
| خدمات العيادات الخارجية (زيارات العيادة)                                     | الرعاية الأولية مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة   | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك   |
| الرعاية العاجلة  | مركز الرعاية العاجلة ضمن الشبكة الطبية: الرعاية الأولية مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة   | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك   |
| خدمات المستشفى   | الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدمًا<br>عيادة جراحية خارجية: المشاركة بدفع 50 دولارًا  | الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين: تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام لكل دخول. يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك<br>عيادة جراحية خارجية: يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 50 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك  |
| الأدوية بوصفة طبية*<br>(قد تغطي بعض أدوية الحقن ضمن خدمات العيادات الخارجية) | الأدوية القائمة على القيمة**/الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا<br>الإنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>0 دولار/0 دولار/25 دولارًا<br>أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا | الأدوية القائمة على القيمة**/الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا<br>الإنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>0 دولار/0 دولار/25 دولارًا<br>أجهزة الاستنشاق وحقن EPI Pens: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3)<br>المشاركة بدفع 8 دولارات/25 دولارًا/35 دولارًا |
| طلب الوصفة الطبية بواسطة البريد  | 5 دولارات خصم لكل كمية تكفي 30 يومًا  | غير مشمولة  |
| العلاج بالخز   | تغطية حتى 20 زيارة لكل تشخيص طبي لكل سنة تقويمية دون إذن مسبق؛ الزيارات الإضافية عند الموافقة عليها من خلال الخطة المجانية  | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك   |

\*إذا كنت تعمل في منظمة دينية، فإن خطتك الصحية تستبعد تغطية وسائل منع الحمل، كما هو مسموح به بموجب الإعفاء الديني لقانون الرعاية الصحية بأسعار معقولة. وعلى الرغم من ذلك، سوف تتلقى هذه التغطية دون مقابل مادي (ودون اتخاذ أي إجراء إضافي) من Kaiser Permanente، إذا كنت مسجلًا في الخطة الصحية. \*\*العقاقير القائمة على القيمة هي أدوية جنيسة لعلاج مختلف الحالات الصحية.

| المزايا   | داخل الشبكة   | خارج الشبكة  |
|---|---|--|
| خدمات الإسعاف   | تدفع الخطة 80%، وتدفع أنت 20%   | كما هو الحال داخل الشبكة   |
| الاعتماد الكيميائي  | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك   | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك  |
| الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات<br>• الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات<br>• المعدات الطبية المتينة<br>• أجهزة تقويم العظام<br>• حمالات ما بعد استئصال الثدي<br>تقتصر على شهرين (2) كل ستة أشهر<br>• مستلزمات الفغر<br>• الأجهزة التعويضية | مغطاة بنسبة 100%. مطلوب الإذن المسبق أو لن تتم تغطيته.  | مغطاة بنسبة 50%، ويتم تطبيق الاقتطاع   |
| مستلزمات مرضى السكري  | الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود. | الأنسولين والإبر والمحاقن والمشارط - انظر وصفات الأدوية الطبية. مضخات الأنسولين الخارجية وأجهزة مراقبة الجلوكوز في الدم وكواشف الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة والمعدات والمستلزمات. عندما تكون الأجهزة والمعدات والمستلزمات أو أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولها حدود مزايا، فإن مستلزمات مرضى السكري لا تخضع لهذه الحدود.                  |
| خدمات المختبر التشخيصية والأشعة السينية   | <b>المرضى الداخليون:</b> مغطى ضمن خدمات المستشفى<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مغطى بالكامل<br>يجب أن تكون خدمات التصوير الشعاعي المتطورة مثل التصوير المقطعي المحوسب، والرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لها ضرورة طبية وتتطلب إذنًا مسبقًا إلا عندما تكون مرتبطة بالرعاية الطارئة أو خدمات المرضى الداخليين.       | <b>المرضى الداخليون:</b> مغطى ضمن خدمات المستشفى<br><b>المرضى الخارجيون:</b> يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك<br>يجب أن تكون خدمات التصوير الشعاعي المتطورة مثل التصوير المقطعي المحوسب، والرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لها ضرورة طبية وتتطلب إذنًا مسبقًا إلا عندما تكون مرتبطة بالرعاية الطارئة أو خدمات المرضى الداخليين. |
| خدمات الطوارئ<br>(يتم التنازل عن مشاركة الدفع إذا تم تقديمها)   | دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار   | دفعة مشتركة بقيمة 200 دولار  |
| فحوصات السمع (روتينية)  | مجاني   | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك  |
| أجهزة السمع   | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد حد لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكلفة المعينة السمعية. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>  | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: EPIC Hearing. لا يوجد حد لكل أذن كل 3 سنوات لتغطية تكلفة المعينة السمعية. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>   |
| خدمات الصحة المنزلية  | مغطى بالكامل، لا يوجد حد للزيارات.  | لا يوجد حد للزيارات<br>يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك   |
| خدمات الاعتناء المنزلي  | مغطى بالكامل  | يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك  |
| خدمات العقم   | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: Progyny (الخصوبة وبناء الأسرة) تساعد 1+2 Smart Cycles الأعضاء طوال رحلة الخصوبة وبناء الأسرة. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a>  | غير مشمولة   |
| العلاج اليدوي   | تغطية ما يصل إلى 20 زيارة في كل سنة تقويمية دون الحصول على إذن مسبق مجاني   | تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية<br>ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك  |
| خدمات التدليك   | انظر خدمات إعادة التأهيل  | انظر خدمات إعادة التأهيل   |
| خدمات الأمومة   | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجانًا. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.  | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك. لا تخضع الرعاية الروتينية لمشاركة الدفع لخدمات العيادات الخارجية.   |

