

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> أدخل الرمز البريدي الخاص بك في البحث.	<a href="http://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> حدد "Delta Dental PPO" لتصفية نتائج البحث الخاصة بك.	البحث عن طبيب أسنان قريب منك
1-855-433-6825 <a href="http://myseiu.be/willamette">myseiu.be/willamette</a>	1-800-554-1907 <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 فيلغف 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 فهما 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 المقطعة والدفعات المشتركة والتأمين المشترك).
- ما تشمله الخطة وما لا تشمله (القيود أو الاستثناءات على التغطية).

موارد الخطة:

إليك أرقام الاتصال والمواقع الإلكترونية التي يمكنك استخدامها بمجرد التسجيل.



# ملخص التعديلات والتخفيضات الجوهرية

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

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

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

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

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

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

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

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

نبذة عن خطة 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 نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية: جميع حصص التكاليف للخدمات المغطاة	تتم مشاركة حد التكاليف العينية داخل الشبكة نفقات التكاليف العينية فيما يتعلق بالخدمات التالية المشمولة في حد التكاليف العينية: 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 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 عيادة جراحية خارجية: يتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 50 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
الأدوية بوصفة طبية* (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) المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا الإنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3) 0 دولار/0 دولار/25 دولارًا 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) 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) المشاركة بدفع 4 دولارات/8 دولارات/25 دولارًا/50 دولارًا لكل كمية تكفي 30 يومًا الإنسولين: الأدوية الجنيسة المفضلة (المستوى 1)/الأدوية من العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)/الأدوية من العلامات التجارية غير المفضلة (المستوى 3) 0 دولار/0 دولار/25 دولارًا 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) 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 <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 <b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والاقتطاع والتأمين المشترك
الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات • الأجهزة، والمعدات، والمستلزمات • المعدات الطبية المتينة • أجهزة تقويم العظام • حمالات ما بعد استئصال الثدي تقتصر على شهرين (2) كل ستة أشهر • مستلزمات الفغر • 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 في الدم وكواشف الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة 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 الاختبار والمستلزمات - انظر الأجهزة 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 <b>المرضى الخارجيون:</b> مغطى بالكامل 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 <b>المرضى الخارجيون:</b> يتم تطبيق الاقتطاع والتأمين المشترك 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 (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 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 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 <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 <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 <b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني	<b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً <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. 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. 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 <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً <b>المرضى الخارجيون:</b> مجاني	تمت مشاركتها داخل الشبكة <b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً <b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك
الرعاية الوقائية فحوصات الرعاية الصحية، والتطعيمات، وفحوصات مسحة عق الرحم، وتصوير الثدي بالأشعة السينية	مغطى بالكامل 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 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 زيارات إعادة التأهيل هي مجموع زيارات العلاج المجمع في السنة التقويمية	<b>المرضى الداخليون:</b> 60 يومًا في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً <b>المرضى الخارجيون:</b> 60 زيارة في السنة التقويمية. تُغطى خدمات تشخيص الصحة العقلية بلا حدود. 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 <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 (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 <b>المرضى الخارجيون:</b> ويتم تطبيق المشاركة في دفع مبلغ 15 دولارًا والافتتاع والتأمين المشترك تُغطى إجراءات تعقيم النساء وفقًا لمشاركة تكلفة الرعاية الوقائية المطبقة والحد الأقصى للميزة.
المفضل الفكيّ الصّدي خدمات (المفضل الفكيّ الصّدي)	<b>المرضى الداخليون:</b> تتم المشاركة بدفع 100 دولار، لليوم الواحد لمدة تصل إلى 5 أيام تدفع مقدماً <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 <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 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 التنظيف الفلوريد الأشعة السينية ختامات الأسنان
<b>الفئة الثانية - الترميم</b>			
%60	%60	%100	الترميمات الحشوات الخلفية المركبة علاج جذور الأسنان (قناة الجذر) اللثة جراحة الفم
<b>الفئة الثالثة- الجراحة الكبرى</b>			
%40	%40	%80	أطقم الأسنان أطقم الأسنان الجزئية عمليات الزرع جسور الأسنان 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 المكتتبه من قبل Willamette Dental of Washington, Inc. تغطية رائعة. تقدم لك القائمة أدناه معلومات حول بعض الإجراءات الأكثر شيوعًا التي تغطيها خطتك. اتصل بالرقم **1-855-433-6825** أو تفضل بزيارة [myseiu.be/oe-willamette](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 الفكّي الصّدغي الحد الأقصى سنويًا 1000 دولار/5000 دولار كحد أقصى على مدى الحياة\*\* الدفع المشترك المضاف إلى المشاركة في الدفع لعلاج تقويم الأسنان الشامل إذا وافق المريض على خطة العلاج. **طوارئ الأسنان:** سيوفر المقدمون المشاركون العلاج لحالات طوارئ الأسنان خلال ساعات العمل. ستوفر الشركة المزايا للخدمات المغطاة التي يقدمها المقدمون المشاركون في علاج طوارئ الأسنان. يمكن أن يبحث المسجل عن علاج لطوارئ الأسنان من مقدم غير مشارك إذا كان المسجل يبعد أكثر من 50 ميلًا عن أي مكتب للمقدمين المشاركين.

