



**OPEN ENROLLMENT (PERÍODO ANUAL DE INSCRIPCIÓN A LA COBERTURA MÉDICA) 2023**

# Guía sobre los beneficios de salud



Evelyn K.  
Cuidadora, Des Moines

**Inscríbase o realice cambios en su cobertura médica del 1.º al 20 de julio en [myseiu.be/oe-es](https://myseiu.be/oe-es).**

Si no desea realizar cambios, no tiene que hacer nada.

**¡Nuevo! Implementado este año: Coverage for Kids! (¡Cobertura para sus hijos!)**

¡Obtenga la misma cobertura médica y dental de alta calidad que usted tiene, para sus hijos! El Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) es su oportunidad para incluir este nuevo beneficio.



**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**

Ver en español: [myseiu.be/oe-es](https://myseiu.be/oe-es)  
 查看中文版: [myseiu.be/oe-zh](https://myseiu.be/oe-zh)  
 한국어로 보기: [myseiu.be/oe-ko](https://myseiu.be/oe-ko)  
 Посмотреть на русском: [myseiu.be/oe-ru](https://myseiu.be/oe-ru)  
 Переглянути укр: [myseiu.be/oe-ua](https://myseiu.be/oe-ua)  
 Xem bằng Tiếng Việt: [myseiu.be/oe-vi](https://myseiu.be/oe-vi)  
 Ku eeg Af-Soomaali: [myseiu.be/oe-so](https://myseiu.be/oe-so)  
 ບໍ່ນາສາ ຈີ້ຈ ນຊ້: [myseiu.be/oe-pa](https://myseiu.be/oe-pa)  
 អានជាភាសាខ្មែរ: [myseiu.be/oe-kh](https://myseiu.be/oe-kh)  
 عرض باللغة العربية: [myseiu.be/oe-ar](https://myseiu.be/oe-ar)

**Tiene preguntas o necesita asistencia con el idioma: llame al 1-877-606-6705**

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

Estimado cuidador:

Durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), del 1.º al 20 de julio tendrá la oportunidad de obtener una cobertura de atención médica asequible y de alta calidad.

Los cuidadores realizan una importante labor para garantizar que nuestros seres queridos y nuestras comunidades estén sanos y seguros. ¡Usted también se merece un buen servicio de atención!

Por eso, los planes médicos de SEIU 775 Benefits Group están diseñados pensando en los cuidadores. Los beneficios médicos, dentales, de ortodoncia, de la visión, auditivos, de salud emocional, relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción y más están incluidos, por el bajo costo de \$25 al mes por su cobertura.

Usted ha compartido lo importante que es que sus hijos también tengan cobertura de atención médica, y estoy encantada de compartir la gran novedad de este año: Coverage for Kids! (¡cobertura para sus hijos!). La Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) les ofrece la misma excelente cobertura que usted tiene. Conozca todo sobre este nuevo beneficio en la página 4.

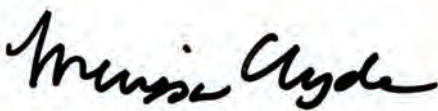
Cada año, nos esforzamos por asegurarnos de que se introduzcan mejoras en su cobertura de atención médica que marquen la diferencia para usted y su familia.

Utilice esta Guía sobre los beneficios de salud para:

- Entender mejor su plan médico.
- Inscribirse en una cobertura de atención médica por primera vez, agregar a sus hijos a su cobertura actual o cambiar su plan dental.
- Obtener más información sobre otros grandes beneficios disponibles para usted.

En representación de SEIU 775 Benefits Group, ¡gracias por cuidar de los demás! Es un honor ofrecer una cobertura de atención médica diseñada para las necesidades de salud y bienestar de usted y sus hijos.

Un saludo cordial,



Merissa Clyde  
Directora Ejecutiva (CEO),  
SEIU 775 Benefits Group



## TABLA DE CONTENIDO

### 3 Cobertura médica para usted

Obtenga cobertura médica y dental para usted si trabaja 80 horas o más al mes.

### 4 Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Obtenga cobertura médica y dental para sus hijos si trabaja 120 horas o más al mes.

### 5 Cómo obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Obtenga más información sobre la verificación del dependiente y otros pasos que debe seguir.

### 6 Cuándo solicitar/realizar cambios

Conozca cuándo puede inscribirse en una nueva cobertura o realizar cambios en la existente.

### 8 Cómo inscribirse/realizar cambios

Consulte las instrucciones para inscribirse o realizar cambios en su cobertura en línea o por correo postal.

### 9 Cómo conservar la cobertura

Aprenda cómo mantener la cobertura y qué hacer si la pierde.

### 10 Otros grandes beneficios

Conozca más sobre otros beneficios sin costo que pueden ayudarle a mejorar su calidad de vida.

### 11 Datos más destacados del plan médico

Consulte los detalles del plan y conozca cómo sacar el máximo provecho a su cobertura.

### 16 Opciones dentales

Conozca más sobre sus 2 opciones de plan dental: Delta Dental y Willamette Dental.

### 21 Términos de uso común en el campo de seguros

Conozca las definiciones de algunos términos de uso común en el campo de seguros y comprenda mejor su cobertura.

### 22 COBRA

Conozca cómo COBRA le ofrece una cobertura de atención médica continuada si pierde la cobertura.



Maureen C.  
Cuidadora, Spokane

# ¡Nuevo! Implementado este año.

## Obtenga la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Si trabaja 120 horas o más al mes, ¡puede agregar a sus hijos (hasta que cumplan 26 años) a su cobertura!

Elija entre 2 opciones de cobertura:

- **Cobertura médica y dental completa** por solo \$100 al mes, para todos sus hijos (más \$25 por su cobertura).\*
- **Cobertura dental únicamente** por solo \$10, para todos sus hijos (más \$25 por su cobertura).

Obtenga más información sobre cómo obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) en las páginas 4 y 5.

\*Su pago mensual (coprima) correspondiente a la cobertura para usted y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) es de \$125.

## Nuevos beneficios para usted

Cambios en su cobertura para este año:

- Copago de \$0 por insulina genérica preferida y de marca preferida.
- Aumento de los cuidados alternativos (como la acupuntura y el cuidado quiropráctico) ahora se cubren hasta 20 visitas por año.
- Cuidados de naturopatía ilimitados.
- Un beneficio de infertilidad mejorado, que incluye un nuevo beneficio de farmacia para las necesidades de fertilidad.

Consulte los demás beneficios cubiertos en el Resumen del plan en la página 13.

## Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) para obtener cobertura de atención médica: del 1.º al 20 de julio

### Este 20 de julio es la fecha límite para:

- ✓ Solicitar cobertura, si es elegible y aún no está inscrito.
- ✓ Cambiar su plan dental, si ya está inscrito.
- ✓ ¡Obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)! Agregue cobertura médica y/o dental para sus hijos si trabaja 120 horas o más al mes.

### Envíe su Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa antes del 20 de julio en línea o por correo postal.

Consulte la página 7 para saber cómo  
presentar la solicitud.

Los cambios realizados durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) entrarán en vigor el 1.º de agosto del 2023. No tiene que hacer nada si no desea cambiar su cobertura actual. Si no realiza ningún cambio, es posible que no pueda solicitar o realizar cambios hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que ocurra un evento de admisibilidad en su vida, como tener un bebé o perder otra cobertura de atención médica.

¿Necesita ayuda para presentar su  
solicitud o tiene alguna pregunta?  
Llame al 1-877-606-6705.

# Cobertura para usted

## Adquiera cobertura médica y dental de alta calidad por solo \$25 al mes con los siguientes beneficios:

Consultas con médicos de atención primaria gratis

Médicos

Dentales

De ortodoncia

Salud emocional

Visión

Audición

Para tratar la infertilidad

Atención para afirmación de género

Suministro de medicamentos con prescripción

Cuidado alternativo

Cuidado quiropráctico

Obtenga más información sobre los datos más destacados del plan médico en la página 11.

## ¿Cómo puedo seguir siendo elegible?

Usted es elegible para adquirir la cobertura de atención médica a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust cuando **trabaja 80 horas o más al mes** durante 2 meses consecutivos, y continua trabajando 80 horas o más al mes para conservar la cobertura.

## ¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Puede solicitar su cobertura durante uno de los siguientes períodos:

- ✓ **Durante el período de inscripción abierta**, del 1.º al 20 de julio de cada año.
- ✓ **Cuando sea elegible** para adquirir la cobertura por primera vez.
- ✓ **Si ocurre un “evento de admisibilidad en su vida”** como perder la cobertura que tenía a través de su cónyuge u otro proveedor de seguros. Para obtener más información consulte la página 6.

## ¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Puede solicitar la cobertura:

- En línea a través de Health: *My Plan* en [myseiu.be/oe-myplan](https://myseiu.be/oe-myplan).
- Utilizando la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) incluida en este paquete.

Las instrucciones para presentar la solicitud se encuentran en la página 7.

## ¿Cuándo comenzará mi cobertura?

Si cumple con los criterios de elegibilidad y completó la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), su cobertura empezará el 1.º de agosto del 2023.

## ¿Cómo puedo conservar mi cobertura?

Para conservar su cobertura debe:

- ✓ Continuar trabajando 80 horas o más al mes.
- ✓ Continuar realizando su pago mensual de \$25 (coprima).

## ¿Qué pasa si pierdo la cobertura?

Si pierde la cobertura, recibirá información sobre cómo continuar la cobertura a través de COBRA. Obtenga más información en la página 22. Si vuelve a trabajar al menos 80 horas al mes en un plazo de 12 meses, su cobertura se reanudará automáticamente. Para obtener más información consulte la página 9.

# Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

**¡Nuevo! Implementado este año. Puede agregar a sus hijos a su cobertura (hasta que cumplan 26 años).**

Con la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), ellos pueden obtener cobertura médica y dental por \$100 al mes o cobertura dental únicamente por \$10 al mes. Sus hijos disfrutarán de los mismos grandes beneficios que usted, como salud emocional, ortodoncia, chequeos de bienestar y mucho más.

## ¿Cuánto cuesta?

Si inscribe a sus hijos en la cobertura médica y dental, el pago mensual es de \$100 al mes, más \$25 por su cobertura. Si inscribe a sus hijos en la cobertura dental únicamente, el pago mensual es de \$10 al mes, más \$25 por su cobertura. **El pago mensual de la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) es el mismo, ¡independientemente del número de hijos que tenga!**

	Médica y dental	Dental únicamente
Solo usted	\$25	No disponible
Usted y 1 hijo	\$125	\$35
Usted y 2 hijos	\$125	\$35
Usted y más de 3 hijos	\$125	\$35

**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), llame al 1-877-606-6705.**

## ¿Cómo puedo obtener la Coverage for Kids (cobertura para mis hijos)?

Para obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe trabajar **120 horas o más al mes** y continuar trabajando 120 horas o más al mes para conservarla.

Si actualmente no trabaja 120 horas o más pero desea obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), complete la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). La Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) comenzará cuando usted empiece a trabajar 120 horas o más al mes.

## ¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Puede solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):

- ✓ **Durante el período de inscripción abierta**, del 1.º al 20 de julio de cada año.
- ✓ **Cuando sea elegible** para obtener la cobertura por primera vez.
- ✓ **Si ocurre un “evento de admisibilidad en su vida”** como tener un bebé o adoptar a un hijo. Para obtener más información consulte la página 6.

## ¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Puede solicitar la cobertura:

- En línea a través de Health: *My Plan* en [myseiu.be/oe-myplan](https://myseiu.be/oe-myplan).
- Utilizando la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) incluida en este paquete.

Si elige agregar hijos a su cobertura, deberá presentar un documento de verificación del dependiente que compruebe su parentesco por cada hijo que agregue. Encontrará las instrucciones para presentar la solicitud y más información sobre la verificación del dependiente en la página 5.

## ¿Cuándo comenzará la Coverage for Kids (cobertura para mis hijos)?

Si cumple con los criterios de elegibilidad y presenta la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), la cobertura empezará el 1.º de agosto del 2023.

## ¿Cómo conservo la Coverage for Kids (cobertura para mis hijos)?

Para conservar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) debe:

- ✓ Continuar trabajando 120 horas o más al mes.
- ✓ Continuar realizando el pago mensual (coprima) correspondiente a usted y sus hijos dependientes.

## ¿Qué pasa si pierdo la Coverage for Kids (cobertura para mis hijos)?

Si pierde la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), recibirá información sobre cómo continuar su cobertura a través de COBRA. Obtenga más información en la página 22. Si vuelve a trabajar al menos 120 horas al mes, la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) se reanudará automáticamente. Siempre y cuando trabaje al menos 80 horas al mes, su cobertura personal continuará.

# Cómo obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

¡Obtenga la misma cobertura médica y dental de alta calidad que usted tiene, para sus hijos! Si trabaja 120 horas o más al mes, ¡puede obtener cobertura médica y/o dental para sus hijos dependientes (hasta que cumplan 26 años)!

