



Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) del 2021

Del 1.º al 20 de julio para
proveedores individuales

Este paquete incluye información para:

- ✓ Los cuidadores que ya cuentan con cobertura médica.
- ✓ Los cuidadores elegibles que pueden solicitar la cobertura.

Durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), puede:

- ✓ Solicitar un seguro médico (si todavía no está inscrito).
- ✓ Realizar cambios opcionales en su plan dental (si está inscrito).
- ✓ Aprender a sacarle el máximo provecho a sus beneficios de salud.

Complete y devuelva su Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) en línea o por correo postal antes del 20 de julio.

Novedades para los IP: solo puede realizar cambios en su cobertura durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). Los nuevos inscritos tendrán cobertura a partir del 1.º de agosto. Si actualmente está inscrito y no realiza ningún cambio, seguirá recibiendo la misma cobertura que ha tenido hasta ahora.

Si todavía no cuenta con un seguro médico y le gustaría solicitar uno:

- ✓ Complete y envíe la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud).
- ✓ Pague \$25 mensuales.
- ✓ Continúe trabajando 80 horas al mes para seguir siendo elegible.*
- ✓ ¡Disfrute de la cobertura del seguro médico de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest!

*Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, consulte la página web Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) en myseiu.be/oe2021.

Información e instrucciones en su idioma

Gói này cũng được cung cấp bằng ngôn ngữ của bạn tại địa chỉ myseiu.be/oe2021-vi. Nếu bạn có câu hỏi, hãy gọi theo số **1-877-606-6705**, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ Thái Bình Dương, Thứ Hai tới Thứ Sáu.

此套文档可提供您的语言版本，网址：myseiu.be/oe2021-zh。如有任何疑问，请致电 **1-877-606-6705** 太平洋时间周一至周五早上 8 点至下午 6 点。

이 패킷은 myseiu.be/oe2021-ko 에서 귀하의 모국어로 제공됩니다. 궁금한 사항은 태평양 표준시 기준으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-877-606-6705** 로 전화하십시오.

Este paquete está disponible en su idioma en myseiu.be/oe2021-es.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-877-606-6705**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Пакет доступен на вашем языке на сайте: myseiu.be/oe2021-ru.

Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-877-606-6705** с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00 часов (по Тихоокеанскому времени).

هذه الحزمة متوفرة بلغتك على myseiu.be/oe2021-ar

إذا كانت لديك أسئلة، اتصل على الرقم **1-877-606-6705** من الساعة 8 صباحا حتى 6 مساء بتوقيت المحيط الهادئ، من الإثنين إلى الجمعة.

ይህ ጉኩት በእርስዎ ቋንቋ myseiu.be/oe2021-am ሊገኝ ይችላል። ጥያቄዎች ካልዎት ወደ

1-877-606-6705፣ ከ 8 a.m. እስከ 6 p.m. በፓሲፊክ ሰዓት አቆጣጠር ከሰኞ እስከ ዓርብ መደወል ይችላሉ።

Xirmadan iyada oo luuqadaada ah waxaa laga heli karaa bogga intarnetka

ee myseiu.be/oe2021-so. Haddii aad wax su'aalo ah qabto, wac **1-877-606-6705**, 8 a.m. ilaa iyo 6 p.m. Pacific time, Isniin-Jimce.

Tabla de contenido

El paquete incluye los datos más destacados de su plan médico, los resúmenes de los planes médico y dental y los términos de uso común en el campo de seguros médicos. También recibirá los formularios que necesita completar para inscribirse si aún no lo ha hecho; o para realizar cambios opcionales en su plan si ya está inscrito.

Novedades para los IP:

¡El plazo de inscripción cambiará! Antes del 2021, los proveedores individuales (IP) podían realizar cambios en su cobertura médica a lo largo del año. No obstante, a partir de julio del 2021, solo podrán realizar cambios opcionales en su cobertura durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o a menos que ocurra un evento de admisibilidad en su vida.

My Plan

Realizar cambios o inscribirse en línea Páginas 4 a la 5

Descripción general

Datos más destacados del plan médico Páginas 6 a la 7

Plan médico

Resumen del plan médico Páginas 8 a la 9

Plan dental

Resúmenes de los planes dentales Páginas 10 a la 13

Términos de uso común en el campo de seguros Página 14

Cómo inscribirse o realizar cambios

En línea

Puede completar un formulario en línea usando *My Plan*. Visite myseiu.be/oe-myplan para obtener más información.

Por correo postal o fax

Envíe su solicitud a la dirección que aparece en la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud). Es necesario pagar los costos de envío. O envíela por fax al 516-723-7395.

**Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de servicio al cliente de SEIU 775 Benefits Group | 1-877-606-6705 |
Lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. | myse iubenefits.org**

¡Inscríbese o realice cambios a través de *My Plan*!

