



Dora P.  
간병인, Tacoma

2025-2026

# 건강 보험 가이드

혜택에 대한 질문이 있거나 신청하는  
데 도움이 필요하면 1-877-606-6705로  
전화하십시오.

Get healthcare coverage information in  
your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية  
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា  
ភាសារបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하  
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ  
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском  
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka  
caafimaadka luqaddaada.

Obtenga información sobre la cobertura  
de atención médica en su idioma.

Отримайте інформацію про покриття  
медичної страховки своєю мовою.

Nhận thông tin về bảo hiểm chăm sóc  
sức khỏe bằng ngôn ngữ của bạn.

[myseiu.be/oe](https://myseiu.be/oe)

### 3 건강 보험 요약서

- 3 보험 옵션 및 비용
- 4 새롭게 개선된 혜택
- 4 혜택 소개
- 6 치과 보험 옵션

### 7 건강 혜택 계정

온라인으로 간편하게 혜택을 신청,  
업데이트 또는 관리하십시오.

### 8 혜택 FAQ

- 8 자격
- 8 Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)
- 8 신청 시기 및 방법
- 9 보험이 시작되는 시점
- 9 월 공동 보험료
- 9 보험을 해지하는 방법

### 10 보험을 유지하는 방법

### 11 건강 혜택 지원

Deborah는 보험이 없었다면 수십만 달러의 비용이 드는  
개심술을 받아야 했습니다. 비용에 대한 걱정이 줄어들면  
그녀는 "나 자신과 치료에 집중할 수 있었다"고 말합니다.

Deborah M.  
간병인, Vancouver



# 건강 혜택



고품질 의료 보험 혜택 외에도 스트레스 감소, 직장 안전, 삶의  
질 향상에 도움이 되도록 설계된 다양한 혜택\*을 무료로 이용할  
수 있습니다.



### Caregiver Kicks: 간병인을 위한 무료 신발

매년 무료로 한 켤레를 받으세요! Reebok(리복)에서  
Skechers(스케쳐스)까지 90가지 이상의 스타일로 제공되는  
Caregiver Kicks는 작업 시 더 안전하고 편안한 착용감을  
제공하도록 설계된 미끄럼 방지 신발입니다. [myseiu.be/kicks](https://myseiu.be/kicks)



### 자기 관리 혜택

간병인은 다른 사람을 먼저 생각하는 경우가 많지만, 자기 관리  
역시 중요합니다. 스트레스, 불안 및 우울증을 해결하는 데 도움이  
될 수 있도록 간병인을 위한 다양한 무료 및 저비용 혜택이 있습니다.  
[myseiu.be/self-care](https://myseiu.be/self-care)

### 추가 간병인 혜택



간병인 퇴직, 학습 및 구직 혜택 혜택에 대한 자세한 내용과  
이용 방법은 [seiu775benefitsgroup.com](https://seiu775benefitsgroup.com)에서 확인하십시오.

# 보험 신청을 위한 단계별 가이드

등록 절차는 매우 간단했습니다. 저는 책자를 훑어보면서 제게 중요한 내용을 자세히 살펴보았습니다. 온라인으로 간단히 할 수 있었습니다."

Acacia V., 간병인

## 1 혜택에 대한 자세한 내용

- 이 가이드에서 귀하의 보험 옵션과 주요 혜택을 살펴보십시오.
- 8페이지에서 자격 요건을 확인하여 자격이 있는지 알아보십시오.
- 보험 세부 정보 책자를 검토하여 처방전, 치료 및 서비스에 대한 보험의 본인 부담금을 확인하십시오.
- 혜택 옵션과 치과 보험을 선택하십시오.

## 2 신청 준비

- 정보를 수집하십시오. 신청하려면 사회보장번호와 고용주 이름이 필요합니다.
- **Coverage for Kids(자녀를 위한 보험):** 피부양자 확인 서류를 모으십시오. 허용되는 서류 목록과 지침은 [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)에서 확인하십시오.

## 3 건강 혜택 계정 만들기

- 계정을 만드는 방법을 알아보려면 [myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba) 를 방문하십시오. 계정이 생성되면 [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare)에서 언제든지 로그인할 수 있습니다.

## 4 신청서 제출

- [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare)에서 마감일 전에 신청서를 작성하십시오. 8페이지에서 마감일과 우편 제출 방법에 대해 자세히 알아보십시오.
- **Coverage for Kids(자녀를 위한 보험):** 신청 시 피부양자 확인 서류를 제출하십시오. [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)에서 문서 제출 방법을 알아보십시오.

## 5 신청 알림 받기

- 1일 이내에 이메일 또는 건강 보험 혜택 계정을 통해 신청서를 접수하고 30일 이내에 보험 결정서를 우편 또는 이메일로 받아보실 수 있습니다. 받지 못하신 경우 1-877-606-6705로 문의하십시오.

건강 혜택 고객 지원 센터:

**1-877-606-6705**

보장 범위, 자격 및 신청에 관한 질문에 대한 도움을 받으십시오.



John R.  
간병인, Seattle

# 건강 혜택 보험 옵션

매월 단 \$25로 고품질의 의료 혜택을 받으십시오! 본인만 보험에 가입하거나 Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)를 추가할 수 있습니다.



둘째 아이를 낳은 후 Dani는 두 아이 모두 Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 가입했으며, 매월 가족의 비용을 절약할 수 있도록 해주는 "저렴한 비용"에 만족했습니다.

Dani R.  
간병인, Asotin

## 옵션 1:



개별 보험 의료  
및 치과

**\$25/월**

### 월 공동 보험료

한 달에 단 \$25로 의료 및 치과 보험에 가입하십시오.

**월 공동 보험료:** 월 건강 보험료로 지불하는 금액에 대한 자세한 내용은 9페이지를 참조하십시오.

### 자격

한 달에 80시간 이상 근무합니다.

## 옵션 2:



개별 보험 + Coverage  
for Kids(자녀를 위한  
보험) 의료 및 치과 보험

**\$125/월**

### 월 공동 보험료

월 \$125로 본인과 자녀를 위한 의료 및 치과 보험에 가입하십시오.

### 추가하는 자녀 수에 상관없이 보험료는 동일합니다!

생물학적 자녀, 입양 자녀, 의붓자녀, 동거인의 자녀를 포함하여 26세 생일까지 유자격 부양 자녀를 추가할 수 있습니다. KPWA POS 회원은 Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)을 추가하려면 보험을 변경해야 합니다.

### 자격

한 달에 120시간 이상 근무합니다.

## 옵션 3:



개별 보험 + Coverage  
for Kids(자녀를 위한  
보험) 치과 보험 전용

**\$35/월**

### 월 공동 보험료

월 \$35로 본인을 위한 의료 및 치과 보험과 자녀를 위한 치과 보험에 가입하십시오.



## 2025 새롭게 개선된 혜택

### Coverage Reliability

간병인은 이제 1년에 2개의 Coverage Reliability 크레딧을 받습니다. 각 크레딧은 필수 근무 시간을 충족하지 못하는 경우 1개월 동안 의료 보험 혜택을 연장하여 본인과 부양 가족에게 지속적인 보험 혜택을 제공합니다.

### Progyny 입양 혜택

입양 관련 비용으로 최대 \$15,000를 지원 받으십시오(평생 혜택<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> 보험에 가입되어 있는 동안 입양 관련 비용에 대해 보장되는 최대 금액입니다.

### 처방전 비용 절감

비선택 브랜드 흡입기, 에피펜, HIV 노출 후 약물 및 치료법에 대한 비용이 절감되었습니다.

### 성 정체성 확증 케어 혜택

이제 모든 보험에서 다양한 기술과 치료법에 대한 혜택을 제공합니다.

간병인은 혜택 관리에 대한 스트레스 없이 탁월한 의료 서비스를 제공하는 데 집중할 수 있는 고품질의 신뢰할 수 있는 의료 서비스를 이용할 자격이 있습니다. 이러한 최신 개선 사항은 간병인 경험을 진정으로 지원하는 보장을 제공하려는 지속적인 노력을 반영합니다.

Merissa Clyde  
CEO,  
SEIU 775  
Benefits Group



# 보험 혜택 소개

거주지 우편번호에 따라 제공되는 건강 보험입니다. 귀하께 할당된 보험은 건강과 웰빙을 지원하는 다양한 방법을 제공합니다. 보험에는 다음과 같은 혜택이 포함됩니다.

- ✓ 의료
- ✓ 예방 치료
- ✓ 치과 및 교정
- ✓ 처방약
- ✓ 정신 건강
- ✓ 시력
- ✓ 청력
- ✓ 가족 형성 및 임신 건강 혜택
- ✓ 성 정체성 확증 케어
- ✓ 마사지 및 카이로프랙틱
- ✓ 물리 치료

### 무료 1차 진료 방문

주치의(PCP) 진료를 받을 때 비용이 들지 않습니다\*. 건강 검진을 받을 때와 아플 때 담당 PCP 진료를 받을 수 있습니다. 보험 혜택에는 가상 진료 옵션도 포함되어 있어 집에서 편안하게 진료를 받을 수 있습니다.

\*PCP 진료를 받는 경우, 공동 부담금이 없지만, 주치의가 검사나 임상 진단을 처방하는 경우 해당 서비스에 대한 공동 부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

### 긴급 및 응급 진료

보험에는 긴급 치료와 응급실 방문 비용이 포함됩니다. 긴급 치료는 경미한 부상이나 독감 증상과 같은 비응급 상황에서 의사의 진료를 받을 수 없을 때 저렴한 비용으로 이용할 수 있는 옵션입니다. 응급실 방문에는 \$200의 본인 부담금이 있으며 흉통, 호흡 곤란 또는 심각한 부상과 같은 심각한 상태일 때 이용해야 합니다.

