

Open Enrollment 2022 (período anual de inscripción a la cobertura médica)

Del 1.º al 20 de julio para cuidadores y sus dependientes



Luz C.
Cuidadora, Kennewick

¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO
Cobertura dental de \$10
para dependientes
Si cambia su plan y trabaja
120 horas o más al mes.*

*Únicamente para proveedores de una agencia (AP)
y proveedores individuales de CDWA (IP).

**Del 1.º al 20 de julio: su última oportunidad
en este año**

**El Open Enrollment (período anual de inscripción a la
cobertura médica) es su oportunidad anual de realizar cambios
opcionales en su cobertura o cambiar su plan médico.***

Si ya está inscrito, no tiene que hacer nada más, a menos que quiera
agregar a un dependiente, realizar cambios opcionales en su cobertura,
o cambiar su plan médico.

***Si no realiza ningún cambio, es posible que no pueda realizar cambios hasta
el próximo período de inscripción abierta, a menos que ocurra un evento de
admisibilidad en su vida.**

Tabla de contenido



Cobertura de dependientes Página 4

My Plan Página 5
Realizar cambios o inscribirse en línea

Datos más destacados del plan médico Página 8
Aprenda sobre su plan médico

Médicos Página 10
Resumen del plan médico

Dental Página 13
Resúmenes de los planes dentales

Términos de uso común en el campo de seguros Página 18

NOTA: la cobertura ofrecida por SEIU 775 Healthcare NW Health Benefits Trust cumple con los principios de cobertura esencial mínima y cobertura de valor mínimo de la Ley de Atención Médica Asequible. Esto significa que si es elegible para recibir la cobertura a través de SEIU 775 Healthcare NW Health Benefits Trust, pero elige no inscribirse, podría afectar su elegibilidad para un crédito tributario por prima para la cobertura recibida a través de Washington Health Benefit Exchange.

Para obtener más información, comuníquese con Exchange al **1-855-923-4633** o en línea en **wahealthplanfinder.org**.



Instrucciones y datos más destacados

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 la solicitud que necesita completar para inscribirse usted mismo y sus dependientes, realizar cambios opcionales en su cobertura, o cambiar su plan médico.

¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO Cobertura dental de \$10 para dependientes

Si cambia su plan médico y trabaja 120 horas o más al mes. Consulte la página 4 para obtener más información.

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

- ✓ Cambiar su plan médico y obtener \$10 de cobertura dental para su(s) dependiente(s) (si es elegible).
- ✓ Agregar un dependiente a la cobertura, pero debe cubrir el costo completo de la prima.
- ✓ Realizar cambios opcionales en su plan dental (si está inscrito).

Los cambios entrarán en vigor el 1.º de agosto.

Si ya está inscrito, no tiene que hacer nada más, a menos que quiera agregar a un dependiente, realizar cambios opcionales en su cobertura, o cambiar su plan médico.



*Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, visite la página web Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) en myseiu.be/oe2022 o utilice la cámara de su teléfono para escanear el código.

Cómo realizar cambios

Debemos recibir su solicitud antes del 20 de julio para su procesamiento.



En línea

Complete una solicitud en línea antes del 20 de julio a través de Health: My Plan. Utilice la cámara de su teléfono para escanear el código, o visite myseiu.be/oe-myplan-22 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) antes del 20 de julio. Es necesario pagar los costos de envío. O envíela por fax al 516-723-7395.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia con el idioma:

llame al **1-877-606-6705**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., o visite myseiubenefits.org

Cobertura de dependientes

Alyssa E.
Cuidadora, Concrete



¡Si cambia su plan y trabaja 120 horas o más, será elegible para recibir la cobertura dental de \$10 al mes para sus dependientes! Envíe su solicitud entre el 1.º y el 20 de julio.