| المزايا   | داخل الشبكة  | خارج الشبكة   |
|---|--|---|
| الصحة النفسية   | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني   | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك   |
| المداداة الطبيعية   | مجاناً. زيارات غير محدودة في السنة التقويمية من دون إذن مسبق. مغطى بالكامل.  | ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك   |
| خدمات حديثي الولادة   | <b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية.<br>أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.  | <b>الإقامة الأولية في المستشفى:</b> انظر خدمات المستشفى، وزيارات العيادة: انظر خدمات العيادات الخارجية، الرعاية الصحية الروتينية: انظر الرعاية الروتينية: انظر الرعاية الوقائية.<br>أي حصة تكلفة مطبقة لخدمات حديثي الولادة منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.   |
| الخدمات المرتبطة بالسمنة  | مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية   | مغطاة بحصة التكلفة عند استيفاء المعايير الطبية  |
| زراعة الأعضاء   | غير محدود، لا توجد فترة انتظار<br><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني   | تمت مشاركتها داخل الشبكة<br><b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك  |
| الرعاية الوقائية<br>فحوصات الرعاية الصحية،<br>والتطعيمات، وفحوصات مسحة<br>عق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة<br>السينية | مغطى بالكامل<br>خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) لحصة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للمزايا. تصوير الثدي بالأشعة السينية الروتينية: يتم تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك  | يتم تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك<br>تخضع خدمات الرعاية الوقائية للمرأة (بما في ذلك الأدوية والأجهزة المانعة للحمل والتعقيم) لحصة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للمزايا. تصوير الثدي بالأشعة السينية الروتينية: يتم تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك   |
| خدمات إعادة التأهيل<br>زيارات إعادة التأهيل هي مجموع<br>زيارات العلاج المجمع في السنة<br>التقويمية                  | <b>المرضى الداخليون:</b> 60 يومًا في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود.<br>تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> 60 زيارة في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود.<br>الرعاية الأولية/مجانية/المشاركة بدفع 15 دولارًا لقاء الرعاية الخاصة | <b>المرضى الداخليون:</b> مشاركة حدود الزيارة اليومية مع الشبكة الداخلية تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> تمت مشاركة حدود الزيارة مع الشبكة الداخلية ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك  |
| مرافق التمريض المؤهلة   | مغطاة بالكامل حتى 60 يومًا في السنة التقويمية  | تتم مشاركة حدود الزيارة اليومية مع مزايا داخل الشبكة تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك الصحي  |
| التعقيم<br>(قطع القناة الدافقة، ربط البوق)  | مغطى بالكامل.  | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك<br>تُغطى إجراءات تعقيم النساء وفقًا لمشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزة. |
| المفضل الفكي الصّدي<br>خدمات (المفضل الفكي الصّدي)  | <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً<br><b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني   | <b>المرضى الداخليون:</b> المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً ويتم تطبيق الافتتاع والتأمين المشترك<br><b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك   |
| استشارات الإقلاع عن التبغ   | برنامج Quit for Life - مغطى بالكامل  | يتم تطبيق حصة التكلفة المطبقة   |
| الرعاية البصرية الروتينية<br>والأجهزة البصرية   | تُغطى من خلال ميزة منفصلة: VSP Vision Care. تعرّف على المزيد على <a href="http://myseiu.be/vsp">myseiu.be/vsp</a>  |   |