Cree un usuario en *My Plan*

Visite myseiu.be//oe-myplan para registrarse como usuario nuevo siguiendo estos pasos:

Paso 1: seleccione Register as a New User (Registrarse como nuevo usuario).

Username / Email Address

Password

SIGN IN **REGISTER AS A NEW USER**

Paso 5: ingrese un username (nombre de usuario), una password (contraseña) y una security question (pregunta de seguridad).

Username or Email Address: Confirm Username or Email Address:

Password (at least 8 characters): Confirm Password:

Secret Question: Answer:

NEXT **CANCEL**

Paso 2: ingrese su número de identificación de miembro o número de seguridad social (SSN).

Member ID on your health card or SSN

NEXT **CANCEL**

Paso 6: ingrese la información de contacto y haga clic en Save Communication (Guardar datos).

*Es obligatorio al menos un número de teléfono y una dirección de correo electrónico.

Home Phone Mobile Phone Work Phone Extension

Preferred Phone Number for Communication: HOME MOBILE WORK

Personal Email Address Work Email Address

Preferred Email for Communication: PERSONAL WORK

Preferred Method of Communication: -Select- English

SAVE COMMUNICATION **CONTINUE LATER**

Paso 3: ingrese el Zip Code (Código postal) y la Date of Birth (Fecha de nacimiento).

Member ID or SSN: Name:

Zip Code: Date of Birth:

NEXT **CANCEL**

Paso 7: haga clic en Save Acknowledgements (Guardar confirmación).

create technology SEIU 775 Benefits Group

YOU MAY RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS FROM US

SAVE ACKNOWLEDGEMENTS **CONTINUE LATER**

Paso 4: revise y acepte los Terms & Conditions (Términos y condiciones).

Please read and accept Terms & Conditions

CREATE will occasionally update this Privacy Policy to reflect changes in the law or feedback. CREATE encourages you to periodically review this Statement to be informed of how CREATE is protecting your information. Your continued use of this web portal and/or mobile app after we make changes is deemed to be acceptance of those changes, so please check the policy periodically for updates.

CONTACT INFORMATION

CREATE welcomes your comments regarding this Statement of Privacy. If you believe that CREATE has not adhered to this Statement, please contact CREATE at CREATE-Compliance-TC@brighthouse.com. We will use commercially reasonable efforts to promptly determine and remedy the problem.

[View full screen](#)

I accept Terms & Conditions I do not accept Terms & Conditions

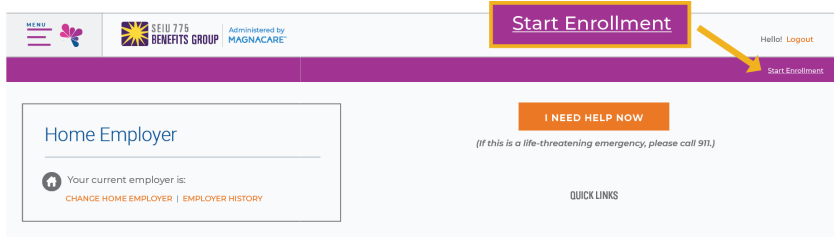
NEXT **CANCEL**

¿Tiene preguntas? Llame al **1-877-606-6705**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico, o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

Inscríbase para gozar de cobertura

Paso 1: inicie sesión y consulte la información de su cobertura médica o inscríbase para gozar de cobertura.

Si es elegible para inscribirse, tendrá la opción de hacer clic en Start Enrollment (Iniciar inscripción).



Paso 2: inicie el proceso de inscripción a través de My Plan.

- Seleccione su empleador principal. Es decir, el empleador que deducirá de su sueldo una coprima mensual de \$25 mensuales. Puede que el empleador principal lo reasigne en el futuro a un empleador secundario, de acuerdo con la cantidad de horas mensuales trabajadas.
- Al solicitar cada uno de los beneficios, verá información de elegibilidad tanto para proveedores de una agencia (AP) como para proveedores individuales (IP).

Paso 3: edite sus preferencias, por ejemplo:

- Medio de contacto (correo electrónico, teléfono o correo postal).
- Su idioma preferido.

Paso 4: inscríbase para gozar de cobertura médica:

- Plan médico: se determina un plan en función del lugar donde viva.
- Plan dental: compare los planes y elija entre las opciones de planes dentales disponibles.
- Otros recursos de salud a su disposición, como Caregiver Kicks, EPIC Hearing y Ginger.

Paso 5: revise sus selecciones.

Paso 6: escriba su nombre usando el mouse o una pantalla táctil para completar la inscripción.

Verá un mensaje de confirmación en la pantalla; además, se le enviará un correo electrónico y una carta de confirmación.