## Cómo obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Si quiere agregar hijos a su cobertura deberá:

- ✓ Trabajar al menos 120 horas al mes.
- ✓ Completar la sección “Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)” de la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud), en línea o por correo postal. Elegir una opción de la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) (médica y dental por \$100 o dental únicamente por \$10).
- ✓ Presentar un documento de verificación del dependiente que compruebe su parentesco con su(s) hijo(s) junto con la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa.
- ✓ Pagar el monto mensual requerido para la opción de cobertura que haya elegido para sus hijos (\$100 para la cobertura médica y dental o \$10 para la cobertura dental únicamente). Esto no incluye el monto de su coprima individual. Para obtener más información consulte la página 4.

## ¿A quién puedo agregar a la Coverage for Kids (cobertura para mis hijos)?

Puede agregar a los hijos elegibles (hasta que cumplan 26 años).

Algunos ejemplos de hijos dependientes que cumplen los requisitos son:

- Hijos biológicos.
- Hijos adoptados.
- Hijastros o hijos de su pareja de hecho.

Para obtener una lista completa de quiénes cumplen los requisitos como hijos dependientes, visite [myseiu.be/cfk-es](https://myseiu.be/cfk-es).

## Verificación del dependiente

Cuando inscriba a sus hijos dependientes, tendrá que verificar su parentesco con ellos antes de que la cobertura comience. Deberá enviar un documento por cada hijo que inscriba.

Se recomienda que envíe su(s) documento(s) de verificación del dependiente junto con la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa. Si no puede hacerlo, deberá enviar su(s) documento(s) de verificación del dependiente antes del **30 de septiembre**. Si envía su verificación del dependiente por separado, asegúrese de etiquetarla con su nombre y apellidos y los cuatro últimos dígitos de su número de seguridad social.

## Documentos aceptados para la verificación del dependiente

Algunos ejemplos de documentos que se pueden utilizar para la verificación del dependiente incluyen:

- Una copia del certificado de nacimiento de su hijo.
- Una copia del certificado de acogida, custodia legal o adopción de su hijo.
- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente en la que figure(n) su(s) dependiente(s).

Si va a agregar al hijo de una pareja de hecho, deberá completar un formulario adicional. Para obtener una lista completa de los documentos aceptados, visite [myseiu.be/cfk-es](https://myseiu.be/cfk-es). Debe presentar un documento de verificación del dependiente por cada hijo que inscriba.

# Cuándo solicitar o realizar cambios

Puede solicitar una cobertura de atención médica asequible y de alta calidad cuando sea elegible por primera vez, durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o si ocurre un evento de admisibilidad en su vida.

## Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): del 1.º al 20 de julio

El Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) es su oportunidad anual para solicitar o realizar cambios en su cobertura. El 20 de julio es la fecha límite para:

- Solicitar cobertura, si es elegible y aún no está inscrito.
- Cambiar su plan dental, si ya está inscrito.
- ¡Obtener la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)!  
Obtenga la misma cobertura de alta calidad para sus hijos, si trabaja 120 horas o más al mes.

**Debemos recibir su solicitud de beneficios de salud completa antes del 20 de julio para su procesamiento.** Los cambios realizados durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) entrarán en vigor el 1.º de agosto del 2023.

**Si no desea cambiar su cobertura, no tiene que hacer nada.**

¡Seguirá recibiendo la misma cobertura que ha tenido hasta ahora!  
Es posible que no pueda solicitar o realizar cambios hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que ocurra un evento de admisibilidad en su vida (QLE).

## Período especial de inscripción en caso de que ocurra un evento de admisibilidad en su vida (QLE)

Un evento de admisibilidad en su vida es un cambio en la situación de su vida, como tener un bebé o perder otra cobertura, lo cual puede hacer que sea elegible para participar en un período especial de inscripción de 30 días, lo que le permite inscribirse en una cobertura médica fuera del Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). El período de 30 días comienza en el momento en que ocurre su evento, por lo que debe completar y enviar su solicitud dentro del plazo de 30 días.

Eventos en su vida que podrían cumplir los requisitos para un período especial de inscripción en caso de que ocurra un QLE:

- Tener o adoptar un bebé.
- Perder otra cobertura de atención médica.
- Divorciarse.

Luz C.  
Cuidadora, Kennewick



# Cree un usuario en Health: *My Plan*



Cuando cree un usuario en Health: *My Plan*, podrá solicitar o realizar cambios en su cobertura fácilmente. Visite [myseiu.be/oe-myplan](http://myseiu.be/oe-myplan) o escanee el código QR y siga 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 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 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@TCOR.com](mailto:CREATE.Compliance@TCOR.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 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 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 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

**Descargue la aplicación móvil MyCreateHealth en su teléfono inteligente para usar Health: *My Plan*.**

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





# Cómo solicitar o realizar cambios

La forma más sencilla de realizar cambios o solicitar cobertura para usted o sus hijos es en línea, a través de Health: *My Plan*.

## Health: *My Plan* myseiu.be/oe-myplan

**Paso 1: inicie sesión y consulte la información de su cobertura médica o inscribáse 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. Su empleador principal deducirá de su sueldo una coprima mensual. Si tiene más de un empleador, su empleador principal se establece automáticamente según el empleador con el que trabaja más horas. Puede cambiar su empleador principal llamando al 1-877-606-6705.
- Verá la información de elegibilidad de cada beneficio.

**Paso 3: edite sus preferencias, por ejemplo:**

- Confirme sus preferencias relacionadas con la comunicación: teléfono, correo electrónico o correo postal.
- Indique su idioma preferido.
- Agregue la información de sus hijos (si corresponde).

**Paso 4: inscribáse o realice cambios en su cobertura médica.**

- Plan médico: su plan se asigna con base en su código postal.
- Plan dental: compare los planes y elija entre las opciones de planes dentales disponibles.
- Agregue un hijo o hijos a su cobertura (si corresponde).

**Paso 5: revise sus selecciones.**

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

**Paso 7: verifique su parentesco con los hijos que agregó a la cobertura.**

- Para obtener más información consulte la página 5.

## 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.
- Informar de un evento de admisibilidad en su vida (si corresponde).
- Ver sus horas de trabajo.
- Realizar pagos automáticos, ¡y más!