- En su plan actual, puede inscribir a su dependiente en la cobertura médica y dental cubriendo el costo completo de la prima.
- Si desea inscribir a su dependiente en la cobertura dental de \$10 (la opción de 120 horas) necesitará cambiar su plan, llame al **1-877-606-6705** para obtener ayuda. La cobertura para su dependiente comenzará cuando trabaje 120 horas o más al mes.
- Si no se recibe su pago mensual o sus horas trabajadas son menos de las requeridas, su dependiente perderá la cobertura.

Elija entre 2 opciones de cobertura de dependientes.

La opción de 80 horas:

Disponible en su plan actual. Es la mejor opción para los cuidadores que trabajan entre 80 y 119 horas al mes. La cobertura para su dependiente no comenzará hasta que trabaje 80 horas o más al mes.

- **Paquete médico/dental completo** al costo completo de la prima (\$686 a \$786 mensuales, más \$25 mensuales para su cobertura).

La opción de 120 horas:

Para inscribir a su(s) dependiente(s) en la opción de 120 horas, deberá cambiar su plan médico. Llame al **1-877-606-6705** para obtener ayuda. Tenga en cuenta: si cambia de plan, no podrá reintegrarse al plan de la POS de KPWA (su plan actual) en otro momento.

- **Paquete médico completo y cobertura dental de \$10** (\$628 a \$697 mensuales, más \$25 mensuales para su cobertura).
- O **únicamente cobertura dental de \$10 mensuales** (más \$25 mensuales para su cobertura).



¡NOVEDAD! Cobertura dental de \$10 para dependientes
Si cambia su plan y trabaja 120 horas o más.

Obtenga más información sobre la cobertura dental para dependientes en myseiu.be/oe-dep-dental o escanee el código con su teléfono.

Cómo inscribir y verificar a un dependiente

Inscribir a un dependiente en línea

1. Complete la sección de dependiente de la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) y envíela a través de Health: *My Plan* en myseiu.be/oe-myplan-22 antes del 20 de julio.
2. Recibirá una carta de confirmación en un plazo de 30 días.

Inscribir a un dependiente por correo postal o fax

1. Complete la sección de dependiente de la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) y envíela a la dirección que aparece en la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) antes del 20 de julio.
2. Envíe un documento que compruebe su parentesco con su(s) dependiente(s) en un plazo de 60 días posterior al envío de su solicitud a la dirección que aparece en la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud).
3. Comience a pagar a través del descuento por nómina.

NOTA: debemos recibir su solicitud antes del 20 de julio para su procesamiento.

¿A quién puedo agregar a mi cobertura?

Podrá inscribir sus hijos elegibles (hasta de 26 años de edad) en la cobertura de dependientes. Si elige inscribir a su(s) dependiente(s), deberá comprobar su parentesco con ellos. Para obtener una lista completa de dependientes admisibles, visite myseiu.be/oe-dv-22.

Verificación del dependiente

Si desea inscribir a un dependiente, deberá enviar un documento que compruebe su parentesco con él. Su solicitud no estará completa hasta que envíe la verificación del dependiente. Podrá enviarla a la misma hora que envía su solicitud (en línea a través de Health: *My Plan* o por correo postal), aunque tendrá 60 días para verificar a su dependiente después de enviar su solicitud.

Tipos de documentos aceptados para la verificación del dependiente

A continuación, encontrará algunos documentos aceptados para la verificación del dependiente. Para obtener una lista completa de los documentos aceptados, visite myseiu.be/oe-dep-ver.

- Una copia del certificado de nacimiento del dependiente.
- Una copia del certificado de acogida, custodia legal o adopción del dependiente.
- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente.



Obtenga más información sobre inscribir a un dependiente

Obtenga una lista completa de los dependientes y documentos aceptados en myseiu.be/oe-dep-ver.

¡Inscríbase o realice cambios a través de Health: My Plan!



Cree un usuario en Health: *My Plan*

Visite myseiu.be/oe-myplan-22 o utilice la cámara de su teléfono para escanear el código 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: 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 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@createhealth.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**

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**

¿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 Health: My Plan.

