

# SEIU Local 105 Health & Welfare Fund

Physical Address 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203, Seattle, WA 98124  
Phone (844) 700-SEIU (7348) • Fax (206) 505-9727 • Website: www.SEIU105HealthFund.com

Administered by  
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

14 de octubre de 2021

**Para: Todos los Participantes Que Previamente Optaron Fuera de la Cobertura de Salud  
Fondo de Salud y Bienestar SEIU Local 105**

**RE: Cobertura de Salud de 2022 - Inscripción Abierta Anual  
Resumen de Beneficios y Cobertura**

<p><b>LA FECHA LIMITE PARA INSCRIBIRSE PARA LA COBERTURA DE SALUD ES EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021</b></p>
---

## **Inscripción Abierta Anual**

La información de la inscripción abierta anual para el Fondo de Salud y Bienestar SEIU Local 105 (el “Plan”) esta adjunta. Durante el periodo de inscripción abierta, los participantes que previamente optaron por no inscribirse en la cobertura de salud del Plan tienen la oportunidad de inscribirse a sí mismos y a sus dependientes elegibles para cobertura en el 2022. **Cualquier cambio hecho ahora será efectivo empezando el 1º enero de 2022.**

Todos los empleados que desean participar en el Plan tendrán una deducción de nómina de \$5 para cobertura de salud solo para el empleado. Si un empleado también desea cubrir a sus niños dependientes elegibles, la deducción de nómina será de \$25 por mes. El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) anexo con este paquete tiene información de los beneficios médicos proporcionados por el Plan. Por favor lea cuidadosamente el SBC ya que contiene cambios a su plan de salud que serán efectivos el 1º de enero de 2022.

Los siguientes materiales están anexos a este paquete:

- **Formulario de Inscripción** – para inscribirse a la cobertura de salud del Plan, debe completar y regresar un Formulario de Inscripción a la Oficina de Administración.
- **Formulario de Exclusión del Seguro de Salud** – Si no desea inscribirse en el Plan debe completar y regresar un Formulario de Exclusión del Seguro de Salud a la Oficina de Administración.
- **Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en Ingles)** – EL SBC contiene un resumen corto de los beneficios de salud proporcionados por el Plan.

**Si usted desea optar fuera de la cobertura de Salud del Plan otra vez este año, por favor complete el Formulario de Exclusión del Seguro de Salud anexo a este paquete de inscripción.**

***Los empleados deben completar y regresar un Formulario de Inscripción o un Formulario de Exclusión de Seguro de Salud antes del 30 de noviembre de 2021.***

**Los empleados que no están actualmente inscritos, que no completen un nuevo Formulario de Inscripción no tendrán la oportunidad de inscribirse a sí mismos y/o a sus dependientes elegibles hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual que será en noviembre de 2022 para cobertura en enero de 2023. Sin embargo, un empleado puede inscribir a niños en cualquier momento basado en la pérdida de otra cobertura, un matrimonio reciente, el nacimiento**

o adopción de un nuevo dependiente, sujeto a ciertas limitaciones. **Un nuevo formulario de inscripción debe ser sometidos a la Oficina de Administración dentro de 60 días para que el Plan cubra al nuevo dependiente. De otra manera tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción.**

Si usted decide inscribirse en la cobertura médica, Kaiser le enviara por correo su tarjeta de identificación médica. Si usted no recibe su tarjeta medica antes del 1° de enero de 2022 y necesita ver un médico o llenar un medicamento recetado, usted puede invocar la póliza “Créeme” (Believe Me, en inglés). Esta póliza le permitirá recibir atención médica y llenar medicamentos recetados por un proveedor de Kaiser como un participante cubierto.

### **Resumen de Beneficios y Cobertura**

En conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Plan esta requerido en proporcionarle el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) a todos los participantes y beneficiarios. Usted encontrara este documento adjunto. Por favor tenga en cuenta: Este SBC esta proporcionado para usted y sus dependientes a su dirección de correo. Si usted necesita que una copia del SBC sea enviada por correo a un dependiente que vive en otra dirección diferente a la suya, por favor llame a la Oficina de Administración al (844) 700-7348.

El SBC tiene como propósito ayudarle a comprender la cobertura actualmente disponible para usted y lo que el Plan cubre y lo que cuesta. Incluidos en el SBC están “ejemplos de cobertura” que estiman lo que el Plan podría pagar en situaciones medicas comunes. Es importante que note que el SBC es solo un **resumen** y los términos de su cobertura de salud están gobernados por el documento completo del Plan. **El SBC no es un estimador de costos y no debe ser usado para calcular costos actuales.**

Un **Glosario de Términos** ha sido publicado por el gobierno. Este documento tiene como propósito describir términos usados comúnmente en cobertura de salud como “deducible” y “copago.” Para obtener una copia del Glosario de Términos, o copias adicionales de los materiales de inscripción, visite [www.seiu105healthfund.com](http://www.seiu105healthfund.com) o llame a la Oficina de Administración al (844) 700-7348, opción 4.

**Oficina de Administración**  
**Fondo de Salud y Bienestar SEIU Local 105**