## ¿Tiene preguntas?

**1-877-606-6705**

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.,  
hora del Pacífico

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

## Para solicitar o realizar cambios por correo postal o fax:

Envíe por correo postal o fax su solicitud completa (con los documentos de verificación del dependiente, si corresponde) a la dirección o número de fax que figuran en la Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud). Es necesario pagar los costos de envío. Debemos recibir su solicitud antes del 20 de julio para su procesamiento.

# Cómo conservar la cobertura

Una vez que obtenga la cobertura, deberá seguir trabajando las horas requeridas al mes y realizar su pago mensual (coprima) a tiempo para conservar la cobertura médica continua. Es importante que informe sus horas a tiempo a su empleador para evitar perder su cobertura o la de sus hijos.

## Para conservar su cobertura debe:

- ✓ Trabajar 80 horas o más al mes.
- ✓ Informar sus horas en los 60 días siguientes al mes trabajado.
- ✓ Realizar su pago mensual de \$25.

## Para conservar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) debe:

- ✓ Trabajar 120 horas o más al mes.
- ✓ Informar sus horas en los 60 días siguientes al mes trabajado.
- ✓ Realizar el pago mensual completo correspondiente a usted y sus hijos dependientes.

Si trabaja menos de 120 horas pero mínimo 80 horas (entre 80 y 119) en un mes, su cobertura seguirá activa, sin embargo la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) finalizará.

## Las horas que trabaja: cómo y cuándo repercuten en la cobertura.

Las horas que trabaje en el mes 1 afectan la cobertura en el mes 3. Por ejemplo, las horas que trabaja en enero afectan la cobertura de marzo. Si pierde la cobertura por no trabajar suficientes horas, su cobertura se reanuda automáticamente cuando vuelva a trabajar las horas requeridas.

Horas trabajadas en:	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agto.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Proporcionan cobertura en:	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agto.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.

## Dado que su cobertura de atención médica y la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) tienen requisitos de horas diferentes, puede perder la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) y seguir conservando su cobertura de atención médica.

Por ejemplo: si trabaja más de 80 pero menos de 120 horas en el mes 1, la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) finalizará en el mes 3, pero usted seguirá estando cubierto.

<b>MES 1</b> Usted trabaja entre 80 y 119 horas.	<b>MES 2</b> Usted trabaja 120 horas o más.	<b>MES 3</b> Con base en las horas trabajadas en el mes 1, la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) finaliza, pero usted sigue estando cubierto.	<b>MES 4</b> Con base en las horas trabajadas en el mes 2, se reanuda la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).
---	--	--	---

**NOTA:** si tiene una interrupción en la cobertura de 12 meses o más, tendrá que volver a solicitar la cobertura de atención médica. También puede ser elegible para la cobertura de COBRA, una cobertura de atención médica disponible para las personas que pierden su cobertura. Para obtener más información consulte la página 22.

## ¿Necesita más horas?

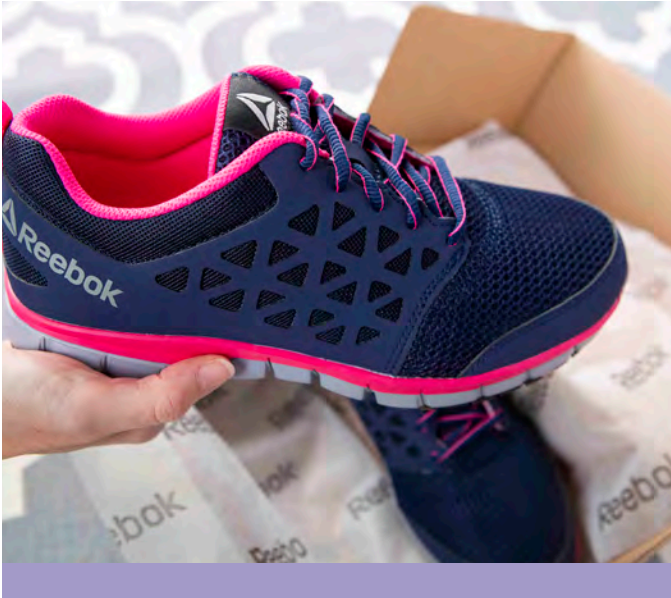
Si le faltan algunas horas, es posible que pueda utilizar el tiempo de vacaciones remuneradas (PTO) o las horas de capacitación remuneradas para cumplir con sus horas requeridas.



Si usted es un Proveedor Individual (IP) y necesita más horas de otro cliente para conservar la cobertura, pruebe usando Carina, un sitio web gratuito de ofertas de empleo que le ayuda a encontrar más clientes. Visite [myseiu.be/oe-carina](http://myseiu.be/oe-carina) para obtener más información.

# Otros grandes beneficios

Usted tiene acceso a más beneficios sin ningún costo, diseñados para ayudarle a mantenerse sano, reducir el estrés, estar seguro en el lugar de trabajo y mejorar su calidad de vida. Puede obtener estos beneficios aunque no tenga cobertura de atención médica a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust (sujeto a las reglas de elegibilidad).



## Caregiver KICKS™



### Zapatos gratis para cuidadores

Obtenga gratis un par de zapatos antideslizantes Caregiver Kicks, ¡cada año! Independientemente de que sean zuecos, zapatillas, zapatos de caña alta o baletas, los Caregiver Kicks:

- Son cómodos.
- Lo protegen mientras trabaja.
- Pueden aliviar el dolor de espalda y pies.

Además, están disponibles en más de 70 estilos de marcas populares como Reebok (ribuk) y Skechers (squéchers).

Para ser elegible, debe trabajar 80 horas al mes durante 2 meses consecutivos.



Obtenga más información sobre Caregiver Kicks:  
[myseiu.be/oe-kicks](https://myseiu.be/oe-kicks)

## ginger

### Aplicación para la salud emocional

Si se siente estresado o abrumado, pruebe Ginger, la aplicación gratuita para teléfonos inteligentes que le ayudará a mejorar su salud emocional. Con Ginger, puede conversar con un asesor a través de mensajes de texto seguros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros de su familia mayores de 18 años también pueden descargar Ginger de manera gratuita.

Si tiene cobertura de atención médica a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, también puede obtener consultas seguras y confidenciales por videollamada con un terapeuta certificado.

Para ser elegible y usar Ginger, debe trabajar al menos una hora al mes.



Obtenga más información sobre Ginger:  
[myseiu.be/oe-ginger](https://myseiu.be/oe-ginger)

# Datos más destacados del plan médico

Aetna es el plan médico disponible para usted, con base en su código postal.

