



SEIU 775
BENEFITS GROUP



Dora P.
Cuidadora, Tacoma

OPEN ENROLLMENT
(PERÍODO ANUAL DE
INSCRIPCIÓN A LA
COBERTURA MÉDICA) 2024

Guía sobre los beneficios de salud

Del 1.º al 20 de julio podrá realizar
cambios en su cobertura de
atención médica.

2 Cobertura de atención médica

- 3 Beneficios de salud y relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción
- 4 Beneficios de salud mental
- 4 Beneficios visuales y auditivos
- 5 Resúmenes de beneficios

10 ¡NOVEDAD! Beneficios de atención en fertilidad y formación de la familia

Obtenga información sobre su nuevo beneficio: atención en fertilidad, formación de la familia y apoyo para la menopausia.

12 Opciones de cobertura dental

- 13 Delta Dental
- 14 Willamette Dental

15 Recursos y contactos

Datos más destacados del plan médico



Becky F.
Cuidadora, Lacey

Los planes disponibles le ofrecen muchas formas de mantener su salud y bienestar. La cobertura incluye los siguientes beneficios:

- ✓ Cuidado preventivo
- ✓ Médicos
- ✓ Dentales
- ✓ De ortodoncia
- ✓ De suministro de medicamentos con prescripción
- ✓ De salud emocional
- ✓ De atención visual
- ✓ De atención auditiva
- ✓ De atención en fertilidad y formación de la familia
- ✓ De atención para afirmación de género
- ✓ De quiropráctica y masajes
- ✓ De fisioterapia

Mejoras en los beneficios del 2024

- El monto límite para los dispositivos auditivos aumentó a \$3,000 por cada oído cada 3 años.
- Los suministros para diabéticos y el equipo médico duradero (DME) se redujeron a \$0.
- ¡NOVEDAD! Beneficios de atención en fertilidad y formación de la familia.

Aproveche al máximo su cobertura de atención médica.

Además del cuidado preventivo, su cobertura incluye muchas formas de obtener atención y apoyo, como asesoría de bienestar y programas personalizados sobre el manejo de afecciones crónicas, como la diabetes, la hipertensión y el dolor de espalda.

Encuentre un proveedor de atención primaria. Puede consultarlo para chequeos de bienestar, si se enferma o si necesita una remisión a un especialista.

- **Kaiser Permanente de Washington (KPWA):** myseiu.be/kp-login
- **Aetna:** myseiu.be/aetna-login

Una vez inscrito, su proveedor le enviará por correo postal un documento de identificación de miembro. Con su documento de identificación de miembro*, puede abrir una cuenta segura, gestionar su salud y encontrar un proveedor de atención primaria.

*Si no recibe su documento en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de inicio de la cobertura, llame a su proveedor.



Consultas de atención primaria gratis*

Con Kaiser Permanente 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 y cuando esté enfermo. Kaiser Permanente también ofrece opciones de atención virtual en una variedad de casos, de modo que pueda recibir atención desde la comodidad de su hogar.

Si no puede obtener una cita para el mismo día con su médico o tiene necesidades de salud que requieren atención de inmediato, su centro de atención de urgencias de Kaiser Permanente más cercano es una solución asequible.

Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción (Rx) están incluidos en su cobertura y hacer transferencias de sus medicamentos con prescripción es muy sencillo. Solo tiene que iniciar sesión en su cuenta en línea de Kaiser Permanente o llamar a servicios para miembros.

El pedido por correo es la opción más asequible para obtener sus medicamentos con prescripción. Surta sus medicamentos con prescripción en línea, por teléfono o mediante la aplicación de Kaiser Permanente.



Consultas de atención primaria gratis*

Con 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 y cuando esté enfermo. Aetna también ofrece opciones de atención virtual, de modo que pueda recibir atención desde la comodidad de su hogar.

Si no puede obtener una cita para el mismo día con su médico o tiene necesidades de salud que requieren atención de inmediato, su centro de atención de urgencias de Aetna más cercano es una solución asequible.

Su plan también incluye servicios de atención a través de CVS Health®, proporcionándole acceso a atención primaria y de salud mental por encargo, de forma virtual con la opción de ser atendido en persona.