공제금 또는 공동 부담금이 적용될 수 있습니다.

## 처방전 혜택

약물 등급에 따라 비용이 거의 들지 않거나 무료로 다양한 처방약(Rx)을 이용할 수 있습니다. 제네릭 의약품은 일반적으로 본인 부담금이 가장 낮은 반면, 브랜드 의약품과 전문 의약품은 비용이 더 높을 수 있습니다. 우편 주문 옵션도 이용 가능하며, 90일 분량의 의약품을 집에서 받을 수 있습니다.

## 정신 건강 혜택

정서적 및 정신적 건강은 신체적 건강만큼이나 중요합니다. 보장 혜택에는 전문가 지원, 약물 치료, 그룹 치료 및 대체 치료를 비롯하여 자기 관리 앱과 기타 프로그램 및 리소스에 대한 액세스가 포함됩니다.

## 시력 혜택

보험은 종합적인 안과 치료를 제공합니다. 여기에는 12개월마다 1회의 무료 시력 검사와 시력 보조 하드웨어(예를 들어, 렌즈, 안경테 및 콘택트렌즈)에 대한 12개월마다 \$600가 포함됩니다.

## 청력 혜택

EPIC Hearing을 통해 귀하와 자녀는 네트워크 내 의료 서비스 제공자와 상담하여 무료로 연례 청력 검사를 받을 수 있습니다. 또한, 36개월마다 귀당 최대 \$3,000의 보청기 하드웨어 연장 보증이 제공됩니다.



## Wellness Coaching(건강 코칭) 및 프로그램

건강 혜택과 코칭은 당뇨병이나 고혈압과 같은 만성 질환을 관리하고 신체 건강을 개선하는 데 도움이 될 수 있습니다. 귀하의 보험에는 다음이 포함됩니다.

- 목표 달성을 위한 개인별 맞춤 가이드를 제공하는 일대일 Wellness Coaching(건강 코칭).
- 상태를 관리하도록 돕기 위한 진료팀의 지원.
- 간편한 관리 및 추적을 위한 프로그램 및 앱

## 마사지 및 카이로프랙틱

저비용 물리 치료, 마사지, 카이로프랙틱, 침술 및 가상 건강 프로그램을 통해 근육 및 관절 통증을 치료하고 예방할 수 있습니다.

방문 제한 또는 진료 의뢰 요건에 대한 보험 세부 정보를 확인하고 진료 예약 시 의료 서비스 제공자에게 보험 적용 여부를 확인하십시오.

## 가족 형성 및 임신 건강 혜택

출산, 가족 구성부터 임신, 산후, 폐경에 이르기까지 인생의 모든 단계에서 혜택을 받으세요. Progyny는 최신 치료에 대한 보장, 전담 환자 치료 관리자(PCA)의 맞춤형 지원, 고품질 대면 또는 가상 치료에 대한 혜택을 받으십시오. 이제 입양 관련 비용으로 최대 \$15,000까지 지원받을 수 있습니다(평생 혜택).



## 전체 혜택 목록은 보험 세부 정보 책자를 참조하십시오.

보험 세부 정보 책자에는 본인 부담금, 처방전, 방문 및 치료에 대한 혜택을 포함하여 의료 및 치과 보험에 대한 전체 내역이 나와 있습니다.

"한 번은 너무 아파서 45일 동안 병원에 입원했던 적이 있습니다. 저는 건강 보험에 가입되어 있어서 약간의 비용만 지불하고 보험 회사에서 대부분을 부담했습니다. 그렇기 때문에 보험에 가입하는 것이 정말 중요합니다."

Amy L.  
간병인, Seattle

# 치과 보험

치과 치료는 건강 보험에 포함되어 있습니다. 자신에게 맞는 보험을 선택하십시오.

차트를 사용하여 보험을 비교하고 보험 세부 정보 책자에서 일반적인 서비스에 대한 잠재적 본인 부담금을 검토하십시오.

이미 보험에 가입한 상태에서 치과 보험을 변경하려는 경우, Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간에 변경할 수 있습니다.



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
연간 최대 혜택	\$5,000	없음
공제액	\$0	\$0
정기 검사	완전한 보장	완전한 보장
치아교정 혜택	예	예
공급자 네트워크	Delta Dental은 농촌 지역을 포함하여 광범위한 서비스 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 최대한의 혜택을 받을 수 있도록 Delta Dental PPO 치과 의사를 찾으십시오.	Willamette Dental에는 워싱턴 서부의 편리한 위치에 있는 치과가 많이 가입되어 있어서, I-5 Corridor를 따라 거주하는 경우에 Willamette 치과 의사를 쉽게 찾을 수 있습니다.
가까운 치과 의사 찾기	<a href="https://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> 를 방문하여 'Delta Dental PPO'를 선택하면 검색 결과를 필터링할 수 있습니다.	<a href="https://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a> 을 방문하여 검색창에 우편번호를 입력하십시오.
질문 또는 추가 정보	1-800-554-1907 <a href="https://DeltaDentalWA.com">DeltaDentalWA.com</a>	1-855-433-6825 <a href="https://myseiu.be/willamette">myseiu.be/willamette</a>



# 온라인 보험 신청



[myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba)에서  
계정을 만드는 방법을  
알아보십시오.

현재 계정은 영어로 제공됩니다. 계정을 만드는 데  
도움이 필요하거나 언어 지원이 필요한 경우 고객  
지원 센터 **1-877-606-6705**로 연락하십시오.

온라인 계정은 귀하의 건강 혜택  
관리자인 MagnaCare에서 관리합니다.

건강 보험을 신청하거나 변경할 수 있을 뿐만 아니라,  
공동 보험료를 지불하고, 지불 내역을 확인하고, 보험  
문서에 액세스하고, 이메일 통신에 등록할 수 있습니다.

## ✓ 자격 확인

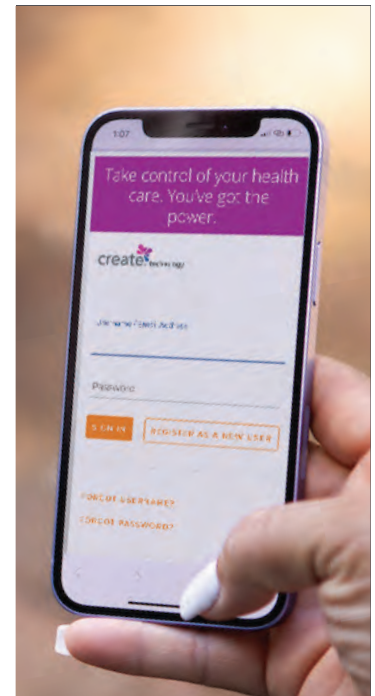
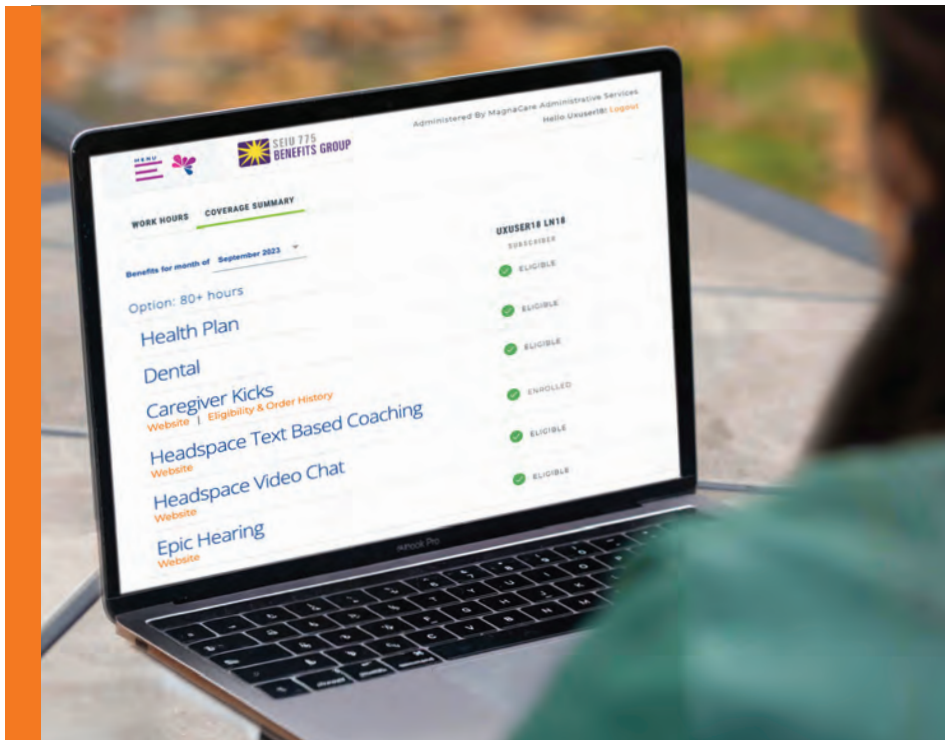
근무 시간 및 Caregiver Kicks와 같은 보장 및  
기타 웰빙 혜택에 대한 자격을 확인하십시오.

## ☰ 혜택 신청 또는 업데이트

계정에 액세스하여 온라인으로 간편하게  
신청하거나 기존 보험을 변경할 수 있습니다.

## 💬 라이브 채팅 지원 받기

건강 혜택 고객 지원 센터에서 신청,  
자격 등에 관한 도움을 받으십시오.





# 건강 보험 FAQ

## 개별 보험 혜택의 자격은 어떻게 됩니까?

개별 보험에 가입하려면 2개월 연속으로 한 달에 80시간 이상 유급으로 일해야 합니다.

## 어떻게 신청합니까?

[myseiu.be/magnacare](http://myseiu.be/magnacare)에서 온라인으로 신청하거나 변경하십시오.

Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 받으면 신청서를 작성하여 신청서에 기재된 주소나 팩스 번호로 우편 또는 팩스로 보낼 수 있습니다. 미국 소인이 필요합니다.

1일 이내에 이메일 또는 건강 보험 혜택 계정을 통해 신청서를 접수하고 30일 이내에 보험 결정서를 우편 또는 이메일로 받아보실 수 있습니다. 받지 못한 경우 1-877-606-6705로 문의하십시오.

## 언제 신청할 수 있나요?

보험을 신청할 수 있는 경우는 3가지입니다.

- 1. 최초 자격:** 신규 등록 자격 자료에 기재된 날짜로부터 60일 이내. 최초 자격은 처음으로 자격을 취득하는 시점입니다.
- 2. Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록):**  
매년 7월 1일~20일. 이미 가입되어 있는 경우 보험 혜택이 자동으로 갱신되므로 변경을 원하지 않는 한 별도의 조치가 필요하지 않습니다.
- 3. 적격 생활 사건(QLE):** 건강 보험 요구 사항이 변경되는 QLE가 발생한 후 30일 이내. QLE의 예로는 입양, 기타 의료 보험 상실, 이혼 등이 있습니다. 자세한 내용은 [myseiu.be/qle](http://myseiu.be/qle)를 방문하십시오.

## 아직 자격이 되지 않습니까?

**Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간인 7월 1일부터 20일 사이에도 신청할 수 있습니다.**

Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)\*을 작성하고 한 달에 80시간 이상 근무하면 개별 보험이 시작됩니다. Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)를 추가하려는 경우, 한 달에 120시간 이상 일하면 피부양자 보험이 시작됩니다.

\*현재 한 달에 80시간 이상 일하지 않는 경우 온라인으로 신청서를 작성할 수 없습니다. 신청서 사본을 요청하려면 [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com)으로 이메일을 보내주세요.

## Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)의 자격은 어떻게 됩니까?

Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 가입하려면 한 달에 120시간 이상 유급으로 일해야 합니다.

## Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 누구를 추가할 수 있습니까?

26세 생일까지 자격이 되는 자녀를 추가할 수 있습니다. 적격 부양 자녀에는 생물학적 자제, 입양 자녀, 의붓자녀, 동거인의 자녀 등이 있습니다.

자녀는 귀하와 동일한 보험에 등록되며 한 명의 간병인에만 등록될 수 있습니다. 보험 혜택은 외부 보험과 조정될 수 있습니다. 자세한 내용은 1-877-606-6705로 문의하십시오.

## Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)는 어떻게 추가합니까?

- 1. 신청서의 Coverage for Kids(자녀를 위한 보험) 섹션을 작성하십시오.**
- 2. 의료 및 치과 또는 치과 전용 보험 옵션을 선택하십시오.**
- 3. 피부양자 확인 서류는 신청서와 함께 제출하거나 신청 후 60일 이내에 제출하십시오\*\*.** 인정되는 서류의 예로는 정부에서 발급한 출생증명서 사본과 보험에 추가하려는 피부양자가 기재된 세금 신고서 등이 있습니다.

\*\*자녀를 처음 등록할 때 피부양자 확인이 필요합니다.

특별한 요청이 없는 한, 이전에 확인된 서류는 다시 제출할 필요가 없습니다.

### ! 자세한 내용은 [myseiu.be/cfk](http://myseiu.be/cfk)를 방문하십시오.

- Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 신청하는 방법.
- 보험 혜택에 추가할 수 있는 사람.
- 인정되는 확인 서류 목록.
- 서류 제출 방법.

## 보험은 언제 시작됩니까?

**Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록):** 8월 1일부터 보험 혜택을 받으려면 7월 20일까지 신청서 또는 변경 사항을 제출하십시오.

**초기 자격 및 적격 생활 사건:** 신청서가 접수되고 처리된 후 다음 달 1일부터 보장이 시작되며, 처리에는 약 2주가 소요됩니다. 예를 들어, 작성된 신청서가 다음 날짜까지 접수된 경우:

- 3월 15일까지 접수된 경우, 보험은 4월 1일부터 시작됩니다.
- 3월 16일부터 31일 사이에 접수된 경우, 보험은 5월 1일부터 시작됩니다.

**Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)**는 피부양자 확인이 접수되어 처리된 후에야 시작될 수 있습니다.

## 월 공동 보험료를 어떻게 납부합니까?

고용주는 월 공동 보험료(매월 지불하는 금액)를 급여에서 자동으로 공제합니다. 고용주가 공제를 할 수 없는 경우, 우편과 이메일을 통해 공동 보험료를 납부하는 방법을 안내하는 직접 납부 서신을 받게 됩니다. 수표로 납부하거나 온라인 온라인 건강 혜택 계정을 사용하여 납부할 수 있습니다.

**CDWA의 개별 서비스 제공자(IP)인 경우,** 첫 번째 월 보험료는 자비로 납부해야 합니다.

## 근무 시간이 보험 혜택에 어떤 영향을 미칩니까?

보험에 가입하면 한 달 동안 근무한 시간에 따라 2개월 후 보험 상태가 결정됩니다. 예: 1월의 근무 시간에 따라 3월의 보험 혜택이 결정됩니다.

근무 월	보험 혜택 월
1월 →	3월
2월 →	4월
3월 →	5월
4월 →	6월
5월 →	7월
6월 →	8월
7월 →	9월
8월 →	10월
9월 →	11월
10월 →	12월
11월 →	1월
12월 →	2월

이번 달에 근무한 요일 시간

이번 달 보험 혜택 결정

## 보험을 해지하려면 어떻게 해야 합니까?

본인 또는 자녀의 보험을 해지하려면, Waive Coverage Form(보장 포기서)를 제출해야 합니다. 포기서가 다음 날짜까지 접수된 경우:

- 15일까지 접수된 경우, 보험은 다음 달 1일에 해지됩니다.
- 15일 이후에 접수된 경우, 보험은 두 번째 달 1일에 해지됩니다.

**중요:** 재등록은 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간 또는 적격 생활 사건 이후에만 가능합니다. 올해 7월 1일 이전에 받은 면제 혜택은 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간 동안 초기화됩니다. 지난 12개월 동안 보험에 가입한 적이 있는 경우, 새로운 Waive Coverage Form(보장 포기서)을 제출하지 않는 한 자동으로 재가입됩니다.

## 보험 혜택을 상실하면 어떻게 됩니까?

통합 옴니버스 예산 조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)에 대한 정보를 받게 되며, 이는 Ameriflex(1-877-606-6705)에서 관리합니다. COBRA를 통해 간병인과 자녀는 매월 지불하는 금액으로 보험을 유지할 수 있습니다.

간병을 중단하고 장기 보험이 필요한 경우 무료 Washington Apple Health에 대한 자격을 확인하거나 [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)에서 다른 옵션을 찾아보십시오.

## 보험 혜택을 유지할 수 있도록 더 많은 시간을 근무하십시오.

개별 서비스 제공자(IP)이고 보장을 유지하기 위해 더 많은 근무 시간이 필요한 경우, 클라이언트를 추가로 찾을 수 있도록 지원하는 무료 구직 웹사이트인 Carina를 이용해 보십시오. [myseiu.be/carina](http://myseiu.be/carina)에서 자세한 내용을 알아보십시오.





# 건강 보험 유지

보험에 가입한 후에는 건강 보험 혜택을 지속적으로 유지하기 위해 다음을 수행해야 합니다.

## ❗ 필요한 시간을 일하십시오.

**개별 보험:** 보험 혜택을 유지하려면 한 달에 80시간 이상 유급으로 일해야 합니다.

**Coverage for Kids(자녀를 위한 보험):**

피부양자 보험을 유지하려면 한 달에 120시간 이상 유급으로 일해야 합니다.

근무 시간이 120시간 미만이지만 80시간 이상 유지되는 경우, Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)는 사라지지만 본인의 보험은 유지됩니다.

## ❗ 근무 시간을 정시에 보고하십시오.

근무 시간을 정시에 보고하지 않으면 보험이 상실됩니다.

근무한 달로부터 60일 이내에 고용주에게 연장 근무 시간 또는 조정 시간을 제출해야 합니다.

## ❗ 월 공동 보험료를 전액 납부하십시오.

자세한 내용은 이전 페이지를 참조하십시오.

**myseiu.be/maintain에서 보험 혜택을 유지하는 방법에 대해 자세히 알아보십시오.**

Coverage Reliability 크레딧이 있거나 없는 상태로 필수 근무 시간을 일할 수 없는 경우에 어떤 일이 발생하는지 사례를 살펴보십시오.

# Coverage Reliability

예측할 수 없는 일정으로 인해 필요한 근무 시간을 맞추기 어려울 수 있습니다. Coverage Reliability 혜택은 계획대로 일을 할 수 없는 경우에도 건강 보험 혜택이 지속되도록 보장합니다.

## Coverage Reliability 적용 방식:

- **보장 연도(8월~7월)당 2 크레딧을** 받을 수 있습니다.
- 각 크레딧은 필수 근무 시간을 충족하지 못할 경우 **1개월 동안 보험 혜택 기간을 연장합니다.** 크레딧은 본인과 피부양자의 보험에 모두 적용됩니다.
- 크레딧은 **자동으로 적용되므로** 별도의 조치가 필요하지 않습니다.
- 건강 혜택 계정에 로그인하여 언제든지 크레딧잔고를 확인할 수 있습니다.

## 자주 묻는 질문:

**크레딧은 언제 리셋됩니까?**

2크레딧은 매년 8월 1일에 리셋됩니다. 등록하는 즉시 사용할 수 있습니다.