# aetna<sup>SM</sup>

Su cobertura de atención médica le ofrece muchas formas de obtener atención y apoyo para su salud y bienestar, con acceso a programas, recursos y descuentos para mejorar su vida y mantener un estilo de vida saludable.

Una vez inscrito, Aetna le enviará por correo postal un documento de identificación de miembro. Este documento contiene información importante que necesitará siempre que reciba atención. También podrá utilizar su identificación de miembro para crear una cuenta de Aetna en línea. Si no recibe su documento de identificación llame al **855-736-9469**.

Para estar al tanto de su atención, cree una cuenta en el sitio web para miembros de Aetna en **MyAetnaWebsite.com**, o utilice la aplicación para teléfonos inteligentes Aetna Health para acceder a sus beneficios.



## Consulta gratis con su médico

Con su cobertura de Aetna no hay copago cuando acude a su médico de atención primaria (también llamado proveedor de atención primaria o PCP). Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar, cuando se sienta enfermo. Es fácil encontrar un PCP a través de [myseiu.be/oe-doctor](https://myseiu.be/oe-doctor).

Con su cobertura, también obtendrá una práctica atención de alta calidad en línea o por teléfono. Esto incluye consulta por videollamada o teléfono y recomendaciones telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Beneficios de salud emocional

Su salud emocional es tan importante como su salud física. La cobertura de Aetna incluye apoyo profesional las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asesoramiento en persona o virtual y recursos útiles en línea, así como:

- **El programa de apoyo Aetna AbleTo.** Reciba ayuda real que se ajusta a su horario gracias a un conveniente programa de asesoramiento y consejería telefónica o por video de 8 semanas. Llame al **855-736-9469** para obtener más información.
- **El programa de manejo de afecciones relacionadas con la salud del comportamiento de Aetna.** Durante este programa confidencial, trabaje junto con su equipo de cuidado para realizarse exámenes de detección temprana y recibir el cuidado y el apoyo que necesita.



## ¡Beneficios de atención auditiva sin copago!

A través de EPIC Hearing, puede obtener hasta \$1,200 en dispositivos auditivos para cada oído sin copago, así como consultas en persona o en línea. Empiece en [myseiu.be/epic](https://myseiu.be/epic).



## Ahorre dinero con estas alternativas al uso de la sala de emergencias.

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.

Consultas en línea/con el médico de atención primaria	Gratis*
Atención de urgencias	Copago de \$15
Sala de emergencias	Copago de \$200

\*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.

## Sus beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

**Aetna utiliza la red de farmacias minoristas Sav-Rx para los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción.** La red incluye 75,000 farmacias en todo el país. Es importante que presente su documento de identificación de Sav-Rx en la farmacia para acceder a su beneficio. Recibirá por correo postal su documento de identificación de Sav-Rx.

Regístrese para crear una cuenta en el portal de Sav-Rx y tener un mayor acceso y control sobre su farmacia. Visite [savrx.com](http://savrx.com) para empezar. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Sav-Rx llamando al **800-228-3108**.

Copago de prescripción médica (en la red)	En la farmacia (suministro de 30 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)
Anticonceptivos genéricos*	\$0	\$0
Medicamentos basados en el valor**	\$4	\$8
Medicamentos genéricos	\$8	\$16
Medicamentos de marca preferida	\$25	\$50
Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$50	\$100

\*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.



Obtenga más información sobre su cobertura en [myseiu.be/oe-es](http://myseiu.be/oe-es)



## Resumen del plan autoasegurado de Aetna

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2023

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: los hijos dependientes pueden inscribirse en este plan hasta que cumplan 26 años.

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
<b>Deducible del plan</b>	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario Deducible familiar: \$1,000 por año calendario
<b>Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año</b>	No es aplicable	Se aplica al saldo del cuarto trimestre
<b>Coaseguro del plan</b>	Sin coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido
<b>Límite de gastos por cuenta propia</b>	<b>Límite de gastos por cuenta propia (médicos):</b> Individual: \$800 Familiar: \$1,600 <b>Límite de gastos por cuenta propia (medicamentos con prescripción):</b> Individual: \$400 Familiar: \$800 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	Igual que en la red
<b>Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)</b>	Sin PEC	Igual que en la red de proveedores preferidos
<b>Máximo vitalicio</b>	Sin límite	Igual que el máximo destinado para proveedores preferidos
<b>Servicios ambulatorios (visita al consultorio)</b>	Copago de \$15. Si elige un médico de atención primaria del sitio web de Aetna, todas las visitas con ese médico tendrán un copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios hospitalarios</b>	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Cirugía ambulatoria:</b> copago de \$50	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro <b>Cirugía ambulatoria:</b> se aplica copago de \$50, deducible y coaseguro
<b>Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)</b>	Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) con copago de \$4/\$8/\$25/\$50 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$25	Genérico preferido/marca preferida/no preferido con copago de \$13/\$30/\$55 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$13/\$30/\$35
<b>Prescripción pedida por correo</b>	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubierta
<b>Acupuntura</b>	20 visitas por año calendario con copago de \$0	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios de desplazamiento</b>	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que el beneficio del proveedor preferido
<b>Dependencia de sustancias químicas</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
<b>Aparatos, equipos y suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Aparatos ortopédicos</li> <li>Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses</li> <li>Suministros para ostomía</li> <li>Aparatos protésicos</li> </ul>	Se cubre el 50 %	Se cubre el 50 % y se aplican deducibles
<b>Suministros para diabéticos</b>	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
<b>Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico</b>	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> cubiertos completamente	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> se aplica deducible y coaseguro
<b>Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)</b>	Copago de \$200	Copago de \$200
<b>Exámenes auditivos (rutinarios)</b>	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Dispositivos auditivos</b>	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 <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>	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 <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a>
<b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>	Se cubren completamente hasta 130 visitas en total por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro
<b>Servicios paliativos</b>	Cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro
<b>Servicios de infertilidad</b>	<p>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</p> <p>Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$35,000</p>	No cubiertos
<b>Terapia manipulativa</b>	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios de masaje</b>	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Servicios de maternidad</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios
<b>Salud mental</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Naturopatía</b>	Copago de \$0. Sin límite de visitas por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
<b>Servicios neonatales</b>	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> 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	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> 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
<b>Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)</b>	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubierta
<b>Trasplantes de órganos</b>	Sin límites ni período de espera <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	No cubiertos
<b>Cuidado preventivo (exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)</b>	Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente	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
<b>Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)</b>	<b>Hospitalarios:</b> 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 <b>Ambulatorios:</b> 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> los límites de visitas son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro
<b>Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> 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
<b>Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)</b>	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco</b>	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
<b>Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)</b>	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
<b>Lentes ópticos (lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas)</b>	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 el del beneficio del proveedor preferido





Luz C.  
Cuidadora, Kennewick

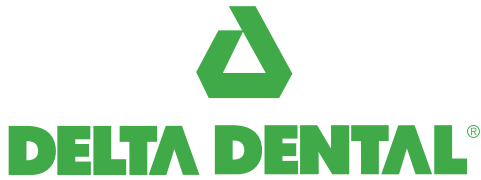
# Opciones del plan dental

La cobertura dental que elija está incluida en su pago mensual de \$25 (coprima).