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, que incluye 75,000 farmacias en todo el país. Es importante que presente su documento de identificación de Sav-Rx en la farmacia.

Recibirá por correo postal su documento de identificación de Sav-Rx. Una vez reciba su documento de identificación, visite savrx.com y regístrese para crear una cuenta y acceder a sus beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Sav-Rx llamando al 1-800-228-3108.

Consultas médicas	KPWA	Aetna
Proveedor de atención primaria/consultas en línea	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas de atención de urgencias	Copago de \$0	Copago de \$15
Consultas en la sala de emergencias	Copago de \$200	Copago de \$200

Copago de prescripción médica	KPWA		Aetna	
	Farmacia minorista suministro de 30 días	Pedido por correo por suministro de hasta 30 días	Farmacia minorista suministro de 30 días	Pedido por correo suministro de hasta 90 días
Anticonceptivos genéricos**	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos basados en el valor***	\$4	\$0	\$4	\$8
Genérico preferido	\$8	\$3	\$8	\$16
Marca preferida	\$25	\$20	\$25	\$50
Medicamentos de marca preferida	-	-	\$50	\$100

*Las consultas con su PCP no tienen copago; sin embargo, si su médico ordena pruebas o análisis de laboratorio, es posible que deba pagar un copago por esos servicios.
 Si trabaja para una organización religiosa, su plan médico no incluye la cobertura de medicamentos anticonceptivos de conformidad con la excepción por índole religiosa de la Ley de Atención Médica Asequible. Sin embargo, recibirá dichos medicamentos por parte de Kaiser Permanente sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), siempre y cuando esté inscrito en un plan médico. *Medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.



Beneficios de salud mental

La cobertura de Kaiser Permanente incluye apoyo profesional, suministro de medicamentos, terapia grupal y cuidado alternativo. Puede programar valoraciones de forma virtual y citas electrónicas para revisar sus síntomas, con el fin de obtener las opciones más adecuadas para usted. Además, tiene acceso a:

- Aplicaciones gratuitas como Calm, para practicar la atención plena y Headspace Care, para una asesoría emocional personalizada.
- Acceso al Care Chat (Chat de atención) en salud mental, donde puede solicitar fácilmente atención en salud mental en línea.

Obtenga más información en myseiu.be/kaiser-bh.

Beneficios visuales

Kaiser Permanente proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular cada 12 meses gratis y \$300 cada 12 meses para dispositivos de visión. Puede elegir entre una amplia variedad de lentes de alta calidad que se adaptan a su estilo y presupuesto. Los ajustes y reparaciones no tienen ningún costo.



Beneficios de salud mental

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

Su cobertura también incluye programas como Alma y Headway, que proporcionan asesoramiento para todas las edades, con terapeutas disponibles en persona o de forma virtual. Los dos programas permiten encontrar fácilmente un proveedor que se adapte a sus necesidades personales. También tiene acceso a Brightline, que ofrece asesoría y terapia virtuales para niños y adolescentes a través de consultas seguras por video.

Obtenga más información en aetna.com.

Beneficios visuales

Aetna proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular por un valor de \$15 cada 12 meses y \$300 cada 12 meses para dispositivos de visión (como lentes, monturas y lentes de contacto). Los dependientes menores de 19 años obtendrán 1 montura gratis con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro.

Todos los planes incluyen los beneficios de EPIC Hearing.

La pérdida auditiva es una afección común pero también muy tratable. A través de EPIC Hearing, puede obtener un examen auditivo anual sin costo por parte de un proveedor de atención socio de EPIC Hearing y hasta \$3,000 de dispositivos auditivos por oído cada 36 meses sin costo alguno para usted. Empiece en myseiu.be/epic.



Tome el control de su salud.

Las afecciones crónicas como la diabetes, el dolor crónico o la hipertensión pueden afectar su calidad de vida y requerir un tratamiento especial. Afortunadamente, pueden tratarse eficazmente mediante un estilo de vida saludable, cuidado preventivo y un manejo continuo.

