



SEIU 775
BENEFITS GROUP



Sonja T.
Cuidadora, Renton

2026-2027

Guía de cobertura de atención médica

Explore sus opciones y los próximos pasos.

Llame al 1-877-606-6705 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar una solicitud.

Get healthcare coverage information in your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសាមවស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka seymiska daryeelka caafimaadka luqaddaada.

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

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

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

myseiu.be/hc

Los cuidadores trabajan todos los días para ayudar a otros, y usted también merece cuidado y apoyo.

Nuestra meta es facilitarle el acceso a atención médica asequible y de alta calidad para que pueda enfocarse en su salud, en su familia y en el importante trabajo que realiza.

Esta guía le explicará sus opciones de cobertura y los pasos para solicitarla. Estamos orgullosos de apoyarlo y de apoyar el trabajo indispensable que usted realiza.

Después de revisar su cobertura de atención médica, tómese el tiempo de explorar los demás beneficios para cuidadores. Estos beneficios están diseñados para apoyarlo, desde oportunidades de capacitación y beneficios de jubilación, hasta zapatos antideslizantes y ofertas de empleo a través de Carina. Visite myseiu.be/bg para obtener más información.



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

Guía paso por paso para solicitar cobertura

1) Conozca sobre su cobertura

- Explore sus opciones de cobertura y revise los detalles del plan para entender los costos por cuenta propia de prescripciones, tratamientos y servicios comunes.
- Revise los detalles de elegibilidad en la página 5 para comprobar si cumple con los requisitos.
- Seleccione una opción de cobertura y un plan dental.

2) Prepare su solicitud

- Reúna su información. Necesitará su número de seguridad social y el nombre del empleador para presentar la solicitud.
- Coverage for Kids (cobertura para sus hijos): Reúna sus documentos de verificación del dependiente. Obtenga más información y encuentre las instrucciones en myseiu.be/cfk.

3) Cree una cuenta de beneficios de salud

- Aprenda cómo crear una cuenta en myseiu.be/hba. MagnaCare, el administrador de sus beneficios de salud, gestiona su cuenta. Las cuentas están disponibles actualmente en inglés. Si necesita ayuda o apoyo con respecto al idioma, llame al 1-877-606-6705.

4) Presente su solicitud

- Complete una solicitud antes de la fecha límite en myseiu.be/magnacare o por correo postal. Para obtener más información consulte la página 5.
- Coverage for Kids (cobertura para sus hijos): Presente los documentos de verificación del dependiente cuando presente la solicitud. Aprenda cómo presentar sus documentos en myseiu.be/cfk.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico dentro de 1 día, y una decisión de cobertura por correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.



Después de tener a su segundo hijo, Dani inscribió a ambos niños en Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), y elogió las "excelentes tarifas" que ayudan a su familia a ahorrar mensualmente.

Dani R.
Cuidadora, Asotin

Opciones de cobertura de atención médica

Adquiera cobertura de atención médica de alta calidad desde solo \$25 al mes. Puede elegir cubrirse únicamente usted o incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) para sus hijos dependientes.

Opción 1



Cobertura individual médica y dental

\$25 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted por solo \$25 al mes.

Coprima mensual: La cantidad que paga cada mes por su cobertura médica. Consulte la página 6 para obtener más información.

Elegibilidad

Trabajar 80 horas o más al mes.

Opción 2



Cobertura individual + Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) médica y dental

\$125 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más sus hijos, por solo \$125 al mes.

El costo es el mismo, sin importar cuántos niños inscriba.

Puede inscribir a los hijos dependientes elegibles hasta que cumplan 26 años, ya sean biológicos, adoptados, hijastros o hijos de parejas de hecho.

Elegibilidad

Trabajar 120 horas o más al mes.

Opción 3



Cobertura individual + Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) dental únicamente

\$35 al mes

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más cobertura dental para sus hijos, por solo \$35 al mes.

Beneficios de la cobertura

Consultas de atención primaria gratis

Puede consultar sin costo a su proveedor de atención primaria para consultas de bienestar o en caso de enfermedad. También se encuentran disponibles opciones de atención virtual, para que pueda recibir atención desde su hogar.

Las pruebas o los servicios adicionales podrían tener un costo.

Atención médica de emergencia y de urgencias

Su plan cubre la atención de urgencias y las consultas en la sala de emergencias. La atención de urgencias es una opción conveniente para tratar problemas que no sean de emergencia, cuando su médico no está disponible. La atención médica de emergencia es en caso de afecciones que ponen en riesgo la vida.

Prescripción

Usted tiene acceso a varios medicamentos con prescripción, incluyendo opciones convenientes de pedido por correo entregados en su hogar.

Salud mental

La cobertura incluye apoyo profesional de salud mental, administración de medicamentos, terapia grupal, cuidado alternativo y acceso a programas y herramientas de autocuidado.

Asesoría y programas de bienestar

Obtenga apoyo personalizado para controlar las afecciones crónicas y mejorar su salud en general. El plan incluye asesoría de bienestar, orientación del equipo de cuidado y herramientas para ayudarlo a hacer seguimiento de su progreso.