Consulte la siguiente tabla para comparar los planes dentales y elegir el más adecuado para usted y sus hijos.

- Ambos planes dentales ofrecen beneficios de ortodoncia.
- Si ya está inscrito y desea cambiar de plan dental, presente una Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud) completa. Debemos recibir su solicitud completa antes del 20 de julio para su procesamiento.
- **COVERAGE FOR KIDS (COBERTURA PARA SUS HIJOS):** también puede agregar a sus hijos a la misma cobertura dental que usted tiene por \$10 adicionales. Para obtener más información consulte la página 4.

 <b>DELTA DENTAL</b> ®	<b>Willamette</b> Dental Group
<b>Máximo anual: \$2,000</b>	<b>Máximo anual: ninguno</b>
<b>Deducible: \$0</b>	<b>Deducible: \$0</b>
<b>Exámenes de rutina: cubiertos completamente</b>	<b>Exámenes de rutina: cubiertos completamente</b>
<b>Datos más destacados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales.</li> <li>• Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis cuando acuda al dentista de PDA.</li> </ul>	<b>Datos más destacados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conveniente para cuidadores que viven por la ruta I-5.</li> <li>• Visita imprescindible con un proveedor de Willamette Dental.</li> </ul>



## Plan de la PPO

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2023

**Período de beneficios:** 01/01/2024 al 31/12/2024

**Máximo por período de beneficios\***  
**(por persona; no es aplicable a la Clase I):** \$2,000

**Ortodoncia (adultos y niños):**  
 50 % con un máximo vitalicio de \$2,000 por persona

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, llame al departamento de servicio al cliente de Delta Dental al **800-554-1907** o visite **DeltaDentalWA.com**.

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

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

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

## ¡Aproveche al máximo sus beneficios de Delta Dental!

### Elija un dentista en la red

Su plan le brinda acceso a la red de Delta Dental PPO. Si visita a un dentista de Delta Dental PPO se incrementan los beneficios. 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.

#### Para encontrar un dentista cerca y en la red:

1. Visite [DeltaDentalWA.com](http://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.

	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			●

### Cree una cuenta MySmile® en DeltaDentalWA.com

¡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! La herramienta “Find your member ID” (Encontrar la identificación del miembro) facilita el registro.

### 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.

### 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 Genie<sup>SM</sup>** 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.



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



Consulte la lista completa de proveedores de PDA: [myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda)

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

De lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.

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. La siguiente lista ofrece información sobre algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Visite [myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette) para obtener más información. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions).

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Sin copago por visita
<b>Servicios diagnósticos y preventivos</b>	
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
<b>Odontología restauradora</b>	
Empastes (de amalgama)	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
<b>Prostodoncia</b>	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
<b>Endodoncia y periodoncia</b>	
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
<b>Cirugía oral</b>	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubierta con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
<b>Tratamiento de ortodoncia</b>	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$2,500
<b>Implantes dentales</b>	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
<b>Otros</b>	
Anestesia local	Cubierta con el copago de visita al consultorio
Tarifas del laboratorio dental	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Óxido nítrico	Usted hace un copago de \$40
Visita a consultorios de especialistas	Usted hace un copago de \$30 por visita
Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura	Usted paga montos que excedan los \$250

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

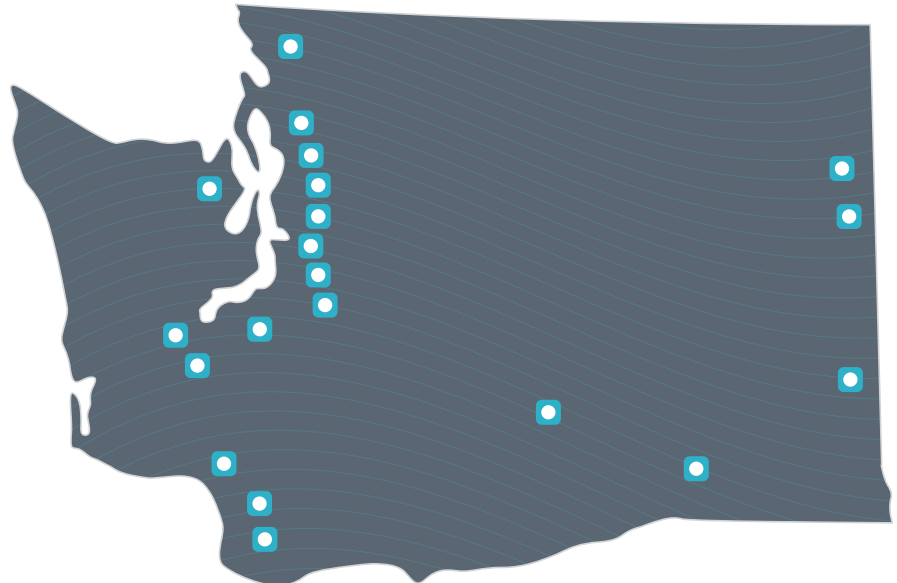
## ¡Aproveche al máximo sus beneficios de Willamette Dental!

### Cobertura dental asequible y de alta calidad

Con Willamette Dental, no tendrá máximos anuales. Esto significa que si necesita mucho trabajo dental, como una cirugía o varias limpiezas al año, sus costos seguirán cubiertos.

### Encuentre un dentista cerca de usted

Willamette Dental tiene muchas ubicaciones convenientes en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette si usted vive en la ruta I-5. Para encontrar el dentista más cercano, visite [locations.willamettedental.com](https://locations.willamettedental.com) e ingrese su código postal en la barra de búsqueda. También podrá encontrar información actualizada sobre los dentistas de Willamette, como la dirección, las indicaciones para llegar, el horario y las valoraciones y comentarios de los pacientes.



### Programe una cita

Programe su primera cita con el dentista llamando al 1-855-433-6825, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m. y los sábados, de 7 a. m. a 1 p. m., hora del Pacífico.