Además de las consultas de atención primaria para atención general y remisiones a especialistas, su plan también ofrece:

- **Asesoría de bienestar** para una orientación individual que lo ayude a estar y mantenerse sano.
- **Programas y orientación** de un equipo de cuidado personalizado para ayudarlo a controlar su afección.
- **Aplicaciones para teléfonos inteligentes** que le proporcionan programas personalizados de estiramientos, meditación, asesoramiento y más.

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 incluso hasta los 26 años de edad.

Beneficios	Dentro de la red
Deducible del plan	Individual: \$1,500 por año calendario Familiar: \$3,000 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Límite de gastos por cuenta propia	Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$6,250 Límite de gastos por cuenta propia (familiar): \$12,500
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin período de espera para PEC
Máximo vitalicio	Sin límite
Servicios ambulatorios (visitas al consultorio)	Sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Cirugía ambulatoria: copago de \$50, se aplica 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) Copago de \$4/\$8/\$25 por suministro de 30 días Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) Copago de \$0/\$0
Prescripción pedida por correo (suministro de hasta 90 días)	Algunos medicamentos tienen descuento si se piden a través de los servicios de prescripción pedida por correo
Acupuntura	Copago de \$0. Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. El plan debe aprobar las visitas adicionales (cubiertas completamente)
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Ambulatorios: copago de \$0
Aparatos, equipos y suministros	Se cubre el 100 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos
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
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente, IRM/TEP/TC con copago de \$50 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 en un centro designado Copago de \$200 en un centro no designado

Beneficios	Dentro de la red
Exámenes auditivos (1 examen de rutina cada 12 meses)	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic
Servicios de atención médica domiciliaria	Cubiertos completamente. Sin límite de visitas. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio
Servicios paliativos	Cubiertos completamente. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio
Servicios de infertilidad	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa; copago de \$0
Servicios de masaje	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
Salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio Ambulatorios: copago de \$0
Naturopatía	Copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”. Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de bienestar”. 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
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Cuidado preventivo: exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías	Cubiertos completamente Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos completamente
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. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio 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 \$25 por consulta con especialistas; no se aplica el deducible ni coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro Se cubren hasta 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Cubiertos completamente
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: copago de \$0, no se aplica deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$0, no se aplica 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

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 incluso hasta los 26 años de edad.

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Deducible del plan	Deducible individual: \$1,500 por año calendario Deducible familiar: \$3,000 por año calendario	Deducible individual: \$3,000 por año calendario Deducible familiar: \$6,000 por año calendario
Coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	El plan paga el 50 % y usted paga el 50 %
Límite de gastos por cuenta propia	Servicios médicos: Individual: \$5,250 Familiar: \$10,500 Medicamentos con prescripción: Individual: \$1,000 Familiar: \$2,000	Servicios médicos: Ninguno Medicamentos con prescripción: Ninguno
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin período de espera para PEC	Igual que en la red
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que en la red
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible Todas las visitas con su proveedor de atención primaria (PCP) designado tendrán un copago de \$0	Se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$25 y coaseguro. Se exonera el deducible	Servicios hospitalarios: se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$25, 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) \$4/\$8/\$25/\$50 Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) con copago de \$0/\$0/\$25	genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) 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
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubiertos
Acupuntura	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
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que el beneficio del proveedor preferido
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: totalmente cubierta, se exonera el deducible	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Aparatos, equipos y suministros • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos	Se cubre el 100 % y se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Suministros para diabéticos	Consulte: medicamentos con prescripción	Consulte: medicamentos con prescripción
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200. Se aplica coaseguro y deducible	Igual que en la red
Exámenes auditivos (rutinarios)	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic
Servicios de atención médica domiciliaria	Totalmente cubiertos, hasta 130 visitas en total por año calendario. Se exonera el deducible	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro
Servicios paliativos	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible	Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de infertilidad	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	Copago de \$15 (20 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: se aplica copago de \$25, se exonera el deducible. 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 Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro, se exonera el deducible Ambulatorios: totalmente cubierta, se exonera el deducible	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Naturopatía	Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Copago de \$0	Se aplica copago de \$25, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”. Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”. Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”. Consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”. Consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre
Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	No cubiertos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$25, se exonera el deducible	No cubiertos La cobertura no preferida se proporciona en un centro no perteneciente a la OIE
Cuidado preventivo (exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Totalmente cubiertos, se exonera el deducible Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro

Beneficios	En la red	Fuera de la red
Servicios de rehabilitación (las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario)	Se aplica copago de \$25, se exonera el deducible Se cubren hasta 60 visitas por año	Copago de \$25, no se aplica deducible y coaseguro El límite de visitas es el mismo que en la red
Centro de enfermería especializada	Se aplica deducible y coaseguro Se cubren hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que en la red. Se aplica deducible y coaseguro
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Vasectomía: la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: totalmente cubierta, se exonera el deducible	Vasectomía: la distribución de costos se basa en el tipo de servicio y en el lugar donde se realiza Ligadura de trompas: no cubierta
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	No cubiertos	No cubiertos
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 \$15	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 el del beneficio del proveedor preferido



Beneficios de atención en fertilidad y formación de la familia

Obtenga beneficios para cada etapa de la vida, desde la atención en fertilidad y la formación de la familia hasta el embarazo, el posparto y la menopausia.

Los beneficios de atención en fertilidad ahora están disponibles para usted a través de Progyny.

Progyny proporciona cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo y orientación personalizados por parte de los defensores de la atención al paciente (PCA) y acceso a atención en persona y de forma virtual de alta calidad.

Los PCA son el primer contacto durante el proceso de formación de la familia. Lo orientarán durante todo su proceso relacionado con la fertilidad, la formación de la familia o la menopausia, proporcionándole información sobre los programas disponibles, las opciones de tratamiento, la coordinación de atención y un apoyo especializado.

Además del apoyo de los PCA, tendrá acceso al portal y a la aplicación para miembros de Progyny, donde puede consultar los detalles de la cobertura, revisar las próximas citas, comunicarse directamente con su PCA y acceder a información sobre el tratamiento de fertilidad y formación de la familia.

Preconcepción y apoyo

Comenzar a pensar en la formación de una familia puede ser abrumador. Mediante Progny, puede acceder a un programa de 12 meses con apoyo personalizado, información y recursos para tener embarazos sanos y bebés felices.

Atención en fertilidad y formación de la familia

Independientemente de que quiera obtener más información sobre la preservación de la fertilidad, esté intentando concebir o busque un tratamiento de fertilidad, Progny puede apoyarlo en cada paso del proceso al proporcionarle:

- Fácil acceso a una red de especialistas en fertilidad.
- Apoyo emocional y clínico ilimitado por parte de PCA especializados.
- Todos los servicios, pruebas y tratamientos individuales que pueda necesitar.

Menopausia y atención de la mediana edad

Obtenga atención de forma virtual en todas las etapas de la menopausia con la red de médicos, dietistas y enfermeros certificados de Progny. Luego de una evaluación inicial, recibirá un plan de cuidado personalizado que utiliza una combinación de:

- Suplementos no hormonales y medicamentos hormonales.
- Apoyo relacionado con el estilo de vida en lo referente a la nutrición, el peso, el sueño y la salud emocional.
- Pruebas de detección de riesgos para la salud relacionados con la edad. Podrá seguir recibiendo recargas de medicamentos y apoyo por encargo durante el tiempo que necesite.

Transición de la atención

Si actualmente está recibiendo tratamientos de fertilidad a través de su plan médico y su tratamiento no concluirá al final del año del plan (es decir, el 31 de julio del 2024), Progny ofrece asistencia coordinada para realizar la transición de la atención con el fin de proporcionarle apoyo continuo durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia.

Llame al **1-833-233-0517** para hablar con un PCA quien podrá ayudarlo en el proceso de transición de la atención y asegurar que no haya interrupción en la atención.

Obtenga más información o empiece a utilizar su beneficio llamando al 1-833-233-0517

A partir del 1.º de agosto del 2024, los cuidadores inscritos en una cobertura de atención médica podrán acceder a este beneficio.



Sandra C.
Cuidadora, Kennewick

Opciones del plan dental

Compare los planes dentales y elija el más adecuado para usted.



Amy L.
Cuidadora, Seattle

Su plan dental está incluido en su cobertura.

