



Dora P.  
看护人, Tacoma

2025-2026

# 健康保险 指南

如果您有关于保险的疑问或需要申  
请帮助，请致电 1-877-606-6705。

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 健康计划亮点

- 3 保险选项和费用
- 4 全新和改进的福利
- 4 福利亮点
- 6 牙科保险选项

### 7 健康保险福利账户

轻松在线申请、更新保险或管理福利。

### 8 健康保险常见问题

- 8 资格
- 8 Coverage for Kids (子女保险)
- 8 申请时间和方式
- 9 保险开始时间
- 9 每月共付保险费
- 9 如何终止保险

### 10 如何继续享受保险

### 11 健康保险福利支持

Deborah 需要接受开胸心脏手术，如果没有保险，手术费用将高达数十万美元。现在她无需担心费用，她说：“我可以专注于自己和康复了。”

Deborah M.  
看护人，Vancouver



# 保健福利



除了享受高质量的健康保险外，您还可以免费享受其他福利，旨在帮助您减轻压力、确保工作安全并提高生活质量。



## Caregiver Kicks : 看护人的免费乐足鞋

每年免费获得一双！90 余款鞋履可供选择，包括 Reebok (锐步) 和 Skechers (斯凯奇) 等品牌。Caregiver Kicks 是一种防滑鞋，旨在让您在工作中更安全、更舒适。[myseiu.be/kicks](https://myseiu.be/kicks)



## 自我护理福利

看护人通常把别人放在第一位，但自我护理也很重要。我们为看护人提供了很多免费或低价福利，可以帮助解决压力、焦虑和忧郁问题。[myseiu.be/self-care](https://myseiu.be/self-care)

## 更多看护人福利



如需详细了解看护人退休、学习和工作匹配福利以及如何获取这些福利，请访问 [seiu775benefitsgroup.com](https://seiu775benefitsgroup.com)。

# 申请保险的分步指南

“注册过程非常简单。我刚刚浏览了手册，标出了我认为重要的内容。能够在线操作，这很简单。”

Acacia V., 看护人

## 1 了解您的健康保险

- 在本指南中探索您的保险选项和福利亮点。
- 请查看第 8 页的资格详情，了解您是否符合资格。
- 查看《计划详情手册》，了解您的计划中处方药、治疗和服务的自付费用。
- 选择保险选项和牙科计划。

Health Benefits  
Customer Service (健康保险福利客户服务):  
**1-877-606-6705**

获得有关保险、资格和申请问题的帮助。

## 2 准备申请

- 准备好您的信息。您需要提供社会安全号和雇主名称才能申请。
- **Coverage for Kids (子女保险)**：准备好您的受抚养人验证文件。请访问 [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk)，查看可接受的文件列表及说明。

## 3 创建健康保险福利账户

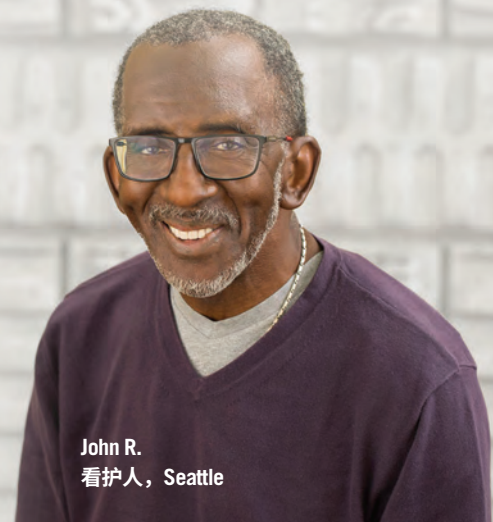
- 请访问 [myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba) 了解如何创建账户。创建账户后，即可随时登录 [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare)。

## 4 提交申请

- 请在截止日期前访问 [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) 填写申请。请参阅第 8 页，了解有关截止日期和如何通过邮件提交的更多信息。
- **Coverage for Kids (子女保险)**：申请时请提交受抚养人验证文件。请访问 [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk) 了解如何提交文件。

## 5 接收申请通知

- 您将在 1 天内通过电子邮件或健康保险福利账户收到申请回执，并在 30 天内通过信函或电子邮件收到承保决定。如果您没有收到，请拨打 1-877-606-6705。