Masaje y quiropráctica

Existen opciones a bajo costo para fisioterapia, masajes, cuidado quiropráctico, acupuntura y programas virtuales de bienestar.

Atención visual

La cobertura para la visión a través de VSP incluye exámenes oculares de rutina, un subsidio para gafas o lentes de contacto, y acceso a una gran red de oftalmólogos.

Atención auditiva

A través de EPIC Hearing, usted y sus hijos pueden acceder a exámenes auditivos y apoyo para dispositivos auditivos a través de los proveedores de la red.

Salud reproductiva y para la formación de la familia y cuidados de la mediana edad

Con Progyny usted obtiene beneficios para cada etapa de la vida, desde la atención en fertilidad y la formación de la familia hasta el embarazo, el posparto y la menopausia. Obtenga cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo personalizado y atención en persona o de forma virtual.

Consulte los detalles de su plan para ver la lista completa de beneficios.

Ofrece un desglose completo de sus planes médico y dental, incluidos los costos por cuenta propia y la cobertura de medicamentos con prescripción, consultas y tratamientos.

Deborah necesitaba una operación a corazón abierto que sin cobertura le habría costado cientos de miles de dólares. Menos preocupada por los costos, dice: "Pude centrarme en mí misma y en mi recuperación".

Deborah M.
Cuidadora, Vancouver





Melissa E.
Cuidadora, Seattle

Opciones del plan dental

El plan dental está incluido en su cobertura de atención médica. Utilice el cuadro para comparar planes y seleccione el plan que más le convenga.

| |  DELTA DENTAL® |  Willamette Dental |
|---|---|---|
| Beneficio máximo anual | \$5,000 | Ninguno |
| Deducible | \$0 | \$0 |
| Exámenes de rutina | Cubiertos completamente | Cubiertos completamente |
| Beneficios de ortodoncia | Sí | Sí |
| Red de proveedores | Delta Dental tiene una amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. Querrá encontrar un dentista de Delta Dental PPO para maximizar su beneficio. | Willamette Dental tiene muchas ubicaciones en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette en la ruta I-5. |
| Encuentre un dentista cerca de usted | deltadentalwa.com/fad/search Seleccione "Delta Dental PPO" para filtrar sus resultados de búsqueda. | locations.willamettedental.com Escriba su código postal en la barra de búsqueda. |
| Más información | 1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com | 1-855-433-6825 myseiu.be/willamette |

Preguntas frecuentes sobre la cobertura de atención médica

¿Qué requisitos debo cumplir para adquirir la cobertura individual?

Para ser elegible y adquirir la cobertura individual, debe trabajar **80 horas remuneradas o más al mes** durante 2 meses consecutivos.

¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Haga la solicitud en línea en myseiu.be/magnacare.

Si recibe una solicitud de beneficios de salud, puede enviarla por correo postal o por fax a la dirección o al número de fax que figuran en la solicitud. Es necesario pagar los costos de envío de EE. UU.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Hay 3 ocasiones en las que puede solicitar la cobertura:

- 1. Elegibilidad inicial:** Dentro de los 60 días a partir de la fecha indicada en su material de inscripción por nueva elegibilidad. La elegibilidad inicial es el momento en que se vuelve elegible por primera vez.
- 2. Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica):** Del 1.º al 20 de julio de cada año. **Si ya está inscrito, su cobertura se renueva automáticamente, por lo que no necesita hacer nada**, salvo que desee realizar cambios.
- 3. Evento de admisibilidad en su vida (QLE):** Dentro de los 30 días a partir de un QLE que cambie sus necesidades de seguro médico. Algunos ejemplos de QLE incluyen la adopción de un bebé, la pérdida de cobertura de atención médica o divorciarse. Para obtener más información, visite myseiu.be/qle.

¿Aún no es elegible? Aún puede presentar su solicitud durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica).

Presente la solicitud* para comenzar la cobertura individual si trabaja más de 80 horas al mes. La Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) comienza cuando usted trabaja más de 120 horas al mes.

*Si actualmente no trabaja más de 80 horas al mes, no puede completar la solicitud en línea. Solicite una copia del formulario de solicitud en SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

¿Qué requisitos debo cumplir para adquirir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Para ser elegible y adquirir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe trabajar **120 horas remuneradas o más al mes**.

¿A quién puedo agregar a Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Puede agregar a los hijos elegibles hasta que cumplan 26 años. Los hijos dependientes elegibles son: hijos biológicos o adoptados, hijastros e hijos de su pareja de hecho.

Se inscriben en el mismo plan que usted y solo los puede inscribir un cuidador. La cobertura puede coordinarse con planes externos. Para obtener más información, llame al 1-877-606-6705.

¿Cómo puedo incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

- 1. Complete la sección Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)** de la solicitud impresa o en línea.
- 2. Elija una opción de la cobertura:** médica y dental o dental únicamente.
- 3. Presente su (sus) documento(s) de verificación del dependiente** con su solicitud o dentro de los 60 días a partir de la solicitud**. Algunos ejemplos de documentos aceptados son copias de certificados de nacimiento emitidos por el gobierno y declaraciones de impuestos en las que figuran los dependientes que desea incluir en su cobertura.