- Seleccione su empleador principal. Es decir, el empleador que deducirá de su sueldo una coprima mensual. Puede que el empleador principal lo reasigne en el futuro a otro empleador, de acuerdo con la cantidad de horas mensuales trabajadas.
- Verá la información de elegibilidad de cada beneficio.

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.
- Agregue un dependiente a su cobertura y verifique su relación con él. Consulte la página 4 para obtener más información.
- Obtenga más información sobre otros beneficios 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 Health: 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 Health: 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 con médicos de atención primaria gratis
- Médicos
- De ortodoncia
- Dentales
- Visuales
- De atención auditiva
- Para tratar la infertilidad
- De suministro de medicamentos con prescripción
- Apoyo emocional

Aproveche al máximo su cobertura

Encuentre al médico de su agrado

Establezca una relación con un médico de confianza al elegir un médico de atención primaria (también conocido como proveedor de atención primaria o PCP), 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 Permanente. 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 de atención 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-2022 para obtener más información.

¡Beneficios de atención auditiva sin copago!

A través de EPIC hearing, puede obtener hasta \$1,200 en dispositivos auditivos para cada oído sin copago. Obtenga más información en myseiu.be/hearing.

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 la línea Behavioral Health Access de Kaiser al **1-888-287-2680** o visite myseiu.be/kaiser-bh.
- **¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO.** Hable con un terapeuta a través del Care Chat (Chat de atención) en salud mental. Visite kpwa.org para obtener más información.



Obtenga gratis un par de zapatos antideslizantes Caregiver Kicks, siempre y cuando tenga derecho a este beneficio ¡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.

¿No está seguro de si es elegible?

Visite myseiu.be/oe-myplan-22 para verificar su elegibilidad.

*El costo de la cobertura personal es de \$25 mensuales (también conocido como coprima). Si elige inscribir a dependientes, su costo mensual será más alto. Vea la página 4 para obtener información sobre los precios. **Las visitas a su médico de atención primaria no tienen copago; sin embargo, si su médico ordena pruebas o análisis de laboratorio, es posible que deba pagar un copago por esos servicios.

Janie H.
Cuidadora, Spokane

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.

*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 Sav-Rx sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), siempre y cuando esté inscrito en un plan médico.

**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
Medicamentos basados en el valor**	\$4	\$0 por suministro de 30 días
Medicamentos genéricos	\$8	\$3 por suministro de 30 días
Medicamentos de marca del vademécum	\$25	\$20 por suministro de 30 días

Alternativas al uso de la sala de emergencias

Sala de emergencias Copago de \$200	Atención de urgencias Copago de \$0	Consultas en línea/con el médico de atención primaria: Gratis
---	---	--

Ahorre \$200 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 \$200.

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 plan de la POS
Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2022

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 Asegurable del 2010:

- Únicamente proveedores de una agencia y proveedores individuales de CDWA: los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan incluso hasta los 26 años de edad. Usted será responsable de pagar el costo completo de la prima de sus dependientes. Comuníquese con su empleador para conocer las tarifas de la prima.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del plan	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario Deducible familiar: \$1,000 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 Límite de gastos por cuenta propia (familiar): \$2,400 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
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	Genérico preferido/marca preferida/no preferido Copago de \$13/\$30/\$55 por suministro de 30 días
Prescripción pedida por correo	Descuento de \$5 por suministro de 30 días	No cubierta
Acupuntura	Se cubren hasta 8 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
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 Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Resumen de los beneficios del plan médico - Kaiser Permanente de la POS de Washington (continuación)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Aparatos, equipos y suministros	Los suministros para diabéticos están eximidos de deducible. Se cubre por completo el equipo de fototerapia en casa	Se cubre el 50 % y se aplican deducibles
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 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	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
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	Se cubren los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y todos los servicios relacionados, entre ellos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro, y la farmacoterapia, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$50,000. Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$5,000	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 10 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
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. Se cubren hasta 3 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. El plan debe aprobar las visitas adicionales	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Resumen de los beneficios del plan médico - Kaiser Permanente de la POS de Washington (continuación)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
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, vacunaciones, 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 (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Lentes ópticos Lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas	Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$300 por 12 meses	Igual que en la red