Vea y realice cambios en su plan

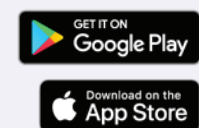
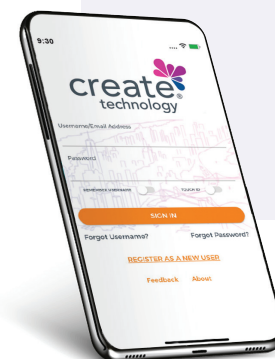
Paso 1: inicie sesión en My Plan para ver o realizar cambios en su cobertura.

Paso 2: utilice el ícono Menu (Menú) en la esquina superior izquierda para:

- Encontrar el resumen de su cobertura.
- Ver la información de elegibilidad y de los beneficios.
- Cambiar su plan dental.
- Ver sus horas de trabajo.
- Realizar pagos automáticos, ¡y más!

Descargue la aplicación móvil MyCreateHealth en su teléfono inteligente para usar My Plan fácilmente.

La aplicación móvil MyCreateHealth está disponible en App Store (iPhone) o en la Play Store de Google (teléfonos Android).



Datos más destacados del plan médico

Adquiera cobertura médica y dental de alta calidad por solo \$25 mensuales

Su cobertura incluye los siguientes beneficios:

- Consultas médicas gratis
- Médicos
- De ortodoncia
- Dentales
- De la visión
- Auditivos
- Para tratar la infertilidad
- De suministro de medicamentos con prescripción
- De apoyo emocional

Aproveche al máximo su cobertura

Encuentre al médico de su agrado

El cuidado comienza con usted. Establezca una relación con un médico de confianza al elegir un médico de atención primaria, quien puede atenderlo sin que deba pagar un copago. Puede consultar a este médico para chequeos de bienestar, si se enferma o si necesita una remisión a un especialista.

Puede elegir un médico de atención primaria a través del sitio web de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. El proceso de elección de un médico de atención primaria es rápido y sencillo. Para recibir ayuda con la creación de una cuenta o la búsqueda de un médico, visite myseiu.be/oe-doctor.

Healthcare Anywhere

Gracias a la cobertura médica, obtiene atención médica conveniente de manera gratuita, o a bajo costo, donde la necesite (por teléfono, tableta o computadora); además de las consultas en persona. Puede disfrutar de atención personalizada de alta calidad, consultas seguras y convenientes, así como opciones tecnológicas. Consulte myseiu.be/ha-2021 para obtener más información.

Más beneficios diseñados exclusivamente para usted

El autocuidado importa: beneficios de salud emocional

La salud emocional es igual de importante que la salud física. La cobertura incluye psicoterapia, medicamentos, terapia grupal y medicina alternativa y complementaria, así como:

- La aplicación Ginger, que le permite comunicarse fácilmente con un asesor experto, quien puede orientarlo y apoyarlo de manera gratuita a través de mensajes de texto. Obtenga más información en myseiu.be/oe-ginger.
- Llame a los servicios de salud mental de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest al **1-855-632-8280** o visite myseiu.be/kpnw-bh.
- Servicios de ayuda a nivel personal a través del buscador de recursos*. Gracias al buscador de recursos, puede obtener acceso a recursos de salud emocional, cuidado infantil, asesoría jurídica, y más. Visite myseiu.be/oe-resource para obtener más información.

Caregiver KICKS™



Obtenga gratis un par de zapatos antideslizantes Caregiver Kicks, ¡cada año! Son cómodos, lo protegen mientras trabaja y lucen bien. Disponibles en más de 70 estilos de marcas populares como Reebok (ribuk) y Skechers (squéchers). Obtenga sus Caregiver Kicks en myseiu.be/oe-kicks.

*A partir del 1.º de agosto del 2021, el Programa de Asistencia al Empleado que ofrece Health Advocate ya no estará disponible para los cuidadores.

**John R.
Cuidador, Seattle**



Gestione el suministro de medicamentos con prescripción sensatamente

Aproveche al máximo los beneficios de suministro de medicamentos con prescripción al comprender todas las opciones a su disposición y su respectivo costo.

*Estos medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.

| Copago de prescripción médica (en la red) por suministro de 30 días | En la farmacia | Pedido por correo |
|---|----------------|-----------------------------------|
| Anticonceptivos genéricos | \$0 | \$0 |
| Genérico preferido | \$5 | \$10 suministro de hasta 90 días |
| Marca preferida | \$25 | \$50 suministro de hasta 90 días |
| No preferido | \$50 | \$100 suministro de hasta 90 días |

Alternativas al uso de la sala de emergencias

| Sala de emergencias Copago de \$200 | Atención de urgencias Copago de \$30 | Consultas en línea/ con el médico de atención primaria |
|--|---|--|
|--|---|--|

¡NOVEDAD!