**사용하지 않은 크레딧은 다음 해로 이월됩니까?**

아닙니다. 매년 8월 1일에 2크레딧이 새로 제공됩니다. 사용하지 않은 크레딧은 이월되지 않습니다.

**크레딧을 여러 달 연속으로 사용할 수 있습니까?**

아닙니다. 크레딧을 2개월 연속으로 사용할 수 없습니다.

**개별 보험에 가입할 수 있는 근무 시간은 충분하지만**

**Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 가입할**

**수 있는 근무 시간은 부족한 경우 어떻게 됩니까?**

이 경우 1크레딧이 적용되어 해당 월에 자녀의 보험 혜택이 연장됩니다.

**크레딧을 사용해도 여전히 월 공동 보험료를 납부해야**

**합니까?**  
그렇습니다. 해당 월의 공동 보험료는 여전히 자신이 부담해야 합니다. 공동 보험료에 대한 자세한 내용은 9페이지를 참조하십시오.



**건강 혜택**

# 고객 지원 센터

**보장 범위, 자격, 신청 등에 관한  
질문에 대한 도움을 받으십시오.**

고객 지원 센터는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 이용할 수 있습니다.

**1-877-606-6705**

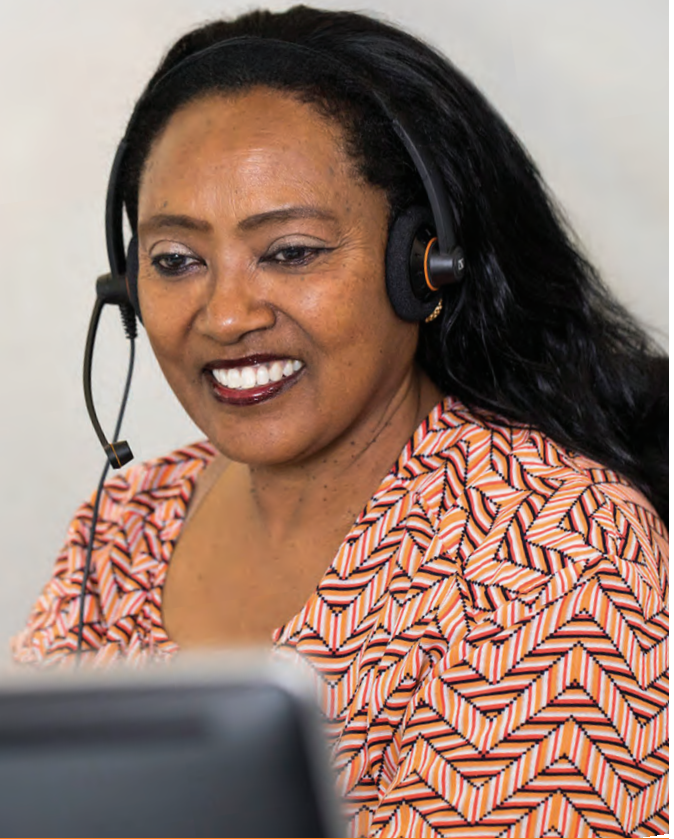
언어 지원이 제공됩니다.

**라이브 채팅 지원**

[myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare)에 로그인하여 채팅 지원을 받으십시오.

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

업무 시간 중에 고객 지원 센터에 연락할 수 없습니까? 이메일을 보내면 업무일 기준 2일 이내에 답변을 받으실 수 있습니다.



## 추가 자료

### 일반적인 보험 용어

일반적인 건강 보험 용어의 정의를 알아두면 보험 혜택을 보다 잘 이해할 수 있습니다.

[myseiu.be/hc-terms](https://myseiu.be/hc-terms)

### Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)

Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 가입하는 방법과 가입에 필요한 서류에 대해 알아보십시오.

[myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)

### 보험 혜택 사용

보험에 가입한 후 보험 혜택을 최대한 활용하여 웰빙을 지원하는 방법에 대한 팁을 확인하십시오.

[myseiu.be/covered](https://myseiu.be/covered)



2025-2026년 건강 보험 혜택

# 보험 세부 정보 책자

이 책자에는 건강 보험 혜택에 대해 이해하는 데 도움이 되는 중요한 문서가 포함되어 있습니다.

**자료 수정 사항 요약(SMM):**

2025년 8월 1일부터 적용되는 보험에 대한 모든 업데이트 또는 변경 사항을 나열합니다.

**의료 및 치과 보험 스냅샷:**

SEIU 775 Benefits Group에서 만든, 의료 보험 및 치과 치료 옵션 혜택에 대한 간단하고 읽기 쉬운 개요입니다.

**혜택 및 보장 요약(SBC):**

다음은 비롯하여 보험에 대한 자세한 설명:

- 일반적인 의료 요구 사항 및 처방(예: 의사 진료, 임상 검사, 당뇨병 치료 등)이 보장되는 방식.
- 귀하가 지불하는 금액과 보험에서 지불하는 금액(공제액, 공동 부담금, 공동 보험).
- 포함되는 항목과 제외되는 항목(보험 혜택 제한 또는 제외).

**보험 리소스:**

등록 후 사용할 수 있는 연락처와 웹사이트.

귀하는 Aetna 의료 보험에 가입할 자격이 있습니다. 이 보험은 2025년 8월 1일부터 2026년 7월 31일까지 유효합니다.

SBC, SMM 또는 기타 보험 혜택에 대한 자세한 내용은 다음 연락처로 건강 혜택 고객 서비스에 문의하십시오.

**1-877-606-6705**

월요일~금요일, 8:00am~6:00pm PST

**SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**



# 중요 변경 사항 요약

Consumer Direct of Washington(CDWA) 개별 서비스  
제공자(IP) 및 대행사 제공자(AP)에게 SEIU Healthcare  
NW Health Benefits Trust를 통해 제공되는 건강 보험  
혜택의 변경 사항입니다.

본 중요 변경 사항 요약("SMM")은 2025년 8월 1일 현재 보험을 설명하는  
핵심 건강 보험 혜택("보험")에 대한 보험 요약 설명서(SPD)에 포함된 일부  
정보를 수정합니다.

2025년 8월 1일부터 의료 보험 혜택 및 자격 규정이 변경됩니다. AP와 IP는 다음과 같은  
혜택 개선 사항에 대해 알고 있어야 합니다.

**Coverage Reliability**은 간병인에게 연간 2크레딧을 제공합니다. 각 크레딧은 필수  
근무 시간을 충족하지 못하는 경우 1개월 동안 의료 보험 혜택을 연장하여 본인과  
부양 가족에게 지속적인 보험 혜택을 제공합니다.

**Progyny**가 제공하는 평생 입양 혜택 \$15,000.

다음 항목에 대한 처방 비용 부담 감소:

- 흡입기 및 EPI펜.
- 노출 후 HIV 약물 및 치료제의 단일 요법 비용이 \$0로 감소합니다.

**Aetna** 보험에 가입되어 있는 경우 이제 확장된 성 정체성 확증 케어를 이용할 수 있습니다.

- 2차 의학적 필수 서류 요구 사항이 제거되었습니다.
- 이제 음성 변경 치료와 체형 교정 시술이 가능합니다.

이러한 변경 사항에 대한 자세한 내용은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후  
6시까지(태평양 표준시 기준) 고객 서비스 센터 연락처 1-877-606-6705로  
문의하거나 SEIU775BG-caregiver@magnacare.com으로 이메일을 보내주십시오.



SEIU 775  
BENEFITS GROUP

2025-2026년 건강 보험 혜택

# 의료 및 치과 보험 스냅샷

---

SEIU 775 Benefits Group에서 만든, 의료 보험 및 치과 치료 옵션에 대한 간단하고 읽기 쉬운 개요입니다.





**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**

**aetna®**

**자가 보험 Aetna 보험 스냅샷**  
발효일 2025년 8월 1일

SEIU 775 Benefits Group에서 제공하는 혜택에 대한 간략한 요약입니다. 이것은 계약서 또는 혜택 보증서가 아닙니다. 대체 치료를 포함한 모든 혜택 설명은 의학적으로 필요한 서비스를 위한 것입니다. 보장된 서비스에 대한 비용 부담액과 해당 서비스에 대한 실제 청구액 중에서 적은 금액이 회원에게 청구됩니다. 제한 사항을 포함한 전체 보장 조항에 대한 사항은 혜택 보증서를 참조하십시오.