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



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

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

| <b>الخصائص المميزة</b> |   |   |                                   |
|------------------------|---|---|-----------------------------------|
|                        |   | ○ | أقل التكاليف الفعلية التي تتحملها |
|                        | ○ | ○ | نماذج ملفات المطالبات الخاصة بك   |
|                        | ○ | ○ | إدارة الجودة وحماية التكاليف      |

**فترة تقديم الميزة:**  
1 يناير، 31 ديسمبر

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

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

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

## Delta Dental Network

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



## احصل على فرشاة أسنان Sonicare مجانًا

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

استعراض قائمة مقدمي PDA:  
[myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda)

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

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

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

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

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

vsp vision



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

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

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



سوفيس اعديكس بتقده لم يخص لهزاي الهيكلي "Summary of Benefits and Coverage, (SBC)" على الخي اار خ ط ق ت م ي نص ح ووي ووض ح س بتقده (SBC) لك في ف تقاس مانت ول خ ط ق ت م ي ف خ دمات لر يخي ق لاص ح ية لم غ ط اة. مال ح ط ق ي ت م ي ح ي م م ع ل و م ا ت ح و ل ت ا ت ه اة ه ذه ل خ طة ب ه س م ي ق ل س ط ي ش ك ل ف ن ص ل. وه نك ل ا ي س س و ي لم ي خ ص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك او للحصول على نسخة من الشروط الكاملة للتغطية، يرجى زيارة [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711). للتعريفات العامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به أو فواتير المبلغ المتبقي أو التأمين المشترك أو السداد المشترك أو المبالغ المخصصة أو مزود الخدمة أو غيرها من المصطلحات التي تحتها خط، انظر القاموس. يمكنك مشاهدة القاموس على [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) لطلب نسخة.