Las consultas con su médico de atención primaria (también conocido como proveedor de atención primaria) son gratis gracias a su cobertura.

Ahorre \$170 en la atención de urgencias.

Si necesita atención inmediata, busque el centro de atención de urgencias más cercano o programe una cita para el mismo día con su médico. Puede ahorrar hasta \$170.

Atención inmediata no es lo mismo que atención médica de emergencia.

Si está presentando una afección que pone en riesgo su vida, por ejemplo, un ataque al corazón o un derrame cerebral, debe dirigirse a una sala de emergencias. Si tiene una lesión física leve, como un esguince de tobillo, visite un centro de atención de urgencias.

Resumen de los beneficios del plan médico



Resumen del Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
 Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2021

Este es un breve resumen de beneficios. 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. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010:

- El máximo vitalicio (en dólares) de los beneficios de salud fundamentales cubiertos deja de ser aplicable. Los miembros cuyas coberturas se den por terminadas debido a que alcanzaron el límite vitalicio derivado de este plan son elegibles para volver a inscribirse a este plan.

| Cobertura en la red | |
|---|--|
| Máximo de gastos por cuenta propia | |
| Para un miembro | \$1,250 |
| Para toda una familia | \$2,500 |
| Deducible | \$0 |
| Visitas al consultorio | |
| Examen físico preventivo de rutina | \$0 |
| Atención primaria | \$0 |
| Atención especializada | \$15 |
| Atención de urgencias | \$30 |
| Pruebas | |
| Pruebas preventivas | \$0 |
| Pruebas de laboratorio | \$0 |
| Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico | \$0 |
| TC, IRM y examen por TEP | \$50 por visita al departamento |
| Medicamentos (ambulatorio) | |
| Medicamentos con prescripción (suministro de hasta 30 días) | \$5 genérico/\$20 marca preferida/\$50 marca no preferida |
| Medicamentos con prescripción pedidos por correo (suministro de hasta 90 días) | \$10 genérico/\$50 marca preferida/\$100 marca no preferida |
| Medicamentos administrados, entre ellos, inyecciones (en todos los centros de servicios ambulatorios) | \$0 |
| Visita al consultorio de tratamientos de enfermería para recibir inyecciones | \$5 |
| Atención durante la maternidad | |
| Cuidado prenatal programado y primera consulta posparto | \$0 |
| Pruebas de laboratorio | \$0 |
| Rayos X, escaneo y procedimientos especiales de diagnóstico | \$0 |
| Servicios hospitalarios | \$100 por hospitalización |
| Infertilidad | |
| Servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad, así como servicios relacionados | Se cubren y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$30,000. Incluye inseminación artificial, fertilización in vitro y reproducción asistida, entre ellas, transferencia intrafalopiana de gametos (TIG) y transferencia intrafalopiana de cigotos (TIC) Medicamentos para la fertilidad: se cubren y están sujetos al coaseguro del plan del 50 %, con máximo vitalicio de \$5,000 |

Resumen de beneficios de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (continuación)

| Servicios (continuación) | |
|---|---|
| Servicios hospitalarios | |
| Servicios de desplazamiento (por transporte) | \$75 |
| Visita al departamento de urgencias | \$200 (se exonera si es hospitalizado) |
| Servicios hospitalarios | \$100 por hospitalización |
| Visita para radioterapia/quimioterapia | \$15 |
| Equipo médico duradero, dispositivos protésicos externos y dispositivos ortésicos | Coaseguro del 20 % |
| Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia (hasta 20 visitas por tipo de terapia y por año calendario) | \$15 |
| Servicios de los centros de enfermería especializada | |
| Servicios hospitalarios de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario) | \$0 |
| Servicios contra la dependencia de sustancias químicas | |
| Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales) | \$0 |
| Servicios hospitalarios y residenciales | \$100 por hospitalización |
| Servicios de salud mental | |
| Servicios ambulatorios (mitad del valor del copago para visitas grupales) | \$0 |
| Servicios hospitalarios y residenciales | \$100 por hospitalización |
| Cuidado alternativo | |
| Cuidado alternativo (autorremisión) | \$15 por visita al quiropráctico (máximo 12 visitas) Se requiere una autorización previa para visitas adicionales |
| Servicios para la visión | |
| Examen ocular de rutina (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años) | \$0 |
| Dispositivos de visión y servicios ópticos (durante el primer mes siguiente a haber cumplido 19 años) | Sin cargo para lentes de gafas, monturas o lentes de contacto (cada 12 meses) |
| Examen ocular de rutina (mayores de 19 años) | \$0 |
| Dispositivos de visión y servicios ópticos (mayores de 19 años)* | Subsidio inicial de hasta \$300 para gafas o lentes de contacto, solo una vez al año |
| Servicios auditivos | |
| Dispositivos auditivos | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/hearing |


* No se incluye en el máximo de gastos por cuenta propia ningún monto que pague por servicios cubiertos.