혜택	선호하는 공급자 네트워크	비선호 공급자 네트워크
공제액 계획	연간 공제 금액 없음	개인 공제액: 연간 \$500 가족 공제액: 연간 \$1,000
개인 공제액 이월	해당 없음	제4분기 이월 적용됨
공동 보험	공동 보험 없음	플랜이 허용된 금액의 80%를 지불하고 20%를 지불합니다.
본인 부담 한도	<b>의료비 본인 부담 한도:</b> 개인: \$800 가족: \$1,600 <b>처방약 본인 부담 한도:</b> 개인: \$400 가족: \$800 다음 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용은 본인 부담 한도에 포함됩니다. 보장되는 서비스에 대한 모든 비용 부담.	네트워크 내에서 공유
기존 질병(PEC) 대기 기간	PEC 없음	선호하는 공급자 네트워크와 동일
평생 최대 혜택	무제한	선호하는 공급자 최대 금액과 동일
외래 환자 서비스(진료실 방문)	\$15 공동 부담금. Aetna 웹 사이트에서 주치의를 지정하면, 해당 의사를 방문할 때마다 공동 부담금은 \$0가 됩니다.	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
긴급 치료	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
병원 서비스	<b>입원 환자 서비스:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 수술:</b> \$50 공동 부담금	<b>입원 환자 서비스:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용. <b>외래 수술:</b> \$50 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
처방약 (일부 주사 약물은 외래 환자 서비스로 보장될 수 있습니다.)	가치 기반/선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2)/비선호(Tier 3) \$4/\$8/\$25/\$50 공동 보험료 인슐린: 선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2)/비선호(Tier 3) \$0/\$0/\$25 공동 보험료 흡입기 및 EPI 펜: 선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2)/비선호(Tier 3) \$8/\$25/\$35 공동 보험료	선호 제네릭/선호 브랜드/비선호 \$13/\$30/\$55 공동 부담금 인슐린: 선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2)/비선호(Tier 3) \$13/\$30/\$35 공동 보험료 흡입기 및 EPI 펜: 선호 제네릭/선호 브랜드/비선호 \$13/\$30/\$35 공동 부담금
처방전 우편 주문	90일 분량 당 2회 처방 비용 부담금	보장되지 않음
침술	연간 20회 방문 \$0 공동 부담금	선호하는 공급자 방문 한도와 공유 \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
구급차 서비스	\$200 공동 부담금	선호하는 공급자 최대 혜택과 동일



혜택	선호하는 공급자 네트워크	비선호 공급자 네트워크
약물 의존	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$0 공동 부담금	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
<b>장치, 장비 및 소모품</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>내구성 의료 기기</li> <li>정형 외과 장비</li> <li>유방 절제술 후 브래지어는 매 6개월에 2회로 제한됩니다.</li> <li>조루술 용품</li> <li>보철 장치</li> </ul>	100% 보장	50% 보장, 공제액 적용
<b>당뇨병 용품</b>	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜릿 - 처방약 참조. 외부 인슐린 펌프, 혈당 측정기, 검사 시약 및 소모품 - 장치, 장비 및 소모품 참조. 장치, 장비 및 소모품 또는 처방약이 보장되고 혜택 한도가 있는 경우, 당뇨병 용품에는 이러한 한도가 적용되지 않습니다.	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜릿 - 처방약 참조. 외부 인슐린 펌프, 혈당 측정기, 검사 시약 및 소모품 - 장치, 장비 및 소모품 참조. 장치, 장비 및 소모품 또는 처방약이 보장되고 혜택 한도가 있는 경우, 당뇨병 용품에는 이러한 한도가 적용되지 않습니다.
<b>진단 실험실 및 X-레이 서비스</b>	<b>입원 환자:</b> 병원 서비스에서 보장됨 <b>외래 환자:</b> 완전한 보장	<b>입원 환자:</b> 병원 서비스에서 보장됨 <b>외래 환자:</b> 공제액 및 공동 보험 적용
<b>응급 서비스</b> (입원시 공동 부담금 면제)	\$200 공동 부담금	\$200 공동 부담금
<b>청력 검사(일반)</b>	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
<b>청력 하드웨어</b>	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 공동 부담금이 없으며, 각 귀에 대해 3년마다 최대 \$3,000의 보청기 보조금이 제공됩니다. <a href="https://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> 에서 자세한 내용을 알아보십시오.	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 공동 부담금이 없으며, 각 귀에 대해 3년마다 최대 \$3,000의 보청기 보조금이 제공됩니다. <a href="https://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> 에서 자세한 내용을 알아보십시오.
<b>가정 건강 서비스</b>	연간 최대 130회 방문까지 완전 보장	선호하는 공급자 방문 한도와 공유, 공제액 및 공동 보험 적용.
<b>호스피스 서비스</b>	완전한 보장	공제액 및 공동 보험 적용.
<b>불임 치료 서비스</b>	별도의 혜택을 통해 보장: 임신, 출산 및 가족 형성 2+1 Smart Cycles는 회원의 출산 및 가족 형성 여정을 도와드립니다. <a href="https://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a> 에서 자세한 내용을 알아보십시오	보장되지 않음
<b>수기 요법</b>	사전 승인 없이 연간 최대 20회 방문 \$0 공동 부담금	방문 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
<b>마사지 서비스</b>	\$15 공동 부담금(연간 20 회 방문)	선호하는 공급자 방문 한도와 공유 \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
<b>출산 서비스</b>	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.
<b>정신 건강</b>	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$0 공동 부담금	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용

혜택	선호하는 공급자 네트워크	비선호 공급자 네트워크
자연 요법	\$0 공동 부담금. 연간 무제한 방문	선호하는 공급자 방문 한도와 공유 \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
신생아 서비스	<b>최초 입원:</b> 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 부담금은 산모에 대한 비용 부담금과는 별도입니다.	<b>최초 입원:</b> 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 부담금은 산모에 대한 비용 부담금과는 별도입니다.
비만 관련 수술 (비만 치료)	의료 기준이 충족될 때 비용 부담금에서 보장됨	보장되지 않음
장기 이식	무제한, 대기 기간 없음 <b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금	보장되지 않음
예방 치료 (신체적 웰 케어, 예방 접종, 자궁 경부 세포진 검사, 유방조영술)	완전한 보장 여성의 예방 치료 서비스(피임약 및 기구와 불임 시술 포함)는 완전히 보장됩니다.	보장되지 않음 여성의 예방 치료 서비스(피임약 및 기구와 불임 시술 포함)에는 해당 예방 치료 비용 부담금과 최대 혜택이 적용됩니다. 일반 유방조영술, 공제액 및 공동 보험 적용
재활 서비스 (재활 방문은 연간 총 병합 치료 방문입니다.)	<b>입원 환자:</b> 연간 60일. 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> 연간 60회 방문. 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. \$15 공동 부담금	<b>입원 환자:</b> 선호하는 공급자 혜택 한도와 공유되는 일간 한도. 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 <b>외래 환자:</b> 선호하는 공급자 혜택 한도와 공유되는 방문 한도. \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
숙련된 간호 시설	연간 최대 60일까지 완전 보장	선호하는 공급자 혜택과 공유되는 일간 한도, 공제액 및 공동 보험 적용.
살균 (혈관 절제술, 난관 결찰)	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금 여성의 불임 시술은 완전히 보장됩니다.	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 여성의 불임 시술에는 해당 예방 치료 비용 부담금과 최대 혜택이 적용됩니다.
턱관절 (TMJ) 서비스	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금	<b>입원 환자:</b> 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 <b>외래 환자:</b> \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
금연 카운셀링	금연 프로그램 - 완전 보장	해당 비용 부담금 적용
일반 시력 관리 (12개월마다 1회 방문)	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
광학 하드웨어 (콘택트 렌즈 및 안경테를 포함한 렌즈)	<b>모든 회원:</b> 12개월 당 \$600	선호하는 공급자 혜택과 공유



**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**



**PPO 치과 보험 스냅샷**  
발효일 2025년 8월 1일

이것은 비교 목적에 한해 사용 가능한 혜택에 대한 간략히 요약한 것이며 계약을 구성하지 않습니다. 보험에 가입한 경우, Delta Dental PPO 플랜에 대한 자세한 정보를 제공하는 혜택 소책자를 참조할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 Delta Dental 고객 서비스 부서의 연락처 **1-800-554-1907**로 전화하거나 **DeltaDentalWA.com**을 방문하십시오.

#### 혜택 기간:

2025년 1월 1일~2025년 12월 31일

#### 최대 혜택 기간\*

(1인당, 클래스 I에는 적용되지 않음):  
\$5,000

**치열 교정— 성인 및 아동:** 1인당  
50%에 평생 최대 \$5,000까지

\*PDA 치과에서 받은 치과 치료는 최대 \$2,000까지  
전액 보장되며, 클래스 III - 주요 서비스에서는 공동  
보험료가 면제됩니다.

### Delta Dental 네트워크

Delta Dental PPO 네트워크를 통해  
가장 많은 혜택을 받으실 수 있으며,  
Dental Premier® 네트워크도 이용할  
수 있어 선택의 폭을 넓힐 수 있습니다.

### 무료 Sonicare 칫솔 받기



Pacific Dental Alliance(PDA)  
제공사에게 처음 진료를 받는 Delta  
Dental 회원은 무료 Sonicare 칫솔을  
받을 수 있습니다.

전체 PDA 서비스 제공자 목록 보기:  
[myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda).

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	네트워크 외
<b>혜택 기간 공제액</b>			
클래스 I 및 치열 교정에는 적용되지 않음 네트워크 외(1인당 \$50)	\$0	\$50	\$50
<b>클래스 1- 진단 및 예방</b>			
검사 클리닝 불소 X-레이 실란트	100%	80%	80%
<b>클래스 II - 복원</b>			
복원 구치부 복합 충전재 치내요법(근관) 치주학 구강 외과	100%	60%	60%
<b>클래스 III - 주요 시술</b>			
틀니 부분 의치 임플란트 브릿지 크라운	80%	40%	40%

#### 기능

최소 본인 부담금	○		
귀하를 위해 요청서 접수	○	○	
품질 관리 및 비용 보호	○	○	

**치과 응급:** 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.



**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**



**Willamette  
Dental**

**치과 보험 스냅샷**  
발효일 2025년 8월 1일

Willamette Dental of Washington, Inc.가 보증하는 이 보험은 광범위한 보장을 제공합니다. 아래 목록은 보험에서 보장하는 가장 일반적인 시술에 대한 정보를 제공합니다. 자세한 내용은 **1-855-433-6825**로 전화하거나 **myseiu.be/oe-willamette**를 방문하십시오. 제한 사항 및 제외 사항 목록을 보려면 **myseiu.be/willamette-exclusions**를 방문하십시오.