Sus opciones de planes dentales

Proveedores	Máximo anual	Deducible	Copago para exámenes de rutina	Características especiales
	\$2,000	\$0	Cubierto completamente	• Amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. • Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis con su visita al dentista de Pacific Dental Alliance (PDA). Obtenga más información en myseiu.be/oe-pda • ¡Obtenga cuidado dental gratis de un dentista de PDA hasta por un monto máximo de \$2,000!
	Ninguno	\$0	Cubierto completamente	• Conveniente para cuidadores que viven por la ruta I-5. • Sin máximo anual para cuidadores con gastos dentales elevados. • Visita imprescindible con un proveedor de Willamette Dental.

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

- Ambos planes dentales ofrecen beneficios de ortodoncia.
- Para cambiar su plan dental, complete y devuelva la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud). Debemos recibir su solicitud antes del 20 de julio para su procesamiento.
- **¡NUEVO! IMPLEMENTADO ESTE AÑO.** Ahora, los AP e IP de CDWA que eligen la opción de 120 horas pueden inscribir a sus dependientes únicamente en la cobertura dental por tan solo \$10 al mes (previo al cambio de su plan). Obtenga más información en myseiu.be/oe-dep-dental.



Plan de la PPO

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2022

Período de beneficios: 01/01/2023 - 31/12/2023

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 %

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 MySmile®

¡Obtenga 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 PO 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

Para 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.



Visite myseiu.be/oe-pda para obtener la lista completa de proveedores de PDA.



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.

Beneficio	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)	Cubiertos 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

*Los procedimientos relacionados con la ATM tienen 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.

Visita imprescindible con un proveedor de Willamette Dental.

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 plan de seguro médico.

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.

Coprima/prima

La prima cubre el costo total de su cobertura médica cada mes. La coprima es un porcentaje o monto establecido de la cobertura médica total que usted paga. Por ejemplo, la coprima de su cobertura personal es de tan solo \$25 al mes. Sin embargo, si elige inscribir dependientes en la cobertura, su coprima mensual será más alta. Vea la página 4 para obtener información sobre los costos.

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.

Dependiente

Un dependiente es un hijo (hasta de 26 años de edad) que es elegible para recibir la cobertura de su plan a través de SEIU 775 Benefits Group. Para obtener una lista completa de dependientes admisibles, visite myseiu.be/oe-dv-22.

Elegibilidad

Usted es elegible para adquirir la cobertura médica personal 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 podría cubrir o no, 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 le 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. El número de identificación de miembro lo puede encontrar en el documento de identificación respectivo.

Red

La red 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.



Dora P.
Cuidadora, Tacoma

Proveedor de atención primaria o proveedor (médico)

Un proveedor de atención primaria es un médico u otro proveedor de atención médica, como un enfermero o auxiliar médico, 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, pero usted lo puede cambiar en cualquier momento.

Comparación entre servicios ambulatorios y hospitalarios

Un servicio hospitalario es aquel en el que debe pasar la noche en un hospital o centro médico. 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 o centro médico.

Cancelación de la cobertura

Si no desea inscribirse para gozar de cobertura médica o le gustaría dar por terminada la cobertura para usted o su(s) dependiente(s) (si está inscrito), puede completar un formulario en línea en Health: My Plan o llamar a servicio al cliente para recibir un formulario impreso. Si opta por cancelar la cobertura, puede que no pueda volver a inscribirse sino hasta el siguiente periodo de inscripción abierta (cada año, del 1.º al 20 de julio), o si ocurre un evento de admisibilidad en su vida.



SEIU 775
BENEFITS GROUP

Capacitaciones – Salud – Jubilación – Trabajos



Betty F.
Cuidadora, Spokane Valley



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

¡Realice cambios en su cobertura en línea
a través de Health: My Plan!
myseiu.be/oe-myplan-22

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