Características adicionales

| | | | |
|---|---|--|---|
| Acceso en línea en cualquier lugar y momento sin costos adicionales: kp.org | Programación de citas | 17 consultorios odontológicos | Descuentos en clubes enfocados en el acondicionamiento físico |
| Acceso a los registros médicos | Evaluación de riesgos para la salud - herramienta personal en línea para miembros | The Portland Clinic (7 sedes) | Suplementos y vitaminas |
| Recarga de prescripciones | Centros y servicios: kp.org/facilities | Asesoría de enfermería disponible las 24 horas | Cuidado quiropráctico y alternativo |
| Comunicación por correo electrónico con el médico | 37 consultorios médicos | Servicios de asesoramiento relativo a la salud | |
| Revisión de los resultados de laboratorio | 8 lugares de atención de urgencias | Descuentos para miembros: kp.org/choosehealthy | |
| | | Programa CHP Active and Healthy | |

Exclusiones y limitaciones: los servicios que se mencionan a continuación están completamente excluidos de la cobertura o están parcialmente limitados. Esta sección es aplicable a todos los servicios que de otro modo podrían estar cubiertos y es un complemento a las exclusiones y limitaciones que solo son aplicables a un servicio en particular, tal y como se menciona en la descripción de dicho servicio en la constancia de cobertura (EOC). Para obtener una lista y descripción completas de las exclusiones y limitaciones, consulte la EOC. La acupuntura, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo". La quiropráctica, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo" o "la cobertura de servicios quiroprácticos" (para cuidado quiropráctico autorremetido). Servicios estéticos: esta exclusión no es aplicable a los servicios que estén cubiertos en virtud de los "servicios de cirugía reconstructiva" en la sección "Beneficios" de la EOC. Servicios de custodia. Servicios dentales. Donaciones de sangre designadas. Responsabilidad del empleador: no le reembolsamos al empleador montos por concepto de servicio alguno que se haya visto obligado a prestar en virtud de la ley. Servicios de investigación o experimentales. Cirugía ocular: queratotomía radial, queratectomía fotorrefractiva y cirugía refractiva, incluyendo exámenes para los procedimientos. Servicios familiares: servicios prestados por uno de sus familiares directos. Pruebas genéticas. Audífonos, salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de audífonos". Hipnoterapia. Servicios de infertilidad, salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de servicios para tratar la infertilidad". Servicios intermedios: se excluyen los servicios prestados en un centro de cuidados intermedios. Ayudas para visión reducida. Servicios de terapia de masaje, salvo que el grupo de su empleador haya adquirido la "cobertura de servicios de cuidado alternativo". Servicios que médicamente no son necesarios. Servicios relacionados con un servicio no cubierto. Servicios que no sean servicios, suministros ni artículos de atención médica. Cuidado asistencial y otros servicios. Maternidad subrogada. Servicios relacionados con un acuerdo de maternidad subrogada, salvo aquellos que estén cubiertos de otro modo y se presten a un miembro que sea madre sustituta. Desplazamientos y alojamiento. Servicios de viaje. Todos los servicios relacionados con viajes, entre ellos, vacunas solo para antes de viajar (por ejemplo, contra la fiebre amarilla, la tifoidea y la encefalitis japonesa), salvo que su grupo haya adquirido la "cobertura de servicios de viaje". Servicios ópticos y dispositivos de visión, salvo que su grupo haya adquirido una "cobertura de servicios ópticos y dispositivos de visión para adultos" y/o "cobertura de servicios ópticos y dispositivos de visión pediátricos". Terapia visual y ortopédica o ejercicios oculares. Este documento no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe por completo su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener más información sobre la cobertura de beneficios, revisión de quejas y procedimientos de adjudicación, consulte su EOC o llame a servicios para los afiliados. En caso de que surjan conflictos entre este resumen y la EOC, esta última prevalecerá.

Sus opciones de planes dentales

| Proveedores | Máximo anual | Deducible | Copago para exámenes de rutina | Características especiales |
|---|--------------|-----------|--------------------------------|--|
|  | \$2,000 | \$0 | Cubierto completamente | <ul style="list-style-type: none"> Amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales |
| Willamette Dental Group | Ninguno | \$0 | Cubierto completamente | <ul style="list-style-type: none"> Conveniente para cuidadores que viven por la ruta I-5 Sin máximo anual para cuidadores con gastos dentales elevados |

Su plan dental está incluido en su coprima mensual de \$25.