혜택	공동 부담금
연간 최대 금액	연간 최대 금액 없음*
공제액	공제액 없음
일반 및 치열 교정 진료실 방문	방문당 공동 부담금 없음
<b>진단 및 예방 서비스</b>	
일반 및 응급 검사, X- 레이, 치아 클리닝, 불소 처리, 실란트(치아당), 두경부 암 검진, 구강 위생 지시, 치주 차트, 치주 평가	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
<b>치아 복원 치료</b>	
충진제(아말감)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
자기-금속 크라운	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
<b>치과보철학</b>	
전체 위 또는 아래 틀니	가입자가 공동 부담금 \$400 지불
브릿지(치아당)	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
<b>근관치료학 및 치주학</b>	
근관 치료 – 전치	가입자가 공동 부담금 \$85 지불
근관 치료 – 소구치	가입자가 공동 부담금 \$105 지불
근관 치료 – 어금니	가입자가 공동 부담금 \$130 지불
골수술 (사분원 당)	가입자가 공동 부담금 \$150 지불
치근 활택술 (사분원 당)	가입자가 공동 부담금 \$75 지불
<b>구강 외과</b>	
일반 발치 (단일 치아)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
외과적 적출	가입자가 공동 부담금 \$100 지불
<b>정형 외과 치료</b>	
교정 전 치료	가입자가 공동 부담금 \$150 지불**
포괄적 치열 교정 치료	가입자가 공동 부담금 \$1,500 지불
<b>치과용 임플란트</b>	
치과 임플란트 수술	임플란트 혜택 최대 연간\$ 1,500
<b>기타</b>	
국소 마취	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
치과 검사 비용	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
아산화질소	가입자가 공동 부담금 \$40 지불
전문 진료실 방문	가입자가 방문당 공동 부담금 \$30 지불
지역 외부 응급 진료비 환급	가입자가 \$250를 초과하는 비용 지불

\*TMJ는 연간 최대 \$1000/평생 최대 \$5000입니다. \*\*환자가 치료 계획에 동의하는 경우 공동 부담금은 포괄적 치열 교정 치료에 적용됩니다. **치과 응급:** 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.



혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 건강 보험을 선택하는 데 도움이 될 것입니다. SBC는 귀하와 보험이 의료 서비스 비용을 어떻게 분담하는지 보여줍니다. 이는 요약된 내용일 뿐입니다. 보장에 대한 자세한 내용은 전담 Progyny Pregnancy and Postpartum 코치 또는 (833) 233-0517번으로 전담 Progyny 환자 치료 관리자(PCA)에게 문의하십시오.

중요한 질문	응답	이것이 중요한 이유:
전체 공제액은 얼마입니까?	개인 \$0 / 가족 \$0	Progyny 보험에는 공제액이 없습니다.
공동 부담금이 있나요?	아니오	Progyny Pregnancy and Postpartum 보험에는 공동 부담금이 없습니다.
공동 보험이 있나요?	아니오	Progyny Pregnancy and Postpartum 보험에는 공동 보험이 없습니다.
공제액을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	아니오	Progyny Pregnancy and Postpartum 서비스에 대한 본인 부담금은 없습니다. 보험에 따라 제공되는 모든 서비스는 예방 치료 서비스이며 비용 분담이 적용되지 않습니다.
특정 서비스에 대해 다른 공제액이 있습니까?	아니오	Progyny Pregnancy and Postpartum HRA 보험에는 공제액이 필요하지 않습니다. 보험에 따라 제공되는 모든 서비스는 예방 치료 서비스이며 비용 분담이 적용되지 않습니다.
이 보험의 본인 부담금 한도는 얼마입니까?	개인 \$0 / 가족 \$0	Progyny 보험에는 본인 부담금 한도가 없습니다.
네트워크 서비스 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있나요?	해당되지 않습니다.	이 보험에는 Progyny의 Pregnancy 및 Postpartum 코치 및 서비스 제공자가 모두 포함되어 있습니다. Progyny 코치가 아닌 사람에게는 혜택이 제공되지 않습니다.

#### 제외되는 서비스 및 기타 보장되는 서비스:

제외 대상에는 가정용 배란 예측 키트, 네트워크 외 서비스 제공하는 서비스 및 용품, 미국 생식의학회에서 실험적 치료로 간주하는 치료가 포함됩니다. 임상 검사 비용을 포괄하는 대리모 서비스와 관련된 모든 비용은 보장되지 않습니다. 이 가이드에 나열되지 않은 서비스를 담당 의사가 요청하는 경우 PCA에 보험 범위를 확인하십시오. Progyny의 보험 범위에 속하지 않는 일부 서비스가 있지만 귀하의 의료 보험을 통해 제공될 수 있습니다.

#### 계속해서 보험을 받을 수 있는 권리:

보험이 종료된 후에도 보험을 계속 유지하려는 경우 도움을 받을 수 있는 대행사가 있습니다. 해당 기관의 연락처 정보는 다음과 같습니다.  
 Healthcare.gov: [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 또는 1-800-318-2596, 주 건강 보험 Marketplace 또는 SHOP으로 연락하십시오. 건강 보험 Marketplace를 통해 개별 보험에 가입하는 것과 같은 다른 보험 옵션도 이용할 수 있습니다. Marketplace에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)를 방문하거나 1-800-318-2596으로 전화하십시오.

#### 고충 처리 및 항소 권리:

보험금 청구 거부에 대해 불만이 있는 경우 도움을 제공할 수 있는 기관이 있습니다. 이러한 불만 처리를 고충 처리 또는 항소라고 합니다. 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 해당 보험금 청구에 대해 받을 수 있는 혜택에 대한 설명을 참조하십시오. 또한 귀하의 보험 문서는 어떤 이유로든 보험금 청구, 항소 또는 불만 사항을 제출하는 방법에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 귀하의 권리, 본 통지 또는 지원에 대한 자세한 내용은 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 및 <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>를 방문하십시오.

#### 이 보험은 최소 필수 보험 혜택을 제공합니까? 해당되지 않습니다.

최소 필수 보험에는 일반적으로 보험, 마켓플레이스 또는 기타 개별 시장 정책을 통해 제공되는 건강 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보험이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 필수 보험에 해당하는 경우 보험료 세금 공제를 받을 자격이 되지 않을 수도 있습니다.

#### 이 보험은 최소 가치 기준을 충족합니까? 해당되지 않습니다.

귀하의 보험이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, Marketplace를 통해 보험료 납부에 도움이 되는 보험료 세금 공제 자격이 될 수 있습니다.



2025-2026년 건강 보험 혜택

# 혜택 및 보장 요약

---

보험에 대한 자세한 설명과 다양한 서비스에 대해 지불할 수 있는 비용을 이해하는 데 도움이 되는 예시를 제공합니다.





혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 건강 플랜을 선택하시는 데 도움이 됩니다. SBC에는, 귀하와 본 플랜이 보장되는 의료 서비스 비용을 어떻게 분담하는지 설명되어 있습니다. 주: 이 플랜의 비용(보험료라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 본 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장에 대한 자세한 내용을 확인하거나 전체 보장 약관의 사본을 받으려면 [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com)을 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요. 허용 금액, 잔액 청구, 공동보험비, 코페이, 공제액, 제공자 또는 기타 밑줄 친 용어와 같은 일반적인 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 참조하세요. 용어집은 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>를 참조하거나 1-800-370-4526번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유:
전체 공제액은 얼마입니까?	\$0. 네트워크 비소속: 개인 \$500/가족 \$1,000.	일반적으로, 본 플랜에서 지불을 시작하기 전에 귀하는 의료 제공자가 청구한 모든 비용을 해당 공제액에 도달할 때까지 지불하셔야 합니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 가족 구성원 모두가 지불한 총 공제액 비용이 전체 가족 공제액을 충족할 때까지 각 가족 구성원은 각자의 개인 공제액을 충족해야 합니다.
공제액을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	예. 공제액을 충족하기 전에도 응급 진료 및 처방약은 보장됩니다.	이 플랜은 공제액을 아직 충족하지 못한 경우에도 일부 품목 및 서비스를 보장합니다. 단, 코페이먼트 또는 공동보험비가 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 본 플랜은 특정 예방 서비스에 대해 공제액을 충족하기 전에도 비용 분담 없이 보장합니다. 보장되는 예방 서비스 목록은 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 를 참조하세요.
특정 서비스에 대한 다른 공제액이 있습니까?	아니요.	귀하는 특정 서비스에 대해서 공제액을 충족시킬 필요가 없습니다.
이 플랜의 본인부담금 한도는 얼마인가요?	네트워크 소속: 개인 \$800/가족 \$1,600. 네트워크 비소속: 개인 \$800/가족 \$1,600. 처방약: 개인 \$400/가족 \$800.	본인부담금 한도는 보장 서비스에 대해 귀하가 일 년 동안 지불하게 될 수 있는 최대 금액입니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 전체 가족 본인부담금 한도가 충족될 때까지 각자의 본인부담금 한도를 충족해야 합니다.
본인부담금 한도에 포함되지 않는 항목은 무엇인가요?	보험료, 잔액 청구 비용, 본 플랜에서 보장하지 않는 의료 서비스, 서비스의 사전 허락을 받지 않아 발생하는 위약금.	이러한 비용을 지불하더라도 본인부담금 한도로 산정되지는 않습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유:
<u>네트워크 의료 제공자</u> 를 이용하면 부담하는 비용이 적어집니까?	예. <u>네트워크 소속 의료 제공자</u> 목록은 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 를 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요.	본 플랜은 <u>의료 제공자 네트워크</u> 를 이용합니다. 본 플랜의 <u>네트워크 소속 의료 제공자</u> 를 이용하면 부담하는 비용이 적어집니다. <u>네트워크 비소속 의료 제공자</u> 를 이용하면 부담하는 비용이 가장 높아지고, <u>의료 제공자의 청구 비용과 플랜이 지불하는 금액의 차액</u> 에 대해 <u>의료 제공자로부터 청구서를 받을 수도 있습니다(잔액 청구)</u> . 일부 서비스의 경우(예: 임상 병리 검사) <u>네트워크 의료 제공자</u> 는 <u>네트워크 비소속 의료 제공자</u> 를 이용할 수도 있습니다. 서비스를 받기 전에 귀하의 <u>의료 제공자</u> 에게 확인하세요.
<u>전문의</u> 진료를 받기 위해 <u>의뢰서</u> 가 필요합니까?	아니요.	<u>의뢰서</u> 없이 귀하가 선택하는 <u>전문의</u> 진료를 받으실 수 있습니다.