| سؤال مهم  | الإجابة  | لماني عد هذا الأمر مهمًا:   |
|---|--|---|
| ما هو إجمالي المبلغ المغطى بتغطية؟                    | داخل الشبكة: 0 دولارًا أمريكيًا<br>مقدم الخدمة خارج الشبكة: 500 دولار أمريكي للفرد / 1,000 دولار أمريكي للعائلة                                      | بصفة عامة، يجب عليك دفع جميع التكاليف من مقدمي الخدمة حتى المبلغ القابل للخصم قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من الأسرة مشمولين بالخطة، فيجب على كل فرد منهم استيفاء خصم الأفراد خاص به لتلبية المبلغ الإجمالي للنفقات القابلة للخصم التي يدفعها جميع أفراد الأسرة المبلغ الإجمالي للخصم الخاص بالأسرة.  |
| هل هناك خدمات مغطى بها لوصول إلى مبلغك المغطى؟        | نعم. لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).                    | تغطي هذه الخطة بعض البنود والخدمات حتى لو لم تصل إلى المبلغ المقتطع بعد. ولكن قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك. على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة الخدمات الوقائية دون اقتسام التكلفة قبل أن تصل إلى مبلغك المقتطع. انظر قائمة الخدمات الوقائية على <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .       |
| هل هناك مبلغ غطى بتغطية أخرى للخصم ولعلى خدمات محددة؟ | لا.  | لا يتوجب عليك دفع المبالغ المخصصة للحصول على خدمات محددة؟   |
| ما هو الحد الأقصى من صيد أموك لخصم هذه الخطة؟         | مقدم الخدمة داخل الشبكة: 1,200 دولار أمريكي للفرد / 2,400 دولار أمريكي للعائلة يتم مشاركتها داخل وخارج الشبكة  | إن <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> هو أقصى ما يمكنك دفعه في عام واحد للحصول على الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد أسرة آخريين في هذه الخطة، يجب عليهم حينئذٍ الوفاء <u>بحدود الدفع من أموالك الخاصة</u> بهم إلى أن يتم الوفاء <u>بحد الدفع من الأموال الخاصة</u> الإجمالي للأسرة.  |
| لم يكن ودغي رال مدرج في حد دفع من أموك لخصم؟          | لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).                         | على الرغم من أنك تسدد هذه المصروفات، فلا يمكن احتسابها كجزء من <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> .   |
| هل ستدفع قبل إنك تتسخدم لخدمات داخل شريك؟             | نعم. انظر <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> أو اتصل على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) للحصول على قائمة مزودي الخدمات داخل الشبكة. | تستخدم هذه الخطة شبكة مزودي خدمات. سوف تدفع أقل إذا كنت تستخدم مزودًا داخل شبكة الخطة. ستدفع أكثر إذا كنت تستخدم مزودًا من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من أحد مزودي الخدمات عن الفارق بين رسوم <u>المزود</u> وما تدفعه <u>خطتك</u> (فاتورة المبلغ المتبقي). كن على علم، قد يستخدم مزودك داخل الشبكة مزودًا من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل تحاليل المختبر). راجع مزودك قبل الحصول على الخدمات. |
| هل ستحتاج إلى إحالة في إجراء أخصوي؟                   | نعم، ولكن قد تحيل نفسك إلى <u>أخصائيين</u> محددين.   | سوف تدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف لزيارة <u>أخصائي</u> للخدمات المغطاة وذلك فقط في حالة إن كان لديك <u>إحالة</u> قبل أن تزور <u>الأخصائي</u> .  |

جميع تكاليف الدفع المشترك و التأمين المشترك موضحة في هذا الجدول بعد أن يتم سداد مبالغك المخصصة، إذا كانت المبالغ المخصصة تنطبق.



| الخدمات الطبية للشئ عة  | خدماتك صحت اجهه   | م اذا استفع   |   | قدي والسوات ثن امت وغي رها منال مع لومات ل مدهمة  |
|---|---|---|---|---|
|   |   | قدم لخدمة داخل ثل بكة (سوفتفع قىل)  | قدم لخدمة خارج ثل بكة (سوفتفع قىم قك برك)   |   |
| إذا قدم تبوي ارقك تب أو عي ادة مزود رغي قس حية  | زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض  | لا يوجد رسوم  | 15 دولار أمريكي لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                         | لا يوجد   |
|   | زيارة الأخصائي  | 15 دولار أمريكي في الزيارة  | 15 دولار أمريكي لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                         | لا يوجد   |
|   | الرعاية الوقائية /الفحص/ التطعيم  | لا يوجد رسوم  | تأمين مشترك بنسبة 20% ، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.                                | قد يتوجب عليك الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. اسأل مزود خدمتك ما إن كانت الخدمات وقائية أم لا. ثم راجع ما الذي ستدفع خطتك مقابله.                         |
| إذا كنت خضت لفحص  | اختبار تشخيصي (أشعة سينية- اختبار دم)   | لا يوجد رسوم  | تأمين مشترك بنسبة 20%   | لا يوجد   |
|   | التصوير الإشعاعي (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي) | لا يوجد رسوم  | تأمين مشترك بنسبة 20%   | مطلوب إذن مسبق  |
| إذا كنت بحاجة لى عي ر لمعالجة مرضك أو حلتك تتوفر مزيد من المعلومات حول تغطية عقاقير الوصفات الطبية على <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | العقاقير المستندة إلى القيمة  | 4 دولارات أمريكية (البيع بالتجزئة)  | 13 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة) / لكل وصفة طبية ، ولا تنطبق المبالغ المخصصة. | حتى كمية تكفي 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ وحتى كمية تكفي 90 يومًا (عبر الطلب البريدي) لا توجد رسوم على وسائل منع الحمل. بحسب تعليمات إرشادات الوصفات الطبية. |
|   | العقاقير العامة المفضلة   | 8 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة)؛ 3 دولارًا أمريكيًا (عبر الطلب البريدي) / لكل وصفة طبية   | 30 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة) / لكل وصفة طبية ، ولا تنطبق المبالغ المخصصة. | حتى كمية تكفي 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ وحتى كمية تكفي 90 يومًا (عبر الطلب البريدي) بحسب تعليمات قائمة الأدوية.  |
|   | العقاقير الجنيسة المفضلة  | 25 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة)؛ 20 دولارًا أمريكيًا (عبر الطلب البريدي) / لكل وصفة طبية | 55 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة) / لكل وصفة طبية ، ولا تنطبق المبالغ المخصصة. | حتى كمية تكفي 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ وحتى كمية تكفي 90 يومًا (عبر الطلب البريدي). بحسب تعليمات قائمة الأدوية.   |
|   | العقاقير غير المفضلة  | 50 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة)؛ 45 دولارًا أمريكيًا (عبر الطلب البريدي) / لكل وصفة طبية | تتطبق حصص التكلفة العامة المفضلة أو العلامة التجارية المفضلة أو غير المفضلة.      | إمداد حتى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). بحسب تعليمات قائمة الأدوية، عند اعتمادها من خلال عملية الاستثناءات.  |
| إن كان لديك جراحة مخرجة   | رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المتنقل)   | 50 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة، بدون رسوم  | 50 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                     | لا يوجد   |
|   | رسوم الطبيب/الجراح  | لا يوجد رسوم  | تأمين مشترك بنسبة 20%   | لا يوجد   |
| إذا كنت بحاجة لى عي رة  | رعاية غرفة الطوارئ  | 200 دولار أمريكي في الزيارة   | 200 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة ،  | يتعين عليك إخطار Kaiser Permanente خلال 24  |