John R.  
看护人, Seattle



# 健康保险 计划选项

每月仅需 25 美元，即可获得高质量的健康保险。您可以选择仅为自己投保，也可以为您的未成年子女添加 Coverage for Kids（子女保险）。

在生完第二个孩子后，Dani 为两个孩子都参保了 Coverage for Kids（子女保险），并称赞这一保险的“费率很优惠”，可以帮助她的家庭每月节省开支。

Dani R.  
看护人，Asotin



## 选项 1



个人保险  
医疗和牙科保险

### 25 美元 / 月

每月共付保险费

每月只需 25 美元，就能让自己享受医疗和牙科保险。

每月共付保险费：您每月为健康保险支付的金额，详情请见第 9 页。

资格要求

每月工作 80 小时或以上。

## 选项 2



个人保险 + Coverage  
for Kids（子女保险）  
医疗和牙科保险

### 125 美元 / 月

每月共付保险费

每月只需 125 美元，就能让自己和子女享受医疗和牙科保险。

**无论您添加多少名子女，费用都一样！**

您可以添加符合资格的受抚养子女，直至其年满 26 岁，包括亲生子女、收养子女、继子女和家庭伴侣的子女。

KPWA POS 成员必须更换计划才能添加 Coverage for Kids（子女保险）。

资格要求

每月工作 120 小时或以上。

## 选项 3



个人保险 + Coverage  
for Kids（子女保险）  
仅牙科保险

### 35 美元 / 月

每月共付保险费

每月只需 35 美元，就能让自己享受医疗和牙科保险，并让子女享受牙科保险。

资格要求

## 2025 全新和 改进的福利

### 保险可靠性

看护人现在每年可获得 2 个 Coverage Reliability Credit (保险可靠性积分)。如果您未达到规定的工时，每个积分可将健康保险延长 1 个月，为您和您的家属提供持续的保障。

### 子女收养福利

获得高达 15000 美元的收养相关费用保障 (终身福利<sup>1</sup>)。

<sup>1</sup> 只要您加入此计划，即可获得收养相关费用的最高保障金额。

### 降低处方费用

降低非首选品牌吸入器、EpiPen (肾上腺素注射器) 和 HIV 暴露后药物和治疗的费用。

### 性别确认护理福利

现在所有计划都涵盖各种手术和治疗。

看护人应该获得优质、可靠的医疗保健，使他们能够专注于提供卓越的护理服务，而无需承受管理福利的压力。这些最新的改进体现了我们持续致力于提供真正支持看护人体验的保险。

Merissa Clyde  
CEO,  
SEIU 775  
Benefits Group



# 保险福利亮点

您可以享受的健康计划基于您的家庭邮政编码。您指定的计划提供多种方法来支持您的健康和保健。保险包含以下福利：

- ✓ 医疗
- ✓ 预防保健护理
- ✓ 牙科和牙齿矫正
- ✓ 处方药
- ✓ 心理健康
- ✓ 视力
- ✓ 听力
- ✓ 家庭建设和生殖健康福利
- ✓ 性别确认护理
- ✓ 按摩和脊椎保健
- ✓ 物理疗法

### 免费初级护理问诊

到您的初级护理服务提供者 (PCP) 处就诊无需付费\*。您可以在健康体检和生病时到您的 PCP 处就诊。您的保险还包括虚拟护理选项，这样您就可以在舒适的家中接受护理。

\* 到 PCP 处就诊无需支付挂号费，但如果医生要求您去做检查或化验，则您可能需要支付针对这些服务的挂号费。

### 紧急照护和急诊护理

您的计划涵盖紧急照护和急诊室就诊。紧急照护是针对非紧急问题（例如轻伤或流感症状，当您的医生不在时）的一种低成本选择。急诊室就诊的挂号费为 200 美元，应在胸痛、呼吸困难或严重手上等严重情况时使用。

可能需要支付自付额或挂号费。

## 处方福利

根据药物等级，您可以以极低的费用或者免费获得各种处方药 (Rx)。非专利药物通常具有最低的挂号费，而品牌药物和特殊用途药物的费用可能较高。还提供邮购选项，让您可以收到送货上门的 90 天供应量的药物。

## 心理健康福利

您的情绪和心理健康与身体健康同样重要。您的保险包括专业支持、药物、集体治疗和替代性护理，以及使用自我保健应用程序和其他计划及资源的权限。

## 视力福利

您的保险提供全面的眼部护理。包括每 12 个月提供一次免费眼科检查以及价值 600 美元的视力辅助装置（比如镜片、镜框和隐形眼镜）。

## 听力福利

通过 EPIC Hearing，您和子女可以享受免费的年度听力检查，并获得网络内的医疗服务提供者的咨询服务。此外，每侧耳朵每 36 个月还可获得最高价值 3000 美元的助听器延长保修。



## 健康指导和计划

保健福利和指导可以帮助您应对糖尿病或高血压等慢性疾病，改善您的身体健康。您的计划包括：

- 一对一健康指导，提供个性化指导以帮助您实现目标。
- 护理团队的支持可以帮助您控制病情。
- 便于管理和跟踪的计划和应用程序。

## 按摩和脊椎保健

可以通过低费用的物理疗法、按摩、脊椎按摩疗法、针灸和虚拟健康计划来治疗和预防肌肉和关节疼痛。

检查您的计划详细信息，了解访问限制或转诊要求，并在安排预约时与您的医疗服务提供者确认他们是否接受您的保险。

## 家庭建设和生殖健康福利

从生育、家庭建设到孕期、产后以及更年期，我们为您人生的各个阶段提供福利。获得包括最新治疗、专属患者护理协调员 (PCA) 提供的个性化支持以及现场或虚拟护理的保险。现在您可以获得高达 15000 美元的收养相关费用 (终身福利)。