이 도표에 표시된 모든 코페이먼트와 공동보험비 비용은 공제액이 적용되는 경우라면 공제액이 충족된 후의 것입니다.

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
<u>의료제공자의 진료소 또는 클리닉을 방문하는 경우</u>	부상 또는 질병 치료를 위한 일차 진료 방문	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음(단, 선택한 PCP의 경우 무료)	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	특정 서비스에 대한 <u>네트워크</u> 소속 비대면 일차진료 원격진료 <u>제공자</u> 방문에 대해 무비용.
	<u>전문</u> 의 방문	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	<u>예방 진료/선별 검사</u> /예방 접종	무료	보장되지 않음(단, 유방 조영상의 경우 무료)	예방 서비스가 아닌 경우에는 귀하가 비용을 지불하셔야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방 서비스인지 귀하의 <u>의료 제공자</u> 에게 문의하세요. 그런 다음 <u>플랜</u> 에서 지불하는 금액을 확인하세요.
검사를 받는 경우	<u>진단 검사</u> (엑스레이, 혈액 검사)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
<p>질병 또는 의료 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우</p> <p><u>처방약 보장은 Sav-Rx가 관리</u></p> <p><u>처방약 보장</u>에 대한 자세한 내용은 <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a>을 참조하세요.</p>	복제약	<p>처방당 <u>코페이</u>, <u>공제액</u>은 적용되지 않음: 가액 기준 30일분에 \$4, 60일분에 \$8, 90일분에 \$12(소매 약국), 31~90일분에 \$8(우편 주문). 선호 복제약의 경우 30일분에 \$8, 60일분에 \$16, 90일분에 \$24(소매 약국), 31~90일분에 \$16(우편 주문). 인슐린: 무료.</p>	<p>처방당 <u>코페이</u>, <u>공제액</u>은 적용되지 않음: 30일분에 \$13, 60일분에 \$26, 90일분에 \$39(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$13.</p>	<p>90일분이 보장됨(소매 약국 및 우편 주문). 약국에서 구입할 수 있는 피임약 및 기구 포함. <u>네트워크</u> 소속에서 FDA 승인 여성 피임제의 우선 복제약은 무료. 사전 확인 또는 단계별 치료가 필요한 처방의 보장을 받기 위해서는 <u>의약품집</u>을 검토하세요. 복제약 대신 브랜드약을 선택하면 귀하가 부담하는 비용이 높아집니다.</p>
	선호 브랜드약	<p>처방당 <u>코페이</u>, <u>공제액</u>은 적용되지 않음: 30일분에 \$25, 60일분에 \$50, 90일분에 \$75(소매 약국), 31~90일분에 \$50(우편 주문). 인슐린: 무료.</p>	<p>처방당 <u>코페이</u>, <u>공제액</u>은 적용되지 않음: 30일분에 \$30, 60일분에 \$60, 90일분에 \$90(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$30.</p>	

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
	비선호 브랜드약	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$50, 60일분에 \$100, 90일분에 \$150(소매 약국), 31~90일분에 \$100(우편 주문). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$25.	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$55, 60일분에 \$110, 90일분에 \$165(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$35.	
	<u>전문 의약품</u>	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	첫 번째 처방은 소매 약국 또는 Sav-Rx 처방 서비스에서 조제. 이후 처방은 반드시 Sav-Rx 처방 서비스를 통해 조제받아야 합니다.
외래 환자 수술을 받는 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
	의사/외과의 비용	방문당 <u>코페이</u> \$50, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$50 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
즉각적인 의료 조치가 필요한 경우	<u>응급실 진료</u>	방문당 <u>코페이</u> \$200, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$200, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	응급 상황에서 <u>네트워크</u> 비소속 이용 시 <u>네트워크</u> 소속에서와 동일하게 지급됨.
	<u>응급 의료 이송</u>	\$200의 <u>코페이</u> /이송, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	\$200의 <u>코페이</u> /이송, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	응급 상황에서 <u>네트워크</u> 비소속 이용 시 <u>네트워크</u> 소속에서와 동일하게 지급됨. 비응급 이송: 사전 허락된 경우를 제외하고 보장되지 않음.
	<u>긴급 진료</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	특정 서비스에 대한 <u>네트워크</u> 소속 24시간 연중무휴 비대면 진료 원격의료 <u>제공자</u> 방문에 대해 무비용.

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
병원에 입원하는 경우	시설 비용(예: 병실)	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	의사/외과의 비용	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	진료실 및 기타 외래 환자 서비스: 무료	진료소 및 기타 외래 환자 서비스: 방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	입원 환자 서비스	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
임신한 경우	진료소 방문	무료	20% <u>공동보험비</u>	<u>예방 서비스</u> 에는 <u>비용 부담</u> 이 적용되지 않습니다. 출산 진료에는 보험 혜택 및 보장 요약(SBC)의 다른 곳에 설명된 검사 및 서비스가 포함될 수도 있습니다(예: 초음파). 네트워크 비소속 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않으면 \$400의 위약금이 부과될 수도 있습니다.
	출산/분만 전문의 서비스	무료	20% <u>공동보험비</u>	
	출산/분만 시설 서비스	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
회복 또는 기타 전문 건강 서비스가 필요한 경우	<u>가정 건강 관리</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	연간 130회 방문. 네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	<u>재활 서비스</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	외래환자 병원 서비스를 포함하여 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료를 합산하여 연간 60회 방문.
	<u>가활(habilitation) 서비스</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	<u>전문 간호 진료</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	연간 60일. 네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	<u>내구성 의료 장비</u>	무료	50% <u>공동보험비</u>	동일/유사 용도의 <u>내구성 의료 장비</u> 1개로 제한. 오용/남용에 따른 수리는 제외.
	<u>호스피스 서비스</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
자녀가 치과 또는 시력 진료가 필요한 경우	자녀의 검안	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	12개월마다 1회 정기 검안
	자녀의 안경	무료	무료	12개월마다 최대 \$600.
	자녀의 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음.



## 제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스:

플랜이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용 및 기타 제외되는 서비스 목록은 귀하의 보험 증서 또는 플랜 문서를 확인하세요.)

- |                   |                         |              |
|-------------------|-------------------------|--------------|
| • 치과 진료(성인 및 어린이) | • 장기 요양                 | • 정기 말 치료    |
| • 보청기             | • 미국 외 지역으로 여행 시 비용급 진료 | • 체중 감량 프로그램 |
| • 불임 치료           | • 개인 간병                 |              |

기타 보장 서비스(이러한 서비스에 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 이 목록은 전체 목록이 아닙니다. 귀하의 플랜 문서를 참조하세요.)

- |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| • 침술 - 질병, 부상, 만성 통증에 연간 20회 방문.   | • 카이로프랙틱 치료 - 연간 20회 방문.                                     | • 정기 시력 진료(성인) - 12개월마다 1회 정기 검안. |
| • 비만 수술 - <u>네트워크 소속 제공자로</u> 제한됨. | • 성형 수술 - 보장이 제한됨. 보험 증서 문서를 참조하거나 ID 카드에 나와 있는 전화번호로 문의하세요. |                                   |

**계속해서 보험 보장을 받을 수 있는 권리:** 보험이 종료된 이후에도 보험 보장을 지속하고자 할 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 이러한 기관의 연락처 정보는 아래와 같습니다.

- 보험 보장을 계속 받을 수 있는 권리에 대해 자세히 알고 싶으시면, 본 플랜에 1-800-370-4526번으로 문의하세요.
- 귀하의 그룹 건강 보험 보장이 ERISA의 적용을 받는 경우, 노동부(Department of Labor)의 직원 복리후생 보안 관리(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-EBSA(3272)로 문의하거나 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>을 참조할 수 있습니다.
- 비연방 정부 그룹 건강 플랜의 경우, 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 소비자 정보 및 보험 감독 센터(Center for Consumer Information and Insurance Oversight)에 1-877-267-2323(x61565)번으로 문의하거나 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 참조할 수 있습니다.
- 귀하의 보험 보장이 교회 플랜인 경우, 교회 플랜은 연방 COBRA 지속 보험 보장 규정으로 보장되지 않습니다. 해당 보험 보장에 가입하게 되면, 개인은 주법에 따른 지속 보험 보장에 대한 본인의 권리에 관하여 주정부 보험 규제 기관에 문의해야 합니다.

건강 보험 마켓플레이스를 통한 개인 보험 보장 구입을 포함하여 기타 보험 보장 옵션을 이용할 수도 있습니다. 마켓플레이스에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 또는 1-800-318-2596으로 문의하세요.

**고충처리 및 이의신청 권리:** 보험청구의 거절에 대해서 플랜에 민원이 있을 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 이 민원을 고충처리 또는 이의신청이라고 합니다. 귀하의 권리에 관한 자세한 내용은 의료 청구를 위해 받게 될 혜택 설명서를 참조하세요. 플랜 문서에서도 귀하의 플랜에 어떠한 이유로든 청구, 이의신청 또는 고충처리를 제출하는 방법에 대한 모든 정보를 제공하고 있습니다. 귀하의 권리, 본 공지 또는 지원에 관한 자세한 내용은 다음 연락처로 문의하세요.