**La verificación del dependiente es necesaria al inscribir a los niños por primera vez. No es necesario volver a presentar los documentos verificados anteriormente, salvo que se soliciten.

Visite myseiu.be/cfk para obtener más información:

- Cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).
- A quién puede incluir a la cobertura.
- Presentar los documentos de verificación.



Sandra C.
Cuidadora, Kennewick

¿Cuándo comenzará la cobertura?

Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Presente las solicitudes o realice cambios antes del 20 de julio para recibir cobertura a partir del 1.º de agosto.

Elegibilidad inicial y eventos de admisibilidad en su vida:

La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la recepción y procesamiento de su solicitud, lo que tarda unas 2 semanas. Por ejemplo, si recibimos su solicitud completa:

- antes del 15 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de abril.
- entre el 16 y el 31 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de mayo.

La **Coverage for Kids** (cobertura para sus hijos) no puede comenzar hasta que se haya recibido y procesado la verificación del dependiente.

¿Cómo puedo pagar la coprima mensual?

Su empleador deducirá automáticamente la coprima mensual (el monto que usted paga cada mes) de sus salarios. Si su empleador no puede realizar la deducción, usted recibirá una carta de pago por cuenta propia y un correo electrónico en el que se le indicará cómo pagar su coprima. Puede pagar con cheque o a través de su cuenta de beneficios de salud en línea.

Cuidadores de CDWA: Su primer pago mensual será por cuenta propia.

¿Cómo las horas de trabajo afectan mi cobertura?

Una vez se inscriba en la cobertura, las horas que trabaje en un mes determinarán su estado de cobertura 2 meses después. Ejemplo: Las horas de enero determinan la cobertura en marzo.

| Mes de trabajo | Mes de cobertura |
|----------------|------------------|
| ENERO → | MARZO |
| FEBRERO → | ABRIL |
| MARZO → | MAYO |
| ABRIL → | JUNIO |
| MAYO → | JULIO |
| JUNIO → | AGOSTO |
| JULIO → | SEPTIEMBRE |
| AGOSTO → | OCTUBRE |
| SEPTIEMBRE → | NOVIEMBRE |
| OCTUBRE → | DICIEMBRE |
| NOVIEMBRE → | ENERO |
| DICIEMBRE → | FEBRERO |

Las horas remuneradas que trabaje en el mes de:

Determinan la cobertura en el mes de:

¿Qué pasa si quiero finalizar mi cobertura?

Si desea finalizar su cobertura o la de sus hijos, envíe un Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura). Si se recibe antes del día 15, la cobertura finaliza el primer día del mes siguiente. Si se recibe después del día 15, la cobertura finaliza el primer día del mes siguiente.

Importante: Puede volver a inscribirse solo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o después de un evento de admisibilidad en su vida. Las suspensiones recibidas antes del 1.º de julio se restablecen durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). Usted debe presentar un nuevo Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura) a fin de que la suspensión se mantenga. Si tuvo cobertura en los últimos 12 meses, se le volverá a inscribir automáticamente salvo que presente una nueva suspensión.

¿Qué pasa si no trabajo suficientes horas?

Los meses de gracia proporcionan hasta dos extensiones de un mes de la cobertura de atención médica cada año, lo que los ayuda a usted y a sus dependientes a mantener la cobertura cuando usted no cumpla con las horas de trabajo requeridas. Obtenga más información en myseiu.be/gm.

Si usted pierde la cobertura, se le proporcionará información sobre COBRA en caso de que quiera continuar con la cobertura mediante un pago mensual. Si deja de brindar cuidados, verifique su elegibilidad en Washington Apple Health o visite wahealthplanfinder.org.

Obtenga más horas para conservar su cobertura.

Si necesita más horas para obtener o conservar la cobertura, pruebe usando Carina.org, un beneficio gratuito de ofertas de empleo que lo ayuda a encontrar más clientes.



Patrick M.
Cuidador, Puyallup

Obtenga apoyo

con las preguntas sobre cobertura de atención médica, elegibilidad, solicitudes y más.

La línea de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

1-877-606-6705

Tiene a su disposición apoyo con respecto al idioma.

Reciba apoyo por chat en vivo

Inicie sesión en myseiu.be/magnacare para recibir apoyo por chat.

**SEIU775BG-caregiver
@magnacare.com**

¿No puede comunicarse con la línea de servicio al cliente en horario laboral? Envíe un correo electrónico y reciba una respuesta en los próximos 2 días hábiles.