## 请参阅《计划详情手册》，了解完整的福利列表。

《计划详情手册》提供了您的医疗和牙科计划的完整明细，包括自付费用以及处方、就诊和治疗的保险范围。

“有一次，我病得很重，住院长达 45 天。因为我有健康保险，所以我只支付了一点费用，保险支付了大部分。所以健康保险真的非常重要。”

Amy L.  
看护人，Seattle

# 牙科计划

**牙科福利包含在您的健康保险范围内。请选择适合您的计划。**

使用图表比较各个计划，并查看《计划详情手册》中常见服务的潜在自付费用。

如果您已经参保并希望更改牙科计划，则可以在 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间进行更改。



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
年度最高福利	5000 美元	无
自付额	0 美元	0 美元
常规检查	全部在承保范围内	全部在承保范围内
牙齿矫正福利	是	是
医疗机构网络	Delta Dental 拥有广泛的卫生保健服务提供者网络，包括乡村地区。您可以到 Delta Dental PPO 牙医处就诊，最大限度利用您的福利。	Willamette Dental 在华盛顿西部设有许多便利的地点，如果您住在 5 号洲际公路 (I-5 corridor) 沿线，那您很容易就能找到一位 Willamette 牙医。
查找您附近的牙医	访问 <a href="https://deltadentalwa.com/fad/search">deltadentalwa.com/fad/search</a> ，选择 "Delta Dental PPO" 筛选搜索结果	访问 <a href="https://locations.willamettedental.com">locations.willamettedental.com</a> ，然后在搜索栏输入您的邮政编码。
如有疑问或需更多信息	<b>1-800-554-1907</b> <b>DeltaDentalWA.com</b>	<b>1-855-433-6825</b> <b>myseiu.be/willamette</b>





# 在线 申请保险



要了解如何创建  
账户，请访问：  
[myseiu.be/hba](https://myseiu.be/hba)

目前账户提供英文版本。如果在创建账户时需要帮助  
或语言方面的支持，请致电：**1-877-606-6705**。

您的在线账户由您的健康保险福利管理方  
**MagnaCare 管理。**

除了可以申请健康保险或进行更改之外，您还可以支付  
共付保险费、查看付款历史记录、访问计划文件以及注  
册电子邮件通信。



## 查看您的资格

查看您的工时和保险资格以及其他保健福利  
(如 Caregiver Kicks)。



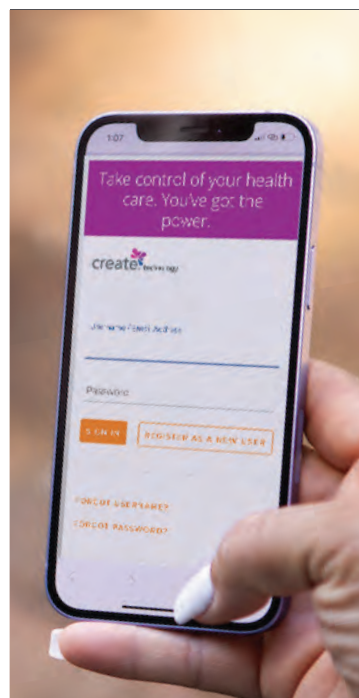
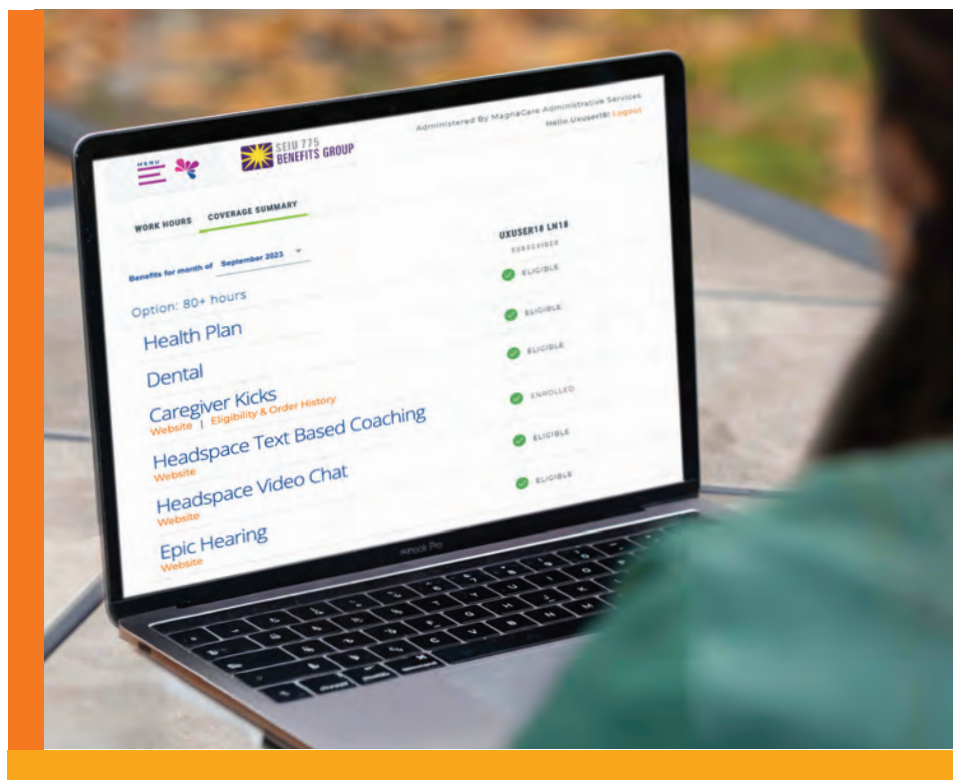
## 申请或更新保险