- 귀하의 그룹 건강 보험 보장이 ERISA의 적용을 받는 경우, 의료 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호 또는 일반 전화번호 1-800-370-4526 번으로 Aetna에 직접 문의할 수 있습니다. 노동부(Department of Labor)의 직원 복리후생 보안 관리(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-EBSA(3272)로 문의하거나 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>을 참조할 수 있습니다.

- 비연방 정부 그룹 건강 플랜의 경우, 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 소비자 정보 및 보험 감독 센터(Center for Consumer Information and Insurance Oversight)에 1-877-267-2323(x61565)번으로 문의하거나 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 참조할 수 있습니다.
- 또한 소비자 지원 프로그램을 통해 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 연락처 정보는 <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>에서 확인하세요.

#### 본 플랜은 최소 기본 보장을 제공합니까? 예.

일반적으로 최소 기본 보장에는 플랜, 마켓플레이스 또는 기타 개별 시장 보험을 통해 이용할 수 있는 건강 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보험 보장 등이 포함됩니다. 귀하가 특정 유형의 최소 기본 보장을 받을 자격이 있는 경우, 보험료 세금 공제를 받을 자격이 안 될 수도 있습니다.

#### 본 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니까? 예.

귀하의 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 마켓플레이스에서 구입한 플랜 비용을 지원받을 수 있는 보험료 세금 공제 혜택의 자격이 될 수도 있습니다.

*본 플랜이 표본적 의료 상황에서 비용을 보장해드릴 수 있는 방법에 관한 사례를 살펴보려면 다음 섹션을 참조하세요.*

보험 보장 사례:



이것은 비용 전적이 아닙니다. 보여드리는 치료는 본 플랜이 진료비를 보장하는 방법에 관한 사례일 뿐입니다. 실제 비용은 귀하가 받는 실제 진료, 의료 제공자가 청구하는 금액, 기타 많은 요인에 따라 달라질 수 있습니다. 비용 분담 금액(공제액, 코페이먼트, 공동보험비) 및 플랜에서 제외되는 서비스에 주목하세요. 이 정보를 이용하여 다른 건강 보험 플랜 하에서 귀하가 부담하게 될 수 있는 비용 분담분을 비교해 보십시오. 이 보장 사례들은 본인만을 보장하는 경우를 기준으로 합니다.

임신한 Peg의 경우 (9개월 간의 네트워크 소속 산전 진료 및 병원 분만)		Joe의 제2형 당뇨병의 경우 (잘 관리된 상태로 1년간 네트워크 소속 정기 진료)		Mia의 단순 골절의 경우 (네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 진료)	
■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0	■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0	■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0
■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15	■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15	■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15
■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100	■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100	■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100
■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0	■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0	■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0
이 사례에 포함되는 서비스: <u>전문의 진료소 방문 (산전 관리)</u> <u>출산/분만 전문의 서비스</u> <u>출산/분만 시설 서비스</u> <u>진단 검사 (초음파 및 혈액 검사)</u> <u>전문의 방문 (마취)</u>		이 사례에 포함되는 서비스: <u>일차진료 제공자의 진료소 방문 (질병 교육 포함)</u> <u>진단 검사 (혈액 검사)</u> <u>처방약</u> <u>당뇨병 용품 (혈당 측정기)</u>		이 사례에 포함되는 서비스: <u>응급실 진료 (의료 용품 포함)</u> <u>진단 검사 (엑스레이)</u> <u>내구성 의료 장비 (목발)</u> <u>재활 서비스 (물리 치료)</u>	
사례의 총 비용	\$12,700	사례의 총 비용	\$5,600	사례의 총 비용	\$2,800
이 사례에서 Peg가 지불해야 하는 금액:		이 사례에서 Joe가 지불해야 하는 금액:		이 사례에서 Mia가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>		<u>비용 분담</u>		<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0	<u>공제액</u>	\$0	<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$200	<u>코페이먼트</u>	\$600	<u>코페이먼트</u>	\$500
<u>공동보험비</u>	\$0	<u>공동보험비</u>	\$0	<u>공동보험비</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>		<u>보장되지 않는 사항</u>		<u>보장되지 않는 사항</u>	
제한 또는 예외 사항	\$60	제한 또는 예외 사항	\$20	제한 또는 예외 사항	\$0
Peg가 지불해야 하는 총 금액	\$260	Joe가 지불해야 하는 총 금액	\$620	Mia가 지불해야 하는 총 금액	\$500

주: 이 수치는 환자가 플랜의 웰니스 프로그램에 참여하지 않는다고 가정합니다. 플랜의 웰니스 프로그램에 참여하면 비용을 절감할 수 있습니다. 웰니스 프로그램에 대한 자세한 내용은 1-800-370-4526.

본 플랜은 이러한 사례에서 살펴본 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.

## 보조 기술

보조 기술을 이용하는 분들은 다음 정보를 완전히 이용하지 못할 수도 있습니다. 도움이 필요하면 1-800-370-4526번으로 문의하세요.

## 스마트폰 또는 태블릿

스마트폰이나 태블릿에서 문서를 보려면 무료 WinZip 앱이 필요합니다. 이 앱은 App Store에서 다운로드할 수 있습니다.

## 차별 금지 원칙

Aetna는 적용 가능한 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령 또는 장애에 근거하여 불법적으로 차별하거나 배제하거나 달리 대우하지 않습니다.

당사는 장애가 있는 분들과 언어 지원이 필요한 분들에게 무료 지원/서비스를 제공해 드립니다.

자격을 갖춘 통역사, 다른 형식의 서면 정보, 번역 또는 기타 서비스가 필요한 경우, ID 카드에 있는 전화번호로 연락하세요.

Aetna가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 위에 명시된 보호 계층에 근거하여 차별받았다고 생각하는 경우, 다음 연락처로 민권 코디네이터(Civil Rights Coordinator)에게 고충처리를 제기할 수 있습니다.

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512(CA HMO 고객: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

팩스: 859-425-3379(CA HMO 고객: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권 사무소(Office for Civil Rights)의 민권 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 또는 미국 보건복지부, 200 Independence Avenue SW., 509F, Room, HHH Building, Washington, DC 20201 또는 1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)로 민권 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

Aetna는 Aetna Life Insurance Company 및 그 계열사(Aetna로 통칭)를 포함한 Aetna 그룹 회사들 중 하나 또는 그 이상의 회사가 제공하는 상품 및 서비스에 사용되는 상표명입니다.



언어 지원:

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար գանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষিাপপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အဖို့အခမဲ့ အခေပွားဝင် ဖေးရပ် ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုက်နာ ၁-၈၀၀-၃၇၀-၄၅၂၆ သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hægu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏍᏗᏞᏪ ᏚᏐᏩᏛᏪ ᏓᏕᏐᏩᏛᏪ Ꮜ ᏱᏒᏪ ᏊᏑᏙᏛᏪ ᏔᏚ, ᏐᏩᏛᏪᏚᏪ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pillá ho ish l paya hinla, l paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.



Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ nì Pídyi ní, n̈í, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄວ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bą́ąh ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cîn wëu kor keek tēnɔŋ yin. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djei wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܡܝܢ ܫܒܩܐ ܕܐܝܬܐ ܕܝܠܟܝܢܐ ܕܬܝܠܥܐ ܕܝܠܟܝܢܐ ܕܝܠܟܝܢܐ ܕܝܠܟܝܢܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالتیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wonú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.



Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Coverage for: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum Health Reimbursement Arrangement**

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. This is only a summary. For more information about your coverage, please contact your dedicated Progyny Pregnancy & Postpartum coach or your Progyny Fertility Patient Care Advocate (PCA) at (833) 233-0517.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Individual \$0 Family \$0	There is no deductible with your Progyny plans.
Do I have a copayment?	No.	There is no copayment with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Do I have coinsurance	No.	There is no coinsurance with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will not pay an out-of-pocket for your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum services. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
Are there other deductibles for specific services?	No.	There is no deductible required for the Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum HRA plans. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Individual \$0 / Family \$0	There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.
Will you pay less if you use a network provider?	Not applicable.	Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.

**Excluded Services & Other Covered Services:**

Exclusions include home ovulation prediction kits, services and supplies furnished by an out-of-network provider, and treatments considered experimental by the American Society of Reproductive Medicine. All charges associated with services for a gestational carrier, including but not limited to fees for laboratory tests, are not covered. If your doctor requests services that are not listed in this guide, please check with your PCA to confirm coverage. There are some services that do not fall under Progyny's coverage; however, they may be provided through your medical plan.

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Healthcare.gov: [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318-2596 or state health insurance marketplace or SHOP. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318- 2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, go to [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) and <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.**

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Not Applicable.**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).



# 보험 리소스

## 건강 혜택 고객 서비스

MAGNACARE<sup>SM</sup>

전화	1-877-606-6705(월요일-금요일 오전 8시부터 오후 6시까지)
이메일	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
건강 혜택 계정	myseiu.be/magnacare

## Aetna

aetna<sup>®</sup>

Member Services	1-855-736-9469	aetna.com
정신 건강 서비스	1-800-424-4047	aetna.com
24 Hour Nurse Line	1-800-556-1555	aetna.com
Find the Right PCP	1-888-982-3862	aetna.com
회원 언어 지원	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language

## 치과

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

## 기타 혜택

EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
임신(출산 및 가족 형성)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

## 귀하의 언어로 제공되는 지원

고객 서비스 센터의 연락처 1-877-606-6705로 전화하거나 SEIU775BG-caregiver@magnacare.com으로 이메일을 보내십시오. 귀하의 언어를 구사하고 혜택 신청 및 관리에 관한 질문에 대답할 수 있는 담당자에게 연결될 것입니다.

의료 보험에 가입한 후에는 의료 보험 전반에서 언어 지원이 제공됩니다.