Use la siguiente tabla para revisar el resumen de beneficios del plan, la cual puede ayudarlo a comparar los planes y comprender los posibles costos por cuenta propia. Si ya está inscrito en la cobertura y desea cambiar de plan dental, presente su solicitud antes del 20 de julio.

		
Beneficio máximo anual	\$1,000	Ninguno
Deducible	\$0	\$0
Exámenes de rutina	Cubiertos completamente	Cubiertos completamente
Beneficios de ortodoncia	Sí	No
Red de proveedores	Delta Dental tiene una amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. Querrá encontrar un dentista de Delta Dental PPO para maximizar su beneficio.	Willamette Dental tiene muchas ubicaciones convenientes en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette si usted vive en la ruta I-5.
Encuentre un dentista cerca de usted	Visite deltadentalwa.com/fad/search y seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda.	Visite locations.willamettedental.com e ingrese su código postal en la barra de búsqueda.
Si tiene preguntas o necesita más información	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/oe-willamette



DELTA DENTAL®

Plan de la PPO

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2024

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

Período de beneficios:
1/1/2025 al 31/12/2025

**Máximo por período de beneficios*
(por persona; no es aplicable a la Clase I):**
\$1,000

Ortodoncia (adultos y niños):
50 % con un máximo vitalicio de \$1,000 por persona

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

Red Delta Dental

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

Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis



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

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

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la red
Deducible del período de beneficios			
No es aplicable a la Clase I y a la ortodoncia Fuera de la red (\$50 por persona)	Ninguno	\$50	\$50
Clase I - Diagnósticos y preventivos			
Exámenes Limpieza Fluoruro Rayos X Selladores	100 %	80 %	80 %
Clase II - Restaurativos			
Restauraciones Empastes de composite posteriores Endodoncia (conducto radicular) Periodoncia Cirugía oral	100 %	60 %	60 %
Clase III - Principales			
Dentaduras postizas Dentaduras postizas parciales Implantes Puentes Coronas	80 %	40 %	40 %
Características			
Menores costos por cuenta propia	○		
Formularios para presentar reclamaciones	○	○	
Gestión de calidad y aseguramiento de costos	○	○	

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

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

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Usted paga \$20 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)	Usted hace un copago de \$35
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$350**
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$500
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$350
Endodoncia y periodoncia	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$150
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$250
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$275
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$250
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$115
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Usted hace un copago de \$40
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$175
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	NO CUBIERTOS
Tratamiento de ortodoncia integral	NO CUBIERTOS
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	Cubierto con el copago de visita al consultorio
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 beneficios para la ATM, cirugía de implantes y cirugía ortognática tienen un máximo de beneficio, si están cubiertos.

**Las prótesis dentales soportadas por implantes (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto.

Recursos y apoyo

Comuníquese con su administrador de Recursos Humanos si tiene preguntas sobre la cobertura o sobre cómo solicitarla.



Kaiser Permanente de Washington		
Servicios para miembros	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
Servicios para nuevos miembros	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Servicios de salud mental	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
Línea de ayuda de enfermería	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse

Aetna		
Servicios para miembros	1-855-736-9469	aetna.com
Salud del comportamiento	1-800-424-4047	aetna.com
Línea de enfermería disponible las 24 horas	1-800-556-1555	aetna.com
Encuentre el PCP adecuado	1-888-982-3862	aetna.com

Dentales		
Delta Dental	1-800-554-1907	deltadentalwa.com
Willamette Dental	1-855-433-6825	myseiu.be/oe-willamette

Otros beneficios		
EPIC Hearing	1-866-956-5400	myseiu.be/epic
Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

Si pierde la cobertura de atención médica, recibirá información sobre cómo continuar la cobertura a través de COBRA.

COBRA: (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) ayuda a quienes hayan perdido la cobertura de atención médica. 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 beneficio de la ley COBRA es administrado por Ameriflex. Si tiene preguntas sobre la ley COBRA, llame a la línea de servicio al cliente de Ameriflex al **1-877-606-6705**.

Otras opciones de cobertura de atención médica: si necesita encontrar una cobertura de atención médica a largo plazo, visite 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.