访问您的账户，轻松在线申请或更改现有保险。



## 获取实时聊天支持

从 Health Benefits Customer Service (健康保  
险福利客户服务) 处获取有关申请、资格等问  
题的帮助。





# 健康保险常见问题

## 我如何才能获得个人保险资格？

您必须连续两个月每月工作 **80 个工时或以上**，才有资格享受个人保险。

## 如何申请？

访问 [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) 在线申请或进行更改。

如果您收到 Health Benefits Application（健康保险福利申请表），则可以将填写的申请表邮寄或传真至申请表上列出的地址或传真号码。需支邮费。

您将在 1 天内通过电子邮件或健康保险福利账户收到申请回执，并在 30 天内通过信函或电子邮件收到承保决定。如果您没有收到，请拨打 1-877-606-6705。

## 我什么时候可以申请？

您可以在 3 个时间点申请保险：

- 1. 初始参保资格：**自您新获得资格的注册资料上的日期起 60 天内。初始参保资格是指您首次具备资格的时候。
- 2. Open Enrollment（健康保险年度申请期）：**每年 7 月 1 日至 20 日。如果您已参保，则您的保险将自动续订，除非您想进行更改，否则无需采取任何行动。
- 3. 符合资格的生活事件（QLE）：**在改变您的健康保险需求的 QLE 发生后的 30 天内。QLE 的例子包括收养孩子、失去其他健康保险或离婚。如果了解更多信息，请访问 [myseiu.be/qle](https://myseiu.be/qle)。

## 尚未符合资格？

您仍然可以在 7 月 1 日至 20 日的 **Open Enrollment（健康保险年度申请期）** 期间申请。

填写 Health Benefits Application（健康保险福利申请表）\*，当您每月工作 80 小时以上时，您的个人保险将开始生效。如果您想添加 Coverage for Kids（子女保险），则当您每月工作 120 小时以上时，受抚养人保险就开始生效。

\* 如果您目前每月工时不到 80 小时，则无法在线填写申请表。请发送电子邮件至 [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com) 索要一份申请表。

## 我如何才能获得 Coverage for Kids（子女保险）的资格？

您必须连续两个月每月工作 **120 个工时或以上**，才有资格享受 Coverage for Kids（子女保险）。

## 我可以将谁添加到 Coverage for Kids（子女保险）中？

您可以添加符合条件的子女（在他们满 26 岁前）。符合条件的受抚养子女包括亲生子女、收养子女、继子女和家庭伴侣的子女。

子女与您参加同一计划，且只能登记在一位看护人名下。保险可以与外部计划协调。如需了解更多信息，请致电 1-877-606-6705。

## 如何添加 Coverage for Kids（子女保险）？

- 1. 填写申请表中 Coverage for Kids（子女保险）部分。**
- 2. 选择保险选项：**医疗和牙科或仅牙科。
- 3. 在提交申请表时一起提交您的受抚养人验证文件，或在申请后 60 天内提交 \*\*。**可接受的文件例子包括政府颁发的出生证明复印件和列出您想要添加到保险的受抚养人的纳税申报表。

\*\* 首次为子女参保时需要进行受抚养人验证。您不需要重新提交之前已验证过的文件。



请访问 [myseiu.be/cfk](https://myseiu.be/cfk) 了解以下方面的详细信息：

- 如何申请 Coverage for Kids（子女保险）。
- 您可以将谁添加到保险。
- 可接受的验证文件列表。
- 如何提交文件。



## 保险何时开始生效？

**Open Enrollment（健康保险年度申请期）：**请在 7 月 20 日前提交申请或更改，即可享受 8 月 1 日开始生效的保险。

**初始参保资格和符合资格的生活事件：**保险将于收到并处理您的申请后的次月 1 日开始生效，大约需要 2 周时间。比如，如果您填好的申请表送达日期为：

- 在 3 月 15 日前，则保险将于 4 月 1 日开始生效。
- 在 3 月 16 日至 31 日期间，则保险将于 5 月 1 日开始生效。

**Coverage for Kids（子女保险）** 只有在收到并处理您的受抚养人验证后才能生效。

## 如何支付月度共付保险费？

您的雇主将自动从您的工资中扣除每月共付保险费（您每月支付的金额）。如果雇主无法扣除，您将会收到通过邮寄和电子邮件发送的自付信，引导您完成共付保险费支付。您可以通过支票或在线健康保险福利账户付款。