Comprenda los términos de uso común en el campo de seguros

Conozca las definiciones de los términos de uso común para comprender mejor su cobertura.

myseiu.be/hc-terms



Obtenga más información sobre Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Aprenda cómo presentar y completar su solicitud.

myseiu.be/cfk

Acceda a su cuenta de beneficios de salud

Aprenda cómo crear una cuenta y solicitar la cobertura en línea.

myseiu.be/hba

Caregiver Kicks: Zapatos gratis para cuidadores

Los Caregiver Kicks son zapatos antideslizantes, diseñados para mantenerlo más seguro y cómodo en el trabajo y están disponibles en más de 90 estilos, desde Reebok (ribuk) hasta Skechers (squéchers). Los cuidadores elegibles pueden recibir un par gratis cada año.

myseiu.be/kicks



2026-2027
COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Detalles del plan



Este folleto incluye documentos importantes para ayudarlo a comprender su cobertura de atención médica:

Resumen de Modificaciones al Material (SMM):

Enumere todas las actualizaciones o cambios realizados en su plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

Panorama del plan médico y dental:

Una descripción general rápida y fácil de leer de sus beneficios para su plan médico y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Una explicación detallada de su plan, incluyendo:

- Cómo se cubren las necesidades médicas comunes y los medicamentos con prescripción (como consultas con el médico, análisis de laboratorio, cuidados de la diabetes, etc.).
- Lo que usted paga y lo que paga el plan (deducibles, copagos, coaseguro).
- Lo que está incluido y lo que no (limitaciones o exclusiones de la cobertura).

Recursos del plan:

Números de contacto y sitios web que puede utilizar una vez que se inscriba.

Usted es elegible para el plan médico POS de Kaiser Permanente de Washington.

Este plan tendrá vigencia desde el 1.º de agosto del 2026 hasta el 31 de julio del 2027.

Para obtener más información sobre el SBC u otras preguntas relacionadas con la cobertura, comuníquese con la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al:

1-877-606-6705

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
Cuidadora, Seattle



Resumen de las modificaciones y reducciones al material

de la cobertura del seguro médico proporcionada a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust para los proveedores individuales (IP) y los proveedores de una agencia (AP) de Consumer Direct of Washington (CDWA).

Este Resumen de Modificaciones al Material (“SMM”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

A partir del 1.º de agosto del 2026, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los IP deben tener en cuenta las siguientes mejoras en los beneficios:

- VSP Vision Care será su nuevo proveedor de servicios oftalmológicos para exámenes oculares de rutina, gafas y lentes de contacto.
- Se ha eliminado el límite en dólares para la cobertura de audífonos de EPIC.
- Ahora podrá recibir suministros hasta por 12 meses de terapia hormonal o medicamentos anticonceptivos en una sola recarga.

Este Resumen de Reducciones al Material (“SMR”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2026.

A partir del 1.º de agosto del 2026, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los IP deben tener en cuenta lo siguiente:

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust dejará de ofrecer servicios a través de Headspace.

Para obtener más información sobre estos cambios, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.), o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Este es un breve resumen de beneficios proporcionado por SEIU 775 Benefits Group. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura.

| Beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|--|
| Deducible del plan | Sin deducible anual | Deducible individual: \$500 por año calendario |
| Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año | No es aplicable | Se aplica al saldo del cuarto trimestre |
| Coaseguro del plan | Sin coaseguro del plan | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido. |
| Límite de gastos por cuenta propia | Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$1,200 Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia: Todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos | El límite de gastos por cuenta propia es el mismo que en la red Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia: Todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos |
| Período de espera para afecciones preexistentes (PEC) | Sin PEC | Igual que en la red |
| Máximo vitalicio | Sin límite | Igual que el máximo en la red |
| Servicios ambulatorios (visita al consultorio) | Sin copago por consultas de atención primaria/ copago de \$15 por consulta con especialistas | Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Atención de urgencias | Centro de atención de urgencias de la red: Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$15 por consulta con especialistas | Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Servicios hospitalarios | Servicios hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: Copago de \$50 | Servicios hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: Se aplica copago de \$50, deducible y coaseguro |
| Medicamentos con prescripción* (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios) | Basado en el valor**/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$4/\$8/\$25/\$50 por suministro de 30 días Insulina: Genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) \$0/\$0/\$25 Inhaladores y EpiPen: Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$8/\$25/\$35 | Genérico preferido/marca preferida/no preferido Copago de \$13/\$30/\$55 por suministro de 30 días Insulina: Genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) \$0/\$0/\$25 Inhaladores y EpiPen: Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$8/\$25/\$35 |
| Prescripción pedida por correo | Descuento de \$5 por suministro de 30 días | No cubiertos |
| Acupuntura | Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. Se debe hacer un copago de \$0 por cada visita adicional (aprobada por el plan) | Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Servicios de desplazamiento | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % | Igual que en la red |

*Si trabaja para una organización religiosa, su plan médico no incluye la cobertura de medicamentos anticonceptivos de conformidad con la excepción por índole religiosa de la Ley de Atención Médica Asequible. Sin embargo, recibirá dichos medicamentos por parte de Kaiser Permanente sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), si está inscrito en un plan médico. **Medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.

| Beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|--|
| Dependencia de sustancias químicas | Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0 | Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, equipos y suministros • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos | Se cubre el 100 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio. | Se cubre el 50 % y se aplica el deducible |
| Suministros para diabéticos | Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites. | Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites. |
| Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico | Hospitalarios: Se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: Cubiertos completamente Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios. | Hospitalarios: Se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: Se aplica deducible y coaseguro Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios. |
| Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado) | Copago de \$200 | Copago de \$200 |
| Exámenes auditivos (rutinarios) | Copago de \$0 | Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Dispositivos auditivos | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin límite por oído cada 3 años para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic | |
| Servicios de atención médica domiciliaria | Cubiertos completamente. Sin límite de visitas. | Sin límite de visitas Se aplica deducible y coaseguro |
| Servicios paliativos | Cubiertos completamente | Se aplica deducible y coaseguro |
| Servicios de infertilidad | Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny | No cubiertos |
| Terapia manipulativa | Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0 | Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Servicios de masaje | Consulte "Servicios de rehabilitación" | Consulte "Servicios de rehabilitación" |
| Servicios de maternidad | Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios. | Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios. |

| Beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|---|
| Salud mental | Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0 | Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorio: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Naturopatía | Copago de \$0. Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente. | Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Servicios neonatales | Estancia hospitalaria inicial: Consulte “Servicios hospitalarios”; Visitas al consultorio: Consulte “Servicios ambulatorios”; Controles rutinarios de salud: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre. | Estancia hospitalaria inicial: Consulte “Servicios hospitalarios”; Visitas al consultorio: Consulte “Servicios ambulatorios”; Controles rutinarios de salud: Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre. |
| Servicios relacionados con la obesidad | Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos | Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos |
| Trasplantes de órganos | Sin límites ni período de espera Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0 | Igual que en la red Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Cuidado preventivo Exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías | Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente. | Se aplica deducible y coaseguro Los servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios. Mamografías de rutina: Se aplica deducible y coaseguro |
| Servicios de rehabilitación Las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario | Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Sin copago por consultas de atención primaria/ copago de \$15 por consulta con especialistas | Hospitalarios: Los límites de días son los mismos que en la red Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Centro de enfermería especializada | Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario | Los límites de días son los mismos que los del beneficio en la red. Se aplica deducible y coaseguro |
| Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas) | Cubiertos completamente. | Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro Se cubren los procedimientos de esterilización para mujeres, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios. |
| Servicios para la articulación temporomandibular (ATM) | Hospitalarios: Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: Copago de \$0 | Hospitalarios: Se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro |
| Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco | Programa Quit for Life (cubierto completamente) | Se aplican los costos compartidos correspondientes |
| Cuidado de rutina de la vista y lentes ópticos | Cubiertos por un beneficio separado: VSP Vision Care. Obtenga más información en myseiu.be/vsp . | |

Este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se debe interpretar como un contrato. Una vez esté inscrito en un plan, tendrá acceso a su folleto de beneficios, el cual proporciona más información sobre el plan de Delta Dental PPO. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al **1-800-554-1907** o visite **DeltaDentalWA.com**.

Período de beneficios:

Del 1.º de enero al
31 de diciembre

**Máximo por período de
beneficios*** (por persona; no es
aplicable a la Clase I): \$5,000

Ortodoncia
(adultos y niños):

50 % con un máximo vitalicio
de \$5,000 por persona

*El cuidado dental recibido a través de un dentista de PDA estará cubierto completamente hasta el máximo de \$2,000, con exención del coaseguro para los servicios de Clase III - Principales.

Red de Delta Dental

Sus beneficios se incrementan con la red de Delta Dental PPO. También tendrá acceso a la red de Delta Dental Premier®, que lo ayuda a ampliar sus opciones.

**Obtenga
un cepillo
de dientes
Sonicare
gratis**



Los miembros de Delta Dental que visitan como paciente nuevo a un proveedor de Pacific Dental Alliance (PDA) podrán recibir un cepillo de dientes Sonicare gratis.

Consulte la lista completa de proveedores de PDA:
myseiu.be/oe-pda.

| | Delta Dental PPO | Delta Dental Premier | Fuera de la red |
|---|------------------|----------------------|-----------------|
| Deducible del período de beneficios | | | |
| No es aplicable a la Clase I y a la ortodoncia Fuera de la red (\$50 por persona) | \$0 | \$50 | \$50 |
| Clase I - Diagnósticos y preventivos | | | |
| Exámenes Limpieza Fluoruro Rayos X Selladores | 100 % | 80 % | 80 % |
| Clase II - Restaurativos | | | |
| Restauraciones Empastes de composite posteriores Endodoncia (conducto radicular) Periodoncia Cirugía oral | 100 % | 60 % | 60 % |
| Clase III - Principales | | | |
| Dentaduras postizas Dentaduras postizas parciales Implantes Puentes Coronas | 80 % | 40 % | 40 % |