Ambos planes dentales ofrecen beneficios de ortodoncia.

¿Desea cambiar su plan dental? Complete y devuelva la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) antes del 20 de julio del 2021.



Plan de la PPO Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2021

Período de beneficios: 01/01/2022 - 31/12/2022

Máximo por período de beneficios*

(por persona; no es aplicable a la Clase I): \$2,000

Ortodoncia (adultos y niños): 50 %

Máximo vitalicio (por persona): \$2,000

| | Dentista de Delta Dental PPO | Dentista de Delta Dental Premier | Dentista no participante |
|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Deducible del período de beneficios | | | |
| No aplica a la clase I en la red (deducible no disponible fuera de la red): \$50 por período de beneficios | \$0/\$50 | \$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 % |

* ¡Nuevo! Implementado este año. Su máximo anual es el monto máximo que el seguro pagará al año. En caso de que el servicio dental supere este monto, usted tendrá que pagar los costos por cuenta propia, a excepción de los costos de Clase I.

Tenga en cuenta: este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se interpretará 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, no dude en llamar a nuestro departamento de servicio al cliente, o visite nuestro sitio web DeltaDentalWA.com.

¡Aproveche al máximo sus beneficios!

Cree una cuenta en MySmile®

¡Esta le brinda un acceso seguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a su documento de identificación, información sobre los beneficios, estimaciones de costos por cuenta propia, y más! Nuestra herramienta “Find your member ID” (Encontrar la identificación del miembro) facilita el registro. Visite DeltaDentalWA.com para crear su cuenta.

Elija un dentista en la red

Su plan le brinda acceso a la red de Delta Dental PPO. Sin embargo, si visita a un dentista de Delta Dental PPO se incrementan los beneficios. Visite DeltaDentalWA.com para encontrar a un dentista en su red (aprenda cómo hacerlo en la siguiente página).

Su plan también brinda acceso a la red Delta Dental Premier®, que le ayuda a encontrar a un dentista de la PPO fuera de su área, de ser necesario. Esto significa que puede evitar costos más elevados relativos a servicios fuera de la red (vea el siguiente cuadro).

La cobertura abarca más servicios dentales

Los costos de Clase I no se incluyen en su máximo anual, es decir, que el seguro cubre más gastos de Clase II y III.

| | PPO | Premier | Fuera de la red |
|--|-----|---------|-----------------|
| La red dental de su plan | ✓ | | |
| Se incrementan los beneficios, lo que significa costos por cuenta propia más bajos | ✓ | | |
| Formularios para presentar reclamaciones | ✓ | ✓ | |
| Incluye nuestra gestión de calidad y aseguramiento de costos | ✓ | ✓ | |
| Sin aseguramiento de costos, lo que significa costos por cuenta propia más altos | | | ✓ |

Encuentre a un dentista cerca y en la red:

1. Visite DeltaDentalWA.com
2. Haga clic en “Online Tools” (Herramientas en línea) y use la herramienta “Find a Dentist” (Búsqueda de dentista)
3. Seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda

Visite a su dentista con regularidad.

Su plan cubre visitas anuales de cuidado preventivo. Las limpiezas y chequeos regulares son fundamentales para mantener una sonrisa saludable y prevenir futuros problemas dolorosos y costosos.

Obtenga estimaciones de costos por cuenta propia.

Conocer los costos les ayudará a usted y a su dentista a planear los tratamientos para maximizar sus beneficios.

MySmile Cost GenieSM le proporciona estimaciones de costos al instante. Es ideal para tratamientos básicos como empastes. Simplemente acceda a su cuenta en MySmile para obtener sus estimaciones personalizadas.

Si necesita un tratamiento más extenso, como una corona, pídale a su dentista una “predeterminación”. Su dentista le enviará una **confirmación del tratamiento y el costo**. Esta brinda información detallada sobre el plan de tratamiento, lo que cubren sus beneficios y cuánto le podría cobrar su dentista por el tratamiento.



**¿Tiene preguntas?
Llame a Delta Dental.
1-800-554-1907**

de lunes a viernes de 7 a. m.
a 5 p. m., hora del Pacífico

Willamette

Dental Group

Plan dental **Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2021**

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc., este plan proporciona una amplia cobertura de servicios para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones dentales y de los tejidos de soporte. Solo mencionamos algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Consulte el certificado de cobertura para obtener una descripción completa del plan que incluye sus limitaciones y exclusiones.

| 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 | Cubiertos con el copago de visita al consultorio |
| Odontología restauradora | |
| Empastes (de amalgama) | Cubierta 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) | Cubierta 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 \$2,500 |
| Implantes dentales | |
| Cirugía de implantes dentales | Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario |
| Otros | |
| Anestesia local | Cubierta 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.