**如果您是 CDWA 的个人护理服务提供者 (IP)，** 您的首笔付款将需要自付。

## 我的工时如何影响我的保险？

一旦您参保了保险，您一个月的工时将决定 2 个月后的保险状态。例如：1 月的工时决定了 3 月是否有保险。

工作月	对应的保险月
1 月 →	3 月
2 月 →	4 月
3 月 →	5 月
4 月 →	6 月
5 月 →	7 月
6 月 →	8 月
7 月 →	9 月
8 月 →	10 月
9 月 →	11 月
10 月 →	12 月
11 月 →	1 月
12 月 →	2 月

您本月的工时：

确定该月的保险状态：

## 如果我想终止保险，应该怎么办？

要终止您自己或子女的保险，请提交 Waive Coverage Form（放弃保险表格）。收到放弃申请的时间为：

- 15 日之前，则次月 1 日终止保险。
- 15 日之后，则将于隔一个月的 1 日终止保险。

**重要提示：**您只能在 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间或符合资格的生活事件之后重新注册。当年 7 月 1 日之前收到的放弃申请将在 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间重置。如果您在过去 12 个月内曾享受过保险，则将自动重新注册，除非您提交新的 Waive Coverage Form（放弃保险表格）。

## 如果失去保险怎么办？

您将收到由 Ameriflex (1-877-606-6705) 管理的 COBRA（《统一综合预算协调法案》）的相关信息。COBRA 允许看护人及其子女通过每月付款来维持保险。

如果您停止提供护理并需要长期保险，请访问 [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)，查看您是否有资格获得免费的 Washington Apple Health，或探索其他选择。

## 获得更多工时，继续享受保险。

如果您是个人护理服务提供者 (IP)，并且需要更多工时来获得或继续享有保险，请尝试 Carina，这是一个免费的工作匹配网站，可以帮助您找到更多客户。请访问 [myseiu.be/carina](http://myseiu.be/carina) 了解更多信息。





# 维持您的 健康保险

一旦您获得保险，必须执行以下操作来继续维持健康保险。

## ! 工作时长达到规定的工时。

**个人保险：**您必须每月工作 80 个工时或以上才能继续享有保险。**Coverage for Kids（子女保险）：**您必须每月工作 120 个工时或以上才能继续享有受抚养人保险。

如果您的工时低于 120 小时，但仍高于 80 小时，您将失去 Coverage for Kids（子女保险），但可以继续享有您自己的保险。

## ! 按时报告工时。

如果您不按时报告工时，则将失去保险。

务必在工作月份的 60 天内向雇主提交加班或调班情况。

## ! 每月全额支付共付保险费。

请参阅上一页，了解更多信息。

**如需了解有关如何维持保险的更多信息，请访问 [myseiu.be/maintain](https://myseiu.be/maintain)。**

查看示例，了解在有或没有 Coverage Reliability Credit（保险可靠性积分）的情况下，如果您无法达到规定的工时，会发生什么情况。

# 保险 可靠性

不可预测的日程安排可能会使满足所需工时变得困难。即使您无法按计划工作，保险可靠性福利也能帮助确保您持续享有健康保险。

## 保险可靠性如何运作：

- 您**每个保险年度**（8 月至次年 7 月）可**获得 2 个积分**。
- 如果您未达到规定的工时，每个积分可**延长 1 个月的保险期限**。积分将同时涵盖您和您受抚养人的保险。
- **积分将自动应用** — 无需任何操作。
- 您可以随时登录您的健康保险福利账户，**查看积分余额**。

## 常见问题：

### 我的积分何时重置？

您的 2 个积分将于每年 8 月 1 日重置。您一注册就可以使用这些服务。

### 未使用的积分可以转存到下一年吗？

不可以。每年 8 月 1 日，您将获得 2 个新积分。未使用的积分不会转存。

### 我可以连续几个月使用我的积分吗？

不可以，您不能连续 2 个月使用积分。

### 如果我的工时足以获得个人保险，但不足以获得 Coverage for Kids（子女保险），该怎么办？

在这种情况下，我们将使用 1 个积分来延长您子女当月的保险。

### 如果我使用积分，还需要支付每月的共付保险费吗？

是的，您仍然需要支付当月的共付保险费。请参阅第 9 页，了解有关共付保险费的更多信息。



健康保险福利



# 客户服务

获得关于保险、资格、申请以及其他方面疑问的解答。

客户服务工作时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点

**1-877-606-6705**

我们提供多语种支持。

## 实时聊天支持

请登录 [myseiu.be/magnacare](https://myseiu.be/magnacare) 获取聊天支持。

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

在工作时间联系不到客户服务？请发送电子邮件，您将在 2 个工作日内收到回复。



## 其他资源

### 常见保险术语

通过了解常见健康保险术语的定义，更好地了解您的保险。

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

### Coverage for Kids (子女保险)

了解如何申请 Coverage for Kids (子女保险) 以及完成申请所需的文件。

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

### 使用您的健康保险

了解如何充分利用您的福利来支持您的健康，以便在您获得保险后能更好地受益。

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



2025-2026 年健康保险

# 计划详情 手册

**本手册包含重要文件，可帮助您了解您的健康保险：**

**重大修改摘要 (SMM)：**

列出您的计划自 2025 年 8 月 1 日起的所有更新或变更。

**医疗和牙科计划概览：**

由 SEIU 775 Benefits Group 创建的一份简明易读的医疗计划和牙科选项福利概览。

**福利和保险摘要 (SBC)：**

对您的计划的详细说明，包括：

- 常见医疗需求和处方（例如就诊、化验、糖尿病护理等）的承保情况。
- 您支付的费用以及计划支付的费用（自付额、挂号费、共同保险）。
- 承保范围和不承保范围（承保范围的限制或除外责任）。