Características

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

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

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

| Beneficios | Copagos |
|--|--|
| Máximo anual | Sin máximo anual* |
| Deducible | Sin deducible |
| Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general | Sin copago por visita |
| Servicios diagnósticos y preventivos | |
| Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal | Cubiertas con el copago de visita al consultorio |
| Odontología restauradora | |
| Empastes (de amalgama) | Cubiertas con el copago de visita al consultorio |
| Corona de metal porcelana | Usted hace un copago de \$250 |
| Prostodoncia | |
| Dentadura postiza inferior o superior completa | Usted hace un copago de \$400 |
| Puente (por diente) | Usted hace un copago de \$250 |
| Endodoncia y periodoncia | |
| Terapia de conducto radicular – Anterior | Usted hace un copago de \$85 |
| Terapia de conducto radicular – Bicúspide | Usted hace un copago de \$105 |
| Terapia de conducto radicular – Molar | Usted hace un copago de \$130 |
| Cirugía ósea (por cuadrante) | Usted hace un copago de \$150 |
| Alisado radicular (por cuadrante) | Usted hace un copago de \$75 |
| Cirugía oral | |
| Extracción de rutina (un solo diente) | Cubiertas con el copago de visita al consultorio |
| Extracción quirúrgica | Usted hace un copago de \$100 |
| Tratamiento de ortodoncia | |
| Tratamiento de preortodoncia | Usted hace un copago de \$150** |
| Tratamiento de ortodoncia integral | Usted hace un copago de \$1,500 |
| Implantes dentales | |
| Cirugía de implantes dentales | Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario |
| Otros | |
| Anestesia local | Cubiertas con el copago de visita al consultorio |
| Tarifas del laboratorio dental | Cubiertas con el copago de visita al consultorio |
| Óxido nitroso | Usted hace un copago de \$40 |
| Visita a consultorios de especialistas | Usted hace un copago de \$30 por visita |
| Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura | Usted paga montos que excedan los \$250 |

* La ATM tiene un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000. ** Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral. **Emergencia dental:** Los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

Se trata solo de un resumen. Para obtener más información sobre su nueva cobertura en atención visual, comuníquese con VSP Vision al 800-785-0699.

Plan VSP Advantage (servicio completo)

| | |
|--|--|
| Copagos (exámenes/gafas) | \$0 / \$0 |
| Frecuencias | |
| Examen | Cada 12 meses |
| Lentes | Cada 12 meses |
| Monturas | Cada 12 meses |
| Beneficios con un proveedor de la red VSP | |
| Examen ocular completo | Copago de \$0 |
| Examen para lentes de contacto | \$0 |
| Examen de detección de enfermedades de la retina | \$0 |
| Atención oftalmológica básica | Cubierto por el plan médico Sujeto al costo compartido aplicable a las visitas al consultorio |
| Lentes | |
| Monofocales | Cubiertos |
| Lentes bifocales con línea | Cubiertos |
| Lentes trifocales con línea | Cubiertos |
| Subsidios* | |
| Subsidio para monturas en tiendas minoristas | \$250 |
| Subsidio para monturas de marcas destacadas | \$270 |
| Monturas equivalentes a las de Costco | \$250 |
| Lentes de contacto optativos En lugar de lentes o marcos | \$600 |
| Gastos por cuenta propia para las mejoras en los lentes | |
| Policarbonato | Cubierto |
| Revestimiento antirreflejo | Copago de \$40 |
| Revestimiento antirrayaduras y UV | Cubierto |
| Alto índice | Cubierto |
| Fotocromáticos | Cubierto |
| Progresivos estándar | Cubierto |
| Progresivos personalizados/ prémium | Copago de \$55 |
| Cualquier otra mejora en lentes con descuento | 30 % |

Subsidios para proveedores que no pertenecen a la red de VSP

| | |
|--|-------|
| Examen | \$45 |
| Monofocales | \$30 |
| Bifocales | \$50 |
| Trifocales | \$65 |
| Lenticulares | \$100 |
| Lentes progresivos | \$50 |
| Monturas | \$70 |
| Lentes de contacto optativos En lugar de lentes o marcos | \$105 |



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado [prima](#)) será proporcionado por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, [deducible](#), proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la red: \$0 <u>Proveedor fuera de la red</u> : \$500 individual/\$1,000 familiar | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. La atención preventiva y los servicios se indican en la tabla a partir de la página 2. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, aun cuando usted no haya alcanzado el monto deducible . Sin embargo un copago o un coaseguro podría aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | <u>Proveedor</u> dentro de la red: \$1,200 individual/\$2,400 familiar Compartido dentro y fuera de la red | El límite de desembolso es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , ellos deben alcanzar sus propios límites de desembolso hasta que el límite total de desembolso familiar se haya alcanzado. |
| ¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso ? | <u>Primas</u> , cargos por facturación de saldo , servicios de atención a la salud que este plan no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2. | A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el límite de desembolso . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.kp.org o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y, posiblemente, reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista ? | Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos especialistas . | Este plan pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un especialista siempre y cuando usted tenga una referencia antes de visitar al especialista . |



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que aplique el mismo.