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

vsp vision



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


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

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



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, [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) or call 1-888-901-4636 (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](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	In-network: \$0 <a href="#">Out-of-network provider</a> : \$500 Individual / \$1,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Yes. <a href="#">Preventive care</a> and services indicated in chart starting on page 2.	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost-sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	<b>You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.</b>
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	In-Network <a href="#">provider</a> : \$1,200 Individual / \$2,400 Family Shared in and out-of-network	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , <a href="#">balance-billing</a> charges, health care this <a href="#">plan</a> <b>doesn't cover</b> , and services indicated in chart starting on page 2.	<b>Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a>.</b>
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) for a list of <a href="#">network providers</a> .	This <a href="#">plan</a> uses a <a href="#">provider network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the <a href="#">plan's network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the <a href="#">provider's</a> charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.
Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?	Yes, but you may self-refer to certain <a href="#">specialists</a> .	This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> .

 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		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	<a href="#">Out-of-Network Provider</a> (You will pay the most)	
If you visit a health care <a href="#">provider's</a> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	\$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	None
	<a href="#">Specialist</a> visit	\$15 / visit	\$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	None
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.	<b>You may have to pay for services that aren't <a href="#">preventive</a>.</b> Ask your <a href="#">provider</a> if the services needed are <a href="#">preventive</a> . Then check what your <a href="#">plan</a> will pay for.
If you have a test	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Value based drugs	\$4 (retail)	\$13 (retail) / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Preferred generic drugs	\$8 (retail); \$3 (mail order) / <a href="#">prescription</a>		
	Preferred brand drugs	\$25 (retail); \$20 (mail order) / <a href="#">prescription</a>	\$30 (retail) / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail); \$45 (mail order) / <a href="#">prescription</a>	\$55 (retail) / <a href="#">prescription</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines . Contraceptive drugs and devices are not covered.
	<a href="#">Specialty drugs</a>	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred <a href="#">cost shares</a> apply.	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred <a href="#">cost shares</a> apply.	Up to a 30-day supply (retail). Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	\$50 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	None
	Physician/surgeon fees	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	None
If you need	<a href="#">Emergency room care</a>	\$200 / visit	\$200 / visit, <a href="#">deductible</a>	You must notify Kaiser Permanente within 24

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	<a href="#">Out-of-Network Provider</a> (You will pay the most)	
immediate medical attention			does not apply.	hours if admitted to a <a href="#">out-of-network provider</a> ; limited to initial emergency only. <a href="#">Copayment</a> waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	20% <a href="#">coinsurance</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , <a href="#">deductible</a> does not apply.	None
	<a href="#">Urgent care</a>	No charge	\$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
	Physician/surgeon fees	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	\$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	None
	Inpatient services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
If you are pregnant	Office visits	No charge	\$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	Depending on the type of services, a <a href="#">copayment</a> , <a href="#">coinsurance</a> , or <a href="#">deductible</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services <a href="#">cost shares</a> are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services <a href="#">cost shares</a> are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health needs	<a href="#">Home health care</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	Outpatient: \$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a> Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then	Combined with <a href="#">Habilitation services</a> : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, <a href="#">preauthorization</a> required or will not be covered. Limits are combined with