**计划资源：**

注册后可用的联系电话和网站。

您符合 Aetna 医疗计划的资格。

此计划有效期为 2025 年 8 月 1 日至 2026 年 7 月 31 日。

如需了解更多关于 SBC、SMM 或其他承保范围的问题，请联系 Health Benefits Customer Service（健康保险福利客户服务）：

**1-877-606-6705**

周一至周五上午 8 点至下午 6 点  
(太平洋标准时间)

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

Maila C.  
看护人, Seattle



# 重大修改摘要

**涉及通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 为 Consumer Direct of Washington (CDWA) 个人护理服务提供者 (IP) 和机构护理服务提供者 (AP) 提供的健康保险**

本重大修改摘要 ("SMM") 修改了核心计划健康保险 (简称 "计划") 的计划纲要说明 ("SPD") 中包含的部分信息, 该说明描述了截至 2025 年 8 月 1 日的计划。

自 2025 年 8 月 1 日起, 计划福利和健康保险资格规则将发生变化。AP 和 IP 应了解以下福利改进:

**保险可靠性**每年为护理人员提供 2 个积分。如果您未达到规定的工时, 每个积分可将健康保险延长 1 个月, 为您和您的家属提供持续的保障。

**Progyny 提供与收养相关的 15000 美元终身福利。**

**降低以下处方费用分摊:**

- 吸入器和 EPI Pen (肾上腺素注射器)。
- 1 种 HIV 暴露后药物和治疗的费用将降至 0 美元。

**如果您已加入 Aetna 保险, 现在即可享受扩展的性别确认护理:**

- 第二类医疗必要性证明要求已取消。
- 现已提供语音矫正治疗和身体塑形手术。

如需进一步了解这些变更, 请于太平洋标准时间周一至周五上午 8 点至下午 6 点致电 1-877-606-6705, 或发送电子邮件至 [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com) 联系客户服务。





SEIU 775  
BENEFITS GROUP

2025-2026 年健康保险

# 医疗和牙科 计划概览

---

由 SEIU 775 Benefits Group 创建的一份简明易读的医疗  
计划和牙科选项概览。

Alyssa E.  
看护人, Mount Vernon



以下是 SEIU 775 Benefits Group 提供的福利摘要。而非合同或参保证明。所有福利描述，包括替代性护理，均针对必需医疗服务。对于承保范围内的服务，会员只需支付较少的成本分摊或实际费用即可享受该服务。对于包括受限情况在内的完整保险条款，请参阅您的参保证明。

福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
计划自付额	无年度自付额	个人自付额：每个日历年度 500 美元 家庭自付额：每个日历年度 1000 美元
个人自付额结转	不适用	第 4 季度结转适用
计划共同保险	无计划共同保险	计划支付最高赔付金额的 80%，您支付 20%。
自费限额	<b>医疗自费限额：</b> 个人：800 美元 家人：1600 美元 <b>处方药自费限额：</b> 个人：400 美元 家人：800 美元 以下承保范围内的服务的自付花销包含在自费限额中。承保范围内的服务的所有成本分摊。	同网络内
既存状况 (PEC) 等待期	无 PEC	与首选医疗机构网络相同
终生最高限额	无限额	与首选医疗机构最高限额相同
门诊病人服务（寻医就诊）	15 美元挂号费。如果您在 Aetna 网站上指定了初级护理医生，每次在这名医生处就诊都无需支付挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
紧急照护	15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
医院服务	<b>住院病人服务：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 <b>门诊手术：</b> 50 美元挂号费	<b>住院病人服务：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天。自付额和共同保险适用。 <b>门诊手术：</b> 50 美元挂号费，自付额和共同保险适用
处方药 (某些注射用药物可能包含在门诊病人服务之内)	基于价值的 / 首选非专利药（第一类） / 首选品牌药（第二类） / 非首选（第三类）的挂号费分别为 4 美元 / 8 美元 / 25 美元 / 50 美元 胰岛素：首选非专利药（第一类） / 首选品牌药（第二类） / 非首选（第三类）的挂号费分别为 0 美元 / 0 美元 / 25 美元 吸入器和 EPI Pen（肾上腺素注射器）：首选非专利药（第一类） / 首选品牌药（第二类） / 非首选（第三类）的挂号费分别为 8 美元 / 25 美元 / 35 美元	首选非专利药 / 首选品牌药 / 非首选的挂号费分别为 13 美元 / 30 美元 / 55 美元 胰岛素：首选非专利药（第一类） / 首选品牌药（第二类） / 非首选（第三类）的挂号费分别为 13 美元 / 30 美元 / 35 美元 吸入器和 EPI Pen（肾上腺素注射器）：首选非专利药 / 首选品牌药 / 非首选的挂号费分别为 13 美元 / 30 美元 / 35 美元
处方药邮购	每 90 天供应量可享受 2 倍处方费用分担	不承保
针灸	每个日历年度 20 次就诊，0 美元挂号费	同首选医疗机构就诊限制 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
救护服务	200 美元挂号费	与首选医疗机构福利相同