| أحداث طبي قد تلحق بها   | ماداسنتفع  |   | خدمات تفتتحت اجها                            |
|---|--|---|--|
|   | قدم لخدمة خارج لشبكة (سنتفع في مكتب)   | قدم لخدمة داخل لشبكة (سوفنتفع في)   |  |
| طبي قوري  | ساعة عند دخولك إلى مرفق تابع لمقدم خدمة خارج الشبكة، ويقتصر ذلك على الطوارئ الأولية فقط. يتم التنازل عن الدفع المشترك إذا تم دخولك إلى المستشفى كمريض داخلي.                                     | ولا تنطبق المبالغ المخصصة.  |  |
|   | لا يوجد  | تأمين مشترك بنسبة 20% المبالغ المخصصة غير مطبقة.                                      | الانتقالات الطبية الطارئة                    |
|   | لا يوجد  | 15 دولار أمريكي لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                             | الرعاية الطارئة                              |
| إن كان لديك إقامة طبيشتفى   | مطلوب إذن مسبق   | 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك       | رسوم المرافق (على سبيل المثال غرفة المستشفى) |
|   | مطلوب إذن مسبق   | تأمين مشترك بنسبة 20%   | رسوم الطبيب/الجراح                           |
| إذ كنت بحاجة إلى خدمات لصحة عقلية أو لهنالكية أو خدمات بلعقلت خدام لعلقوي | لا يوجد  | 15 دولار أمريكي لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                             | خدمات العيادات الخارجية                      |
|   | مطلوب إذن مسبق   | 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك       | خدمات العيادات الداخلية                      |
|   | بناءً على نوع الخدمة، قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو المبالغ المخصصة قد تشمل رعاية الأمومة التحليل والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية) | 15 دولار أمريكي لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%                             | زيارات المكتب                                |
| إذ كنت حامل   | يجب أن تخبري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكنًا من الناحية الطبية. حصص تكاليف خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.                                 | تأمين مشترك بنسبة 20%   | خدمات الولادة المهنية                        |
|   | يجب أن تخبري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكنًا من الناحية الطبية. حصص تكاليف خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.                                 | 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك       | خدمات مرافق الولادة                          |
|   | مطلوب إذن مسبق   | تأمين مشترك بنسبة 20%   | الرعاية الصحية المنزلية                      |
| إذ كنت بحاجة إلى مساعده للشفاء أولئك الاحتياجات صحية أخرى                 | مدمجة مع خدمات التأهيل: المرضى الخارجيون: 60 زيارة في السنة المرضى الداخليون: 60 يوماً في السنة/ ومطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته. تطبق  | مرضى العيادات الخارجية: 15 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20% | خدمات إعادة التأهيل                          |
|   |  | مرضى الخارجيون: لا يوجد رسوم مرضى العيادات الداخلية: 100                              |  |