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | Sin cargo | \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro | Ninguna |
| | Visita a un especialista | \$15 por visita | \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro | Ninguna |
| | Atención preventiva/exámenes de detección /vacunación | Sin cargo | 20 % de coaseguro; no se aplica el deducible . | Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan . |
| Si se somete a una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre) | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Ninguna |
| | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM]) | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Requiere una autorización previa |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar información adicional sobre la cobertura de medicamentos de receta en www.kp.org/formulary | Medicamentos en base al valor | \$4 (al detal) | \$13 (al detal)/ medicamento de receta . No se aplica el deducible . | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario . |
| | Medicamentos genéricos preferidos | \$8 (al detal); \$3 (pedido por correo)/ medicamento de receta | \$30 (al detal)/ medicamento de receta . No se aplica el deducible . | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario . |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$25 (al detal); \$20 (pedido por correo)/ medicamento de receta | \$55 (al detal)/ medicamento de receta . No se aplica el deducible . | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario . |
| | Medicamentos no preferidos | \$50 (al detal); \$45 (pedido por correo)/ medicamento de receta | Se aplican costos compartidos por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos no preferidos. | Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del formulario , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción. |
| | Medicamentos especializados | Se aplican costos compartidos por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos no preferidos. | | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si tiene una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$50 / visita | \$50 por visita, luego 20 % de coaseguro | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$200 por visita | \$200 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas si es admitido en el establecimiento de un <u>proveedor fuera de la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente. Se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado. |
| | Traslado por emergencia médica | 20 % de <u>coaseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | 20 % de <u>coaseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | Ninguna |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro | Ninguna |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | \$100 por día, hasta \$500 por admisión | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | Requiere una <u>autorización previa</u> |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Requiere una <u>autorización previa</u> |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$100 por día, hasta \$500 por admisión | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | Requiere una <u>autorización previa</u> |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro | Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coaseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| | Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento | \$100 por día, hasta \$500 por admisión | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los |

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| | | | | <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención a la salud en el hogar | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Requiere una <u>autorización previa</u> |
| | Servicios de rehabilitación | Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión | Pacientes ambulatorios: \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los límites se combinan con las redes de <u>proveedores dentro de la red y fuera de la red</u> . |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión | Pacientes ambulatorios: \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | En conjunto con los servicios de rehabilitación: Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los límites se combinan con las redes de <u>proveedores dentro de la red y fuera de la red</u> . |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Límite de 60 días por año. Los límites se combinan con las redes de <u>proveedores dentro de la red y fuera de la red</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | 50 % de coaseguro | Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u> |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | 20 % de coaseguro | Requiere una <u>autorización previa</u> |
| Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos | Examen de la vista para niños | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Anteojos para niños | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Consulta odontológica de rutina para niños | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|--|--|---|
| Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Cirugía estética • Servicios odontológicos (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios oftalmológicos de rutina (adultos) • Podología de rutina • Programas para perder peso |

- Audífonos
- Enfermera privada

los EE. UU.

Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Revise su documento del [plan](#).

- Acupuntura (límite de 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas por año)

Su derecho a una cobertura continua: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de [seguro de salud](#). Para más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

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

¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por primas](#).

¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Sí No

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

Servicios en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 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 griege 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, á'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, copagos y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Copago](#) para otros servicios (análisis de sangre) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
 Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

| | |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|-----|
| Deducibles | \$0 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-------------------------|-------|
| Copagos | \$100 |
|-------------------------|-------|

| | |
|---------------------------|-----|
| Coaseguro | \$0 |
|---------------------------|-----|

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

| | |
|-----------------------------|-------|
| El total que Peg pagaría es | \$120 |
|-----------------------------|-------|

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Copago](#) para otros servicios (análisis de sangre) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos de receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|-----|
| Deducibles | \$0 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-------------------------|-------|
| Copagos | \$600 |
|-------------------------|-------|

| | |
|---------------------------|-----|
| Coaseguro | \$0 |
|---------------------------|-----|

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|-----------------------------|-------|
| El total que Joe pagaría es | \$600 |
|-----------------------------|-------|

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$15
- [Copago](#) hospitalario (instalaciones) \$100
- [Copago](#) para otros servicios (radiografías) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
 Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|-----|
| Deducibles | \$0 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-------------------------|-------|
| Copagos | \$200 |
|-------------------------|-------|

| | |
|---------------------------|-------|
| Coaseguro | \$200 |
|---------------------------|-------|

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|-----------------------------|-------|
| El total que Mia pagaría es | \$400 |
|-----------------------------|-------|

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

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: 08/01/2026 – 07/31/2027

Cobertura para: SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Acuerdo de reembolso de gastos médicos de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny

El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su asesor de embarazo y posparto o su asesor de atención al paciente (Patient Care Advocate, PCA) de fertilidad de Progyny al (833) 233-0517.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|--|----------------------------------|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | Individual \$0 Familiar \$0 | No hay deducible en sus planes de Progyny. |
| ¿Tengo copago? | No. | No hay copago con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. |
| ¿Tengo coseguro? | No. | No hay coseguro con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible? | No. | No pagará costos de desembolso directo por sus servicios de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos. |
| ¿Hay otros deducibles por servicios específicos? | No. | No se requiere un deducible para los planes de Acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de desembolso directo para este plan? | Individual \$0 / Familiar \$0 | No hay límite de gastos de desembolso directo en sus planes de Progyny. |

| | | |
|--|-----------------|---|
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red? | No corresponde. | Los asesores y proveedores de atención de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny están todos incluidos en este plan. No hay beneficios disponibles para asesores ajenos a Progyny. |
|--|-----------------|---|