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	<a href="#">Out-of-Network Provider</a> (You will pay the most)	
			20% <a href="#">coinsurance</a>	in and <a href="#">out-of-network provider networks</a> .
	<a href="#">Habilitation services</a>	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	Outpatient: \$15 / visit, then 20% <a href="#">coinsurance</a> Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% <a href="#">coinsurance</a>	Combined with <a href="#">Rehabilitation services</a> : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, <a href="#">preauthorization</a> required or will not be covered. Limits are combined with in and <a href="#">out-of-network provider networks</a> .
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	60-day limit / year. Limits are combined with in and <a href="#">out-of-network provider networks</a> . <a href="#">Preauthorization</a> required
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	No charge	50% <a href="#">coinsurance</a>	Subject to <a href="#">formulary</a> guidelines. <a href="#">Preauthorization</a> required
	<a href="#">Hospice services</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	<a href="#">Preauthorization</a> required
If your child needs dental or eye care	<b>Children's eye exam</b>	Not covered	Not covered	None
	<b>Children's glasses</b>	Not covered	Not covered	None
	<b>Children's dental check-up</b>	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

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

<b>Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list.</b> Please see your <a href="#">plan</a> document.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture (20 visit limit / year)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bariatric surgery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiropractic care (20 visit limit / year)</li> </ul>

**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](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, contact the agencies in the chart below.

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

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
Department of <b>Labor's</b> Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a> .
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

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 No

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 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griegie in Deitsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

**Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni** 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

**Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang** 1-888-901-4636 (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>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$100
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0

***What isn't covered***

Limits or exclusions	\$20
The total Peg would pay is	\$120

**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>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$600
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0

***What isn't covered***

Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$600

**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>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copayments</a>	\$200
<a href="#">Coinsurance</a>	\$200

***What isn't covered***

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.

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.	<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](#).

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

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

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

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

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

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

### ملاحظة مهمة بشأن النشر لوجعي

تجدد الإشراف على أنه إذا اختارتك تغطية طبيّة من شركة تأمين طبيّة (سويّة في نوان في إلشامل لموحد) COBRA (مجددًا لوقف تأويل خص قوقون وتسويّة لهنزيّة لشامل لموحد) COBRA (لخاص بك أو لتسجيل لخاص فرد مُعال جويديناء على لهالد أو لتبني لهي تراخ الدميد أو تراول تخالبن في في جب فع أي فساط مطوبه لوجعي عألشهر قبلات احقك تظوية بلشر رجعي ي جب أن ستمر لك تظوية بلشر رجعي من لمرّة الأولى للهي بلشر رجعي ي جوزك قديم مطلبات للحصول على لخدمات خال لفتدرك تظوي، فكن سي تم تلجعي ها حت سداد أقساط طبيّة تظوية.

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

## لمساعدتكم في فهم خيارات التأمين الصحي في ولاية أوريغون وبولاية مونتانا (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 يراها صاحب العمل.

في حال تأهلت أنت أو من تعول للحصول على مساعدة بخصوص الأقساط التأمينية بموجب برنامجي Medicaid أو CHIP، وكنت مؤهلاً أيضاً بموجب خطة صاحب عملك، يجب على صاحب العمل السماح لك بالتسجيل في خطته ما لم تكن مسجلاً بالفعل. ويسمى ذلك بفرصة "التسجيل الخاص"، ويجب عليك طلب التغطية خلال 60 يومًا من تاريخ انقضاء راتبك للحصول على مساعدتك من قبل صاحب العمل. 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 الولايات التي تم الاتفاق عليها فقد تم تحديث أهلية حصول عي مساعدتك في دفع أقساط التأمين من خطة صاحب عملك حتى 31 يناير 2026. توهل مع عي عي لزيد من لمعلومات حول الألية:

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

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 [ebesa.opr@dol.gov](mailto:ebesa.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.