¿Tiene preguntas?  
Obtenga más información  
en [myseiu.be/oe-willamette](https://myseiu.be/oe-willamette)

# Términos de uso común en el campo de seguros

## 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 período de inscripción abierta (cada año, del 1.º al 20 de julio), o si ocurre un evento de admisibilidad en su vida.

## 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).

## 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.

## 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.

## 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. Si elige inscribir a dependientes, la cobertura dental es de \$10 y en caso de la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) es de \$100.

## 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 que cumpla 26 años) que es elegible para recibir la cobertura de su plan a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. Para obtener una lista completa de los dependientes admisibles, visite [myseiu.be/cfk-es](http://myseiu.be/cfk-es).

## Elegibilidad

Usted es elegible para adquirir la cobertura médica personal que SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust ofrece, después de trabajar mínimo 80 horas mensuales durante mínimo dos meses consecutivos. Para seguir siendo elegible, debe continuar trabajando 80 horas mensuales. Si trabaja 120 horas o más al mes, será elegible para inscribir a su(s) dependiente(s) en la cobertura.

## 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. El número de identificación de miembro lo puede encontrar en el documento de identificación respectivo.

## 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

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.

## 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.



Teresa M.  
Cuidadora, Spokane

## Otra cobertura de atención médica

Si ha dejado de brindar cuidados y necesita encontrar una cobertura de atención médica a largo plazo, visite Washington Healthplanfinder. En [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) podrá averiguar si es elegible para recibir cobertura a través de Washington Apple Health de manera gratuita o comparar otras opciones de atención médica.

# COBRA

## ¿Qué es COBRA?

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) ayuda a los cuidadores y a sus hijos que hayan perdido la cobertura de atención médica mediante SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. A través de la ley COBRA, cuando pierda su cobertura o la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) podrá obtener una cobertura de atención médica continuada a cambio de un pago mensual.

### Su cobertura de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust finalizará si:

No trabaja suficientes horas requeridas en un mes para obtener su cobertura (80 horas para su cobertura, o 120 horas para la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)). Si tiene Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) y sus horas se reducen a menos de 120 al mes, la cobertura de sus hijos terminará pero su cobertura continuará si trabaja 80 horas o más al mes. Por ello, es importante que informe sus horas a tiempo.

Su cobertura finaliza 2 meses después de que se reduzcan sus horas. Si esto ocurre, recibirá por correo postal información sobre COBRA y cómo solicitarla.

### ¿Necesita más horas?

Si usted es un proveedor individual (IP) y necesita más horas para mantener la cobertura a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, pruebe usando Carina, un sitio web gratuito y seguro que vincula a los cuidadores con los clientes de su área. Obtenga más información en [myseiu.be/oe-carina](http://myseiu.be/oe-carina).

## Costo mensual actual de COBRA (a partir del 1.º de agosto del 2023)

COBRA	Médicos	Delta Dental	Willamette Dental
Cuidador	\$973.08	\$60.18	\$59.16
Cuidador e hijo(s)	\$1,673.82	\$140.76	\$131.58

## ¿Preguntas sobre la cobertura COBRA?

Llame al servicio al cliente al **1-877-606-6705**.



**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**

# Contactos importantes

## Servicio al cliente

Obtenga ayuda para solicitudes, asistencia lingüística, preguntas sobre cobertura, COBRA y mucho más.

1-877-606-6705

(de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.)

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

## Aetna

**Servicios para miembros**

855-736-9469

[aetna.com](http://aetna.com)

**Salud del comportamiento**

800-424-4047

[aetna.com](http://aetna.com)

**Línea de enfermería  
disponible las 24 horas**

800-556-1555

[aetna.com](http://aetna.com)

**Encuentre el PCP adecuado**

888-982-3862

[aetna.com](http://aetna.com)

## Delta Dental

1-800-554-1907

[deltadentalwa.com](http://deltadentalwa.com)

## Willamette Dental

1-855-433-6825

[myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette)

## EPIC Hearing

1-866-956-5400

[myseiu.be/epic](http://myseiu.be/epic)



Lucky M.  
Cuidadora, Goldendale

**Tiene preguntas o necesita  
asistencia con el idioma:  
Llame al 1-877-606-6705**

(de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.)

Ver en español: [myseiu.be/oe-es](http://myseiu.be/oe-es)

查看中文版: [myseiu.be/oe-zh](http://myseiu.be/oe-zh)

한국어로 보기: [myseiu.be/oe-ko](http://myseiu.be/oe-ko)

Посмотреть на русском: [myseiu.be/oe-ru](http://myseiu.be/oe-ru)

Переглянути українською: [myseiu.be/oe-ua](http://myseiu.be/oe-ua)

Xem bằng Tiếng Việt: [myseiu.be/oe-vi](http://myseiu.be/oe-vi)

Ku eeg Af-Soomaali: [myseiu.be/oe-so](http://myseiu.be/oe-so)

ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ: [myseiu.be/oe-pa](http://myseiu.be/oe-pa)

អានជាភាសាខ្មែរ: [myseiu.be/oe-kh](http://myseiu.be/oe-kh)

عرض باللغة العربية: [myseiu.be/oe-ar](http://myseiu.be/oe-ar)



For questions about this application or language assistance, call  
**1-877-606-6705**

# Health Benefits Application

If you are already enrolled, you do not need to fill out an application unless you want to make changes to your coverage. The fastest and easiest way to enroll or make changes is online using Health: *My Plan* at [myseiu.be/oe-myplan](http://myseiu.be/oe-myplan).

## THIS IS AN APPLICATION, NOT A GUARANTEE OF ENROLLMENT FOR COVERAGE.

- If you submit an application and are eligible, you will receive an enrollment confirmation letter at the beginning of your coverage month. If you do not get a letter within 30 days of submitting an application please call **1-877-606-6705**.
- If you are not eligible at this time, you can still submit a completed application, but coverage will not be effective until you become eligible. Your application will remain on file until you become eligible, for up to 1 year.

<b>I am</b> Applying for coverage Changing my dental plan Adding/removing a child (dependent)	<b>Check One</b> Open Enrollment New Employee Qualifying Life Event	<b>Check One for Qualifying Life Event</b> (Documents may be required) Marriage/Domestic Partnership Involuntary Loss of Coverage Birth Divorce Court Order/Adoption/Legal Guardianship
For more information or if your Qualifying Life Event is not listed here, call 1-877-606-6705.		