Exclusiones

Puentes, coronas, dentadura postiza o aparatos protésicos que requieran varias citas de tratamiento o equipos en caso de que la prótesis sea instalada o entregada más de 60 días después del vencimiento de la cobertura.

La finalización o prestación de servicios o tratamientos que se hayan iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de implantes dentales, entre ellos, aparatos acoplados de mantenimiento y aquellos relacionados con implantes dentales.

Servicios endodónticos, servicios protésicos e implantes que sean proporcionados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Terapia endodóntica que se haya finalizado más de 60 días después del vencimiento de la cobertura. Consultas o exámenes que sean necesarios en relación con un servicio no cubierto. Servicios de investigación o experimentales, y consultas o exámenes relacionados.

Reconstrucción y restauración totales de la boca, usando coronas, puentes o implantes; y rehabilitación oclusal, incluyendo coronas, puentes o implantes utilizados con el fin de ferulizar, modificar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o corregir el desgaste, la abrasión o la erosión.

Atención durante la hospitalización fuera de un consultorio odontológico y que se relacione con procedimientos dentales, servicios médicos o costos de estadía en centros médicos. Servicios protésicos maxilofaciales.

Protectores dentales para dormir.

Restauraciones personalizadas.

Cirugía estética, reconstructiva o plástica y otros servicios o suministros, cuyo fin principal sea mejorar, modificar o realzar el aspecto.

Medicamentos con prescripción y de venta libre y premedicaciones.

Cobro del proveedor por no asistir a una cita o por cancelarla sin notificación con al menos 24 horas de anticipación.

Reemplazo de aparatos dentales por pérdida, extravío o robo; reemplazo de aparatos dentales que se hayan dañado debido al abuso, uso incorrecto o negligencia.

Reemplazo de restauraciones en buen estado.

Servicios y consultas o exámenes relacionados que no estén dentro del plan de tratamiento con prescripción y/o no sean recomendados ni aprobados por un dentista de Willamette Dental Group.

Servicios y consultas o exámenes relacionados que no sean necesarios para el diagnóstico, atención o tratamiento de la afección correspondiente.

Servicios prestados por una persona que no sea un dentista, técnico dental, higienista o auxiliar de odontología con licencia.

Servicios para el tratamiento de lesiones que se hayan sufrido mientras se practicaba o se participaba en una competencia atlética profesional.

Servicios para el tratamiento de una lesión o enfermedad que esté cubierta por compensación por accidente laboral o que sea responsabilidad del empleador.

Servicios para el tratamiento de lesiones autoinfligidas de forma intencional.

Servicios que cuenten con una cobertura derivada de un programa federal, estatal o gubernamental, salvo que la ley lo exija.

Servicios que no hagan parte de la cobertura según el contrato.

Servicios que no cuenten con pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintos a los servicios preventivos cubiertos.

Limitaciones

En caso de que se puedan utilizar servicios alternativos para tratar una afección, se cubrirá el servicio recomendado por el dentista de Willamette Dental Group.

En el caso de hijos dependientes, se cubrirán los servicios mencionados en el contrato que se presten para corregir malformaciones del desarrollo o congénitas, las cuales afecten las funciones de los dientes y las estructuras de soporte, siempre y cuando se establezca que es una necesidad dental. Se cubre la cirugía ortognática tal y como se especifica en el contrato, si el dentista de Willamette Dental Group determina que es una necesidad dental y autoriza la cirugía ortognática para el tratamiento de un inscrito, menor de 19 años, con malformaciones del desarrollo o congénitas.

Se cubren las coronas u otras reparaciones fabricadas de forma indirecta solo si es una necesidad dental y si el dentista de Willamette Dental Group lo recomienda.

En casos en los que un dentista de Willamette Dental Group haya realizado la terapia de conducto radicular inicial, el retratamiento de la terapia de conducto radicular se cubrirá como parte del tratamiento inicial durante los primeros 24 meses. En casos en los que un proveedor no participante haya realizado la terapia de conducto radicular inicial, el retratamiento de dicha terapia de conducto radicular por parte de un dentista de Willamette Dental Group estará sujeto a los copagos aplicables.

La anestesia general se cubre con los copagos que se especifican en el contrato si esta es administrada en un consultorio odontológico; siempre y cuando se relacione con el servicio cubierto y sea una necesidad dental debido a que el inscrito es menor de 7 años o tiene una discapacidad del desarrollo o física.

Se cubren los servicios prestados por un dentista en un entorno hospitalario si son una necesidad médica; están preautorizados por un dentista de Willamette Dental Group; si los servicios prestados son los mismos servicios que se habrían prestado en un consultorio odontológico; y si se pagan los copagos aplicables.