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Entre las exclusiones se incluyen los kits de predicción de ovulación para uso en el hogar, los servicios y suministros brindados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos que la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva considera experimentales. No se cubren los cargos asociados con servicios para un subrogante gestacional, incluidos, sin limitación, los cargos de los análisis de laboratorio. Si su médico solicita servicios que no se encuentran enumerados en esta guía, comuníquese con su PCA para confirmar la cobertura. Hay determinados servicios que no se encuentran en la cobertura de Progyny. Sin embargo, es probable que se brinden a través de su plan médico.

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura después que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596, o el mercado de seguros médicos estatal o SHOP. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un problema con su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esto se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los beneficios que recibirá para dicho [reclamo médico](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener ayuda, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? No corresponde.

La [cobertura mínima esencial](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimos? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), usted puede ser elegible para recibir [crédito tributario de primas](#), que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).



AVISO DE LA HIPPA SOBRE LOS DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si está considerando rechazar la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan médico colectivo, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar aportes a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura que usted o sus dependientes tienen (o después de que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura).

Además, si adquiere un nuevo dependiente que resulta de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para la prima por parte de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, o si usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños porque ya no son elegibles, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Fideicomiso:

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

Nota importante sobre la retroactividad

Tenga en cuenta que si usted elige la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA con efecto retroactivo a la fecha de su evento de admisibilidad de COBRA o la inscripción especial para un nuevo dependiente debido a su nacimiento o adopción con cobertura desde la fecha de nacimiento o de adopción, tendrá que pagar todas las primas requeridas correspondientes a los meses anteriores antes de que se le proporcione la cobertura retroactiva. La cobertura retroactiva debe ser continua desde la primera fecha de elegibilidad retroactiva. Puede enviar las reclamaciones relacionadas con los servicios durante el período de suspensión, pero estas quedarán pendientes hasta que usted realice los pagos de las primas que sean necesarios.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo se aplica esta información a su caso, comuníquese con la línea de servicio al cliente de SEIU 775 al (877) 606-6705.

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

Asistencia para el pago de los costos de las primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para recibir cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de los costos de las primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de los costos de las primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura del seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si disponen de asistencia para el pago de los costos de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o el CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para informarse sobre cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda asistirlo para el pago de los costos de las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas de Medicaid o el CHIP, así como también elegibles según el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no están inscritos. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Department of Labor (Departamento de Trabajo) a través de la página www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de los costos de las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero del 2026. Comuníquese con los servicios en su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

| MONTANA - Medicaid | OREGON - Medicaid y CHIP |
|--|--|
| Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov | Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075 |
| WASHINGTON - Medicaid | |
| Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022 | |

Para saber si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de los costos de las primas desde el 31 de enero del 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.)
Employee Benefits Security Administration
(Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
Centros de Medicare y Servicios de Medicare
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA) (Pub. L. 104-13), ninguna persona está obligada a responder con respecto a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (Oficina de Gestión y Presupuesto, OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información, a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la ley PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder con respecto a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el Título 44 del USC, Parte 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, no se impondrá ninguna sanción por incumplimiento de una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido en la actualidad. Consulte el Título 44 del USC, Parte 3512.

Se estima que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los EE. UU.), Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados), Office of Policy and Research (Oficina de Políticas e Investigación), a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/03/2026)

Recursos del plan

Línea de servicio al cliente de beneficios de salud

MAGNACARESM

Teléfono 1-877-606-6705 de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Correo electrónico SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Cuenta de beneficios de salud myseiu.be/magnacare

Kaiser Permanente de Washington



Servicios para nuevos miembros 1-888-844-4607 myseiu.be/kp-new-member

Member Services 1-888-901-4636 myseiu.be/kp-member

Servicios de salud mental 1-888-287-2680 myseiu.be/kaiser-bh

Línea de ayuda de enfermería 1-800-297-6877 myseiu.be/kp-nurse

Ayuda con el idioma para los miembros 1-888-901-4636 myseiu.be/kp-language

Beneficio dental

Delta Dental 1-800-554-1907 deltadentalwa.com

Willamette Dental 1-855-433-6825 myseiu.be/oe-willamette

Otros beneficios

EPIC Hearing 1-877-363-5638 myseiu.be/epic

Progyny 1-833-233-0517 myseiu.be/progyny

VSP Vision Care 1-800-785-0699 myseiu.be/vsp

Obtenga apoyo en su idioma

Llame a la línea de servicio al cliente al **1-877-606-6705** o envíe un correo electrónico a **SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**. Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarlo con las preguntas que tenga sobre cómo solicitar y gestionar sus beneficios.

Una vez que se inscriba en la cobertura de atención médica, tendrá a su disposición apoyo con respecto al idioma a través de su plan médico.