福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
化学品依赖	<b>住院病人：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 <b>门诊病人：</b> 0 美元挂号费	<b>住院病人：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天，自付额和共同保险适用 <b>门诊病人：</b> 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
<b>器具、设备和用品</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 耐用医疗设备</li> <li>● 医疗用整型用具</li> <li>● 乳房切除后所穿胸罩，每六 (6) 个月限制为两 (2) 件</li> <li>● 造口用品</li> <li>● 假肢器具</li> </ul>	承保 100%	承保 50%，自付额适用
糖尿病用品	胰岛素、针头、注射器、柳叶刀 — 详见“处方药”。外部胰岛素泵、血糖监测、检测试剂和用品 — 详见“器具、设备和用品”。当器具、设备和用品或处方药在承保范围之内且有福利限制时，糖尿病用品则不受这些限制。	胰岛素、针头、注射器、柳叶刀 — 详见“处方药”。外部胰岛素泵、血糖监测、检测试剂和用品 — 详见“器具、设备和用品”。当器具、设备和用品或处方药在承保范围之内且有福利限制时，糖尿病用品则不受这些限制。
诊断实验室和 X 光服务	<b>住院病人：</b> 包含在医院服务之内 <b>门诊病人：</b> 全部在承保范围内	<b>住院病人：</b> 包含在医院服务之内 <b>门诊病人：</b> 自付额和共同保险适用
急救服务 (如果住院，则免收挂号费)	200 美元挂号费	200 美元挂号费
听力测试 (常规)	15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
听力硬件	通过一项单独的福利参保:EPIC Hearing。无挂号费，您还可以获得最高每 3 年每侧耳朵 3000 美元的助听器补贴。访问 <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> ，了解更多信息	通过一项单独的福利参保:EPIC Hearing。无挂号费，您还可以获得最高每 3 年每侧耳朵 3000 美元的助听器补贴。访问 <a href="http://myseiu.be/epic">myseiu.be/epic</a> ，了解更多信息
家庭健康服务	每个日历年度总就诊次数最多为 130 次，全部在承保范围内	同首选医疗机构就诊限制，自付额和共同保险适用。
临终关怀服务	全部在承保范围内	自付额和共同保险适用。
不孕症治疗服务	通过一项单独的福利参保:Progyny 生育与家庭建设。2+1 Smart Cycles 帮助会员度过生育与家庭建设之旅。访问 <a href="http://myseiu.be/progyny">myseiu.be/progyny</a> ，了解详细信息	不承保
推拿疗法	未经事先授权，每个日历年度最多 20 次就诊可承保 0 美元挂号费	就诊限制同网络内 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
按摩服务	15 美元挂号费 (20 次就诊 / 日历年度)	同首选医疗机构就诊限制 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
孕产检服务	<b>住院病人：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 <b>门诊病人：</b> 15 美元挂号费。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。	<b>住院病人：</b> 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天，自付额和共同保险适用。 <b>门诊病人：</b> 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。



福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
心理健康	住院病人：每天 100 美元挂号费， 每次住院最多 5 天 门诊病人：0 美元挂号费	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天， 自付额和共同保险适用 门诊病人：15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
自然疗法	0 美元挂号费。每个日历年度不限次就诊	同首选医疗机构就诊限制，15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
新生儿服务	初始住院：详见“医院服务”；寻医就诊：详见“门诊病人服务”；常规精心护理：详见“预防保健护理”。任何适用于新生儿服务的成本分摊都与母亲的成本分摊分开。	初始住院：详见“医院服务”；寻医就诊：详见“门诊病人服务”；常规精心护理：详见“预防保健护理”。任何适用于新生儿服务的成本分摊都与母亲的成本分摊分开。
与肥胖相关的手术 (减肥)	符合医疗标准时，成本分摊在承保范围之内	不承保
器官移植	无限制，无等待周期 住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费	不承保
预防保健护理 (生理保健、免疫接种、宫颈刮片检查、乳房 X 光摄影检查)	全部在承保范围内 女性的预防保健服务 (包括避孕药、避孕器和绝育术) 全部在承保范围内。	不承保 女性的预防保健服务 (包括避孕药、避孕器和绝育术) 受适用的预防保健护理成本分摊和福利最高限额的限制。 常规乳房 X 光摄影检查：自付额和共同保险适用
康复服务 (康复就诊是指每个日历年度所进行的全部联合疗法就诊)	住院病人：每个日历年度 60 天。心理健康诊断服务在承保范围之内且无限制。每天 100 美元挂号费， 每次住院最多 5 天 门诊病人：每个日历年度 60 次就诊。心理健康诊断服务在承保范围之内且无限制。15 美元挂号费	住院病人：天数限制同首选医疗机构福利限制。每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天。自付额和共同保险适用 门诊病人：就诊限制同首选医疗机构福利限制。15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
专业护理设施	每个日历年度最多 60 天，全部在承保范围内	天数限制同首选医疗机构福利，自付额和共同保险适用。
灭菌 (输精管切除术、输卵管结扎)	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费 女性的绝育手术全部在承保范围内。	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天， 自付额和共同保险适用 门诊病人：15 美元挂号费，自付额和共同保险适用 女性的绝育手术在承保范围之内，但受适用的预防保健护理成本分摊和福利最高限额的限制。
颞下颌关节 (TMJ) 服务	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天， 自付额和共同保险适用 门诊病人：15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
戒烟咨询	Quit for Life 计划 — 全部在承保范围内	适用的成本分摊适用
常规视力保健 (每 12 个月就诊 1 次)	15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
光学硬件 (镜片，包括隐形眼镜和镜框)	所有成员：每 12 个月 600 美元	同首选医疗机构福利