Se cubre el reemplazo de una dentadura postiza, corona, incrustación dental inlay, recubrimiento u otro aparato protésico existente si el aparato tiene más de 5 años y el reemplazo es una necesidad dental. Planee su tratamiento para maximizar sus beneficios.

Términos de uso común en el campo de seguros

Conozca las definiciones de algunos términos de uso común en el campo de seguros para comprender mejor su póliza de seguro.

Coaseguro

El coaseguro es el porcentaje de los costos que usted debe pagar por los servicios médicos después de alcanzar el monto del deducible (si su plan tiene uno).

Copago

Un copago es el monto que usted debe pagar por las consultas médicas, las visitas a la sala de emergencias y, usualmente, por los medicamentos con prescripción. Algunos planes le exigen que cubra los copagos en lugar de alcanzar el monto del deducible. Es posible que otros planes tengan ambos requisitos. Sus copagos no se incluirán en el monto del deducible, pero sí harán parte del límite de gastos por cuenta propia.

Deducible

El deducible es el monto que usted debe pagar durante un período de cobertura (usualmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan empiece a pagar. Es posible que el deducible no sea aplicable a todos los servicios y no todos los planes tengan deducible. En el caso de algunos planes, el deducible solo se aplica a servicios fuera de la red.

Elegibilidad

Usted es elegible para adquirir la cobertura médica que SEIU 775 Benefits Group ofrece, después de trabajar mínimo 80 horas mensuales durante mínimo dos meses consecutivos. Para seguir siendo elegible, debe continuar trabajando 80 horas mensuales.

Comparación entre servicios en la red y fuera de la red

Los servicios en la red son aquellos que cubre su plan médico y a los que usted puede acceder pagando un copago/coaseguro más bajo, o sin tener que pagar ninguno de estos dos montos. Los servicios fuera de la red son aquellos que su plan también cubre, pero que tienen un copago o coaseguro más alto que el de los servicios en la red.

Identificación del miembro

La identificación del miembro es un número que está relacionado exclusivamente con usted, el cual les permite a los proveedores de atención médica y a su personal verificar si usted cuenta con cobertura y los acuerdos de pago por los servicios prestados. También es el número que las compañías de seguros médicos utilizan para buscar miembros específicos y responder preguntas que posiblemente le surjan sobre sus reclamaciones y beneficios. El número de identificación de miembro lo puede encontrar en el documento de identificación respectivo.

Red

La red de su plan médico está conformada por centros, proveedores (médicos y enfermeros), así como administradores de su plan médico con los que se ha celebrado un contrato para que le presten servicios de atención médica.

Límite de gastos por cuenta propia

El límite de gastos por cuenta propia es el total que usted debe pagar antes de que su plan empiece a pagar la totalidad de los costos médicos cubiertos en lo que reste del año. Por lo general, los copagos, su deducible, coaseguro y pagos por servicios en la red cubiertos se incluyen dentro de este límite.

Proveedor de atención primaria o proveedor (médico)

Un proveedor de atención primaria es un médico u otro proveedor de atención médica al que puede recurrir para recibir atención continua. Puede elegir a su proveedor de atención primaria a través del sitio web de su plan médico. Puede que algunos planes le asignen un proveedor de forma automática, pero usted lo puede cambiar en cualquier momento.

Prima/coprima

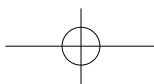
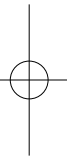
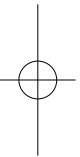
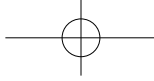
Una prima (o coprima) es el monto que usted debe pagar mensualmente por la cobertura del seguro médico, ya sea que visite o no a su médico en ese período. En el caso de los cuidadores cubiertos a través de SEIU 775 Benefits Group, su coprima es de tan solo \$25 mensuales.

Comparación entre servicios ambulatorios y hospitalarios

Un servicio hospitalario es aquel en el que debe pasar la noche en un hospital. Algunos ejemplos son dar a luz o someterse a una cirugía en particular. Un servicio ambulatorio es aquel en el que no debe permanecer en un hospital.

Cancelación de la cobertura

Si no desea inscribirse para gozar de cobertura médica o le gustaría dar por terminada la cobertura con la que cuenta, puede completar un formulario en línea a través de *My Plan*, o llamar a servicio al cliente para solicitar un formulario impreso. Si opta por cancelar la cobertura, puede que no pueda volver a inscribirse sino hasta el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) del 2022.





Daniel M.
Cuidador, Lynnwood

**El Open Enrollment (período anual
de inscripción a la cobertura médica)
va del 1.º al 20 de julio**

¡Inscríbese o realice cambios en su cobertura
en línea a través de *My Plan!*
myseiu.be/oe-myplan

¿Tiene preguntas?
Llame al
1-877-606-6705