| ألحد ا طبي قل شئ عة                             | خدم اتق نحت ا ج ه ا                        | م ا د اس ن ف ع   |   |
|---|--|--|---|
|   |  | ق دم ل خدم ة دا خ ل ش ل ب ك ة<br>(س و ف ن ف ع ق ل)   | ق دم ل خدم ة دا خ ل ش ل ب ك ة<br>(س و ف ن ف ع ق ل م ك ب ر)  |
|   |  | دولارًا أمريكيًا في اليوم حتى 500 دولارًا أمريكيًا للدخول  | مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%   |
|   | <a href="#">خدمات التأهيل</a>              | المرضى الخارجيون: لا يوجد رسوم المرضى الداخليون: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول | مرضى العيادات الخارجية: 15 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20% مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20% |
|   | <a href="#">الرعاية التمريضية التخصصية</a> | لا يوجد رسوم   | تأمين مشترك بنسبة 20%   |
|   | <a href="#">المعدات الطبية المعمرة</a>     | لا يوجد رسوم   | تأمين مشترك بنسبة 50%   |
|   | <a href="#">خدمات دار العجزة</a>           | لا يوجد رسوم   | تأمين مشترك بنسبة 20%   |
| إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية قبل سن أن أول عي ن | فحص عيني الأطفال                           | غير مشمولة   | غير مشمولة  |
|   | نظارات الأطفال                             | غير مشمولة   | غير مشمولة  |
|   | فحص أسنان الأطفال                          | غير مشمولة   | غير مشمولة  |

### ل خدم اتق ن ش ل ث ن اق و غ ي ر ه ا م ن ل خدم ات ل م غ ط اة:

ل خدم اتق ن ش ل ث ن اق و غ ي ر ه ا م ن ل خدم ات ل م غ ط اة: [خطك ل م ن ي د م ن ل م ع ل و م ات و ل ق ل م ة ا ي خدم ات ا خ ر و ن ش ل ث ن اة](#).

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| • نظارات الأطفال                    | • علاج العقم  | • العناية الروتينية بالعينين (لل كبار) |
| • جراحة التجميل                     | • الرعاية طويلة الأجل                                 | • العناية الروتينية بالقدم             |
| • العناية بالأسنان (الكبار والصغار) | • الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة | • برامج فقدان الوزن                    |
| • سماعات الأذن                      | • التمريض ذو المهام الخاصة                            |  |

ل خدم ات ا ل ا خ ر ي ل م غ ط اة ق ن ش ل ث ن اق و غ ي ر ه ا م ن ل خدم ات. ه ل ه ل م ن س ق ل م ة ا ل م ة ا ي ر ج ي م ر ا ج ع ة م س ن د [م ل ت ك](#).

|                                     |                      |   |
|-------------------------------------|----------------------|---|
| • العلاج بالإبر (20 زيارة في السنة) | • جراحات علاج السمنة | • تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة) |
|-------------------------------------|----------------------|---|





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<br>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 /<br>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.                | <b>Progyny's</b> 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](http://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](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) and <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية  
مراكز خدمة برنامجي Medicare و Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-2323، الخيار 4 من القائمة، رقم التحويلة 61565

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

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

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

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

# موارد الخطة

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

|  KAISER PERMANENTE <sup>®</sup> |                | Kaiser Permanente في واشنطن |
|--|----------------|-----------------------------|
| myseiu.be/kp-new-member  | 1-888-844-4607 | خدمة الأعضاء الجدد          |
| myseiu.be/kp-member  | 1-888-901-4636 | خدمات الأعضاء               |
| myseiu.be/kaiser-bh  | 1-888-287-2680 | خدمات الصحة العقلية         |
| myseiu.be/kp-nurse   | 1-800-297-6877 | خط مساعدة التمريض           |
| myseiu.be/kp-language  | 1-888-901-4636 | المساعدة اللغوية للأعضاء    |

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

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

## احصل على الدعم بلغتك

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