## 1. HOME EMPLOYER\* INFORMATION (Required)

<b>Employer Name:</b>	<b>Agency Branch (APs) or IPOne # (IPs):</b>
-----------------------	--

\*This is the employer who will deduct your monthly co-premium from your paycheck. Your home employer may be reassigned in the future to another employer, based on your number of monthly hours worked.

## 2. CONTACT INFORMATION

<b>First Name:</b>	<b>MI:</b>	<b>Last Name:</b>
<b>Social Security Number:</b>	<b>Gender:</b> Male Female	<b>Date of Birth:</b>
<b>Home Address:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b> <b>ZIP:</b>
<b>Phone (Home):</b> <b>(Cell):</b>	<b>Preferred Language:</b>	
<b>Preferred Method of Contact:</b> Phone Email	<b>Personal Email Address:</b>	

## 3. MEDICAL AND DENTAL PLANS

<b>Medical:</b> Your plan is assigned by ZIP code and is Aetna Life Insurance Company
<b>Dental:</b> Select your plan* Delta Dental of Washington Willamette Dental of Washington, Inc.**

\*If you are enrolling and have not selected a dental plan, Delta Dental of Washington will be selected for you.

\*\*Willamette Dental requires use of in-network dentists. For more information, please reference your Health Benefits Guide.

**PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.**

## 4. COVERAGE FOR KIDS (DEPENDENT) ENROLLMENT INFORMATION

### ELIGIBILITY FOR COVERAGE FOR KIDS

If you work 120 hours or more per month, you can enroll your dependent children for coverage. Dependent children can be covered up to their 26<sup>th</sup> birthday regardless of marital status, student status or eligibility for other group coverage. If children of the primary insured are covered, children of Domestic Partners are covered on the same basis. Caregivers and their children can only be on one plan through SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust at a time.

#### You can choose between 2 coverage types for each child:

- Medical and dental Coverage for Kids for \$100 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.
- Dental-only Coverage for Kids for just \$10 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.

Your total monthly premium cost for coverage will not exceed \$100 for all dependents covered, plus \$25 for your coverage.

	Medical & Dental	Dental Only
Just You	\$25	-
You + 1 kid	\$125	\$35
You + 2 kids	\$125	\$35
You + 3 or more kids	\$125	\$35

### YOU CAN ADD KIDS TO YOUR COVERAGE:

- When you enroll for the first time.
- If you have a Qualifying Life Event
- During the annual Open Enrollment period (July 1-20).

If you are not currently working at least 120 hours per month and you want Coverage for Kids, you can still apply and submit your Dependent Verification; Coverage for Kids will begin when you start working at least 120 hours per month.

### KEEPING COVERAGE

If you fall below 120 hours worked per month, your child(ren) will be automatically be dropped from your coverage. To get and keep coverage for yourself, you only need to work 80 hours or more per month.

For questions about this application or language assistance, call  
**1-877-606-6705**

### TO ADD CHILD DEPENDENT(S), YOU MUST:

- ✓ Submit your **Health Benefits Application** online using Health: *My Plan* at [myseiu.be/oe-myplan](http://myseiu.be/oe-myplan) or by using this paper form. Paper applications must be mailed to the address on the last page.
- ✓ Submit a **Dependent Verification** document that verifies your relationship to your child(ren).
- ✓ Begin paying your **monthly payment (co-premium)** through automatic payroll deduction.

### APPLICATION

For each child you enroll, you must provide their information, Social Security number and select the coverage type. This is required by federal regulations.

You can add up to 3 children on one application. If you want to add more dependent children, you can use additional applications to do so.

### DEPENDENT VERIFICATION

When you enroll your dependent children, you will need to submit a document that verifies your relationship to them before coverage can begin. You must send a document for each child you enroll.

#### Some examples of documents that can be used for Dependent Verification include:

- A copy of your child's birth certificate.
- A copy of your child's foster, legal guardianship or adoption certificate.
- A copy of your most recent federal tax return that lists your dependent(s).

If you are adding the child of a domestic partner, you will need to fill out an additional form. Contact customer service at 1-877-606-6705 for more information.

**It is recommended that you submit your Dependent Verification document(s) with your Health Benefits Application.** If you are unable to do so, you must submit your Dependent Verification document(s) within 60 days of submitting your Application. If you send your Dependent Verification separately, please make sure to label it with your first and last name and the last four digits of your Social Security number.

**PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.**

## COVERAGE FOR KIDS ENROLLMENT INFORMATION

If you are adding Coverage for Kids, you will need to choose between medical and dental coverage for \$100 or dental-only for \$10, for each child you enroll. If you do not choose an option, you will automatically get the medical and dental option (\$100).

1. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add    Remove		Child	Male    Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100)    Dental-only (\$10)		
2. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add    Remove		Child	Male    Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100)    Dental-only (\$10)		
3. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add    Remove		Child	Male    Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100)    Dental-only (\$10)		

### VERY IMPORTANT: YOU MUST READ AND SIGN THIS FORM FOR COVERAGE TO TAKE EFFECT

I hereby apply for enrollment or change of enrollment in SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust health coverage as indicated on this application. I understand that the SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust and its claims administrators may collect, use and disclose protected health information about each individual enrolled under this application in order to carry out their routine business functions, including but not limited to, determining eligibility for benefits, paying claims, coordinating benefits with other insurance carriers or payers, underwriting and conducting case management, care management and quality reviews. The undersigned acknowledges that the Trust will rely on the information provided. It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

By signing below, I agree to the required monthly payroll deduction for my health coverage. In the event of an involuntary loss of Trust coverage, if minimum hour eligibility requirements are met again within 12 months from the date of coverage loss, coverage will be automatically reinstated. I understand if my hours drop below 80 through my primary employer, the Trust may combine my hours from other home care agencies or the state to meet the 80 hour requirement and keep me enrolled in my health plan. I understand that if I do not work 120 hours, and/or do not pay the premium, my eligible dependent will lose their health coverage. I understand that in order for them to be reinstated, I am responsible for paying the owed co-premiums for said dependents. I understand that if I voluntarily drop coverage, I will not have COBRA rights and will not be able to apply for coverage again until the next annual Open Enrollment or if there is a qualifying life event.

### PLEASE RETURN YOUR FORM BY MAIL TO:

SEIU 775 Benefits Group  
 PO Box 24811, Seattle WA 98124  
 Or fax it to: 516-723-7395

\_\_\_\_\_  
 Signature

\_\_\_\_\_  
 Date Signed

\_\_\_\_\_  
 Name (please print)