这是可享受福利的摘要，仅用于比较目的，不构成合同。一旦加入计划，您可以获得福利手册，从中了解关于您 Delta Dental PPO 计划的更多详细信息。如果您有疑问，请致电 **1-800-554-1907** 联系 Delta Dental 客服部门，或访问 **DeltaDentalWA.com**。

**受益期：**

2025 年 1 月 1 日 - 2025 年  
12 月 31 日

**受益期最大值 \***

**(每人；不适用于第 1 类)：**  
5000 美元

**牙齿矫正 — 成人和儿童：** 50%，  
每人终生最高限额 5000 美元

\* 在 PDA 牙医处接受牙科治疗全部在承保范围内，  
最高可承保 2000 美元，而第 3 类 — 重大项目  
服务的共同保险可获豁免。

**Delta Dental 网络**

Delta Dental PPO 网络能让您最大限度利用您的福利。您也可以访问 Delta Dental Premier® 网络，这样您会拥有更多选择。

**获得免费  
的 Sonicare  
牙刷**



对于 Delta Dental 成员，如果您是  
新患者，那么您首次到 Pacific  
Dental Alliance（太平洋牙科联盟，  
即 PDA）就诊时，可免费获赠一  
支 Sonicare 牙刷。

查看完整的 PDA 服务提供者清单：  
**[myseiu.be/oe-pda](http://myseiu.be/oe-pda)**。

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	网络外
<b>受益期自付额</b>			
不适用于第 1 类和牙齿矫正 网络外（每人 50 美元）	0 美元	50 美元	50 美元
<b>第 1 类 - 诊断和预防</b>			
检查 清洁 涂氟 X 光牙片 窝沟封闭	100%	80%	80%
<b>第 2 类 - 修复</b>			
修复 后牙复合填充 牙髓（根管）治疗 牙周治疗 口腔外科	100%	60%	60%
<b>第 3 类 - 重大项目</b>			
假牙 局部镶牙 植牙 牙桥 牙套	80%	40%	40%

**特点**

自付费用最低	○		
为您存档索赔表格	○	○	
质量管理和费用保护	○	○	

**牙科急诊：** 网络内提供者会在办公时间内为牙科急诊提供治疗。对于网络内提供者针对牙科急诊治疗提供的承保范围内的服务，公司将提供福利。如果参保者距离任何网络内提供者办公室超过 50 英里，则该参保者可以接受网络外提供者提供的牙科急诊治疗服务。



**SEIU 775**  
**BENEFITS GROUP**



**Willamette**  
**Dental**

**牙科计划概览**

生效日期：2025 年 8 月 1 日

本计划由 Willamette Dental of Washington, Inc. 承保, 提供广泛的承保服务。下面的列表提供了您的计划所承保的一些最常见的手术的信息。如需更多信息, 请致电 **1-855-433-6825** 或访问 [myseiu.be/oe-willamette](http://myseiu.be/oe-willamette)。有关限制和排除的列表, 请访问 [myseiu.be/willamette-exclusions](http://myseiu.be/willamette-exclusions)。

福利	挂号费
年度最高赔付额	无年度最高赔付额 *
自付额	无自付额
一般性及牙齿矫正寻医就诊	每次就诊无挂号费
<b>诊断和预防服务</b>	
常规及急诊检查、X 光牙片、洁牙、氟化物治疗、窝沟封闭（单颗牙齿）、头颈癌筛查、口腔卫生指导、牙周图、牙周健康评估	涵盖在寻医就诊挂号费中
<b>修复牙科学</b>	
填充（汞合金）	涵盖在寻医就诊挂号费中
陶瓷金属牙冠	您要支付 250 美元的挂号费
<b>口腔修复学</b>	
整套的上下颌假牙	您要支付 400 美元的挂号费
牙桥（单颗牙齿）	您要支付 250 美元的挂号费
<b>牙髓病和牙周病学</b>	
根管治疗 — 前牙	您要支付 85 美元的挂号费
根管治疗 — 双尖牙	您要支付 105 美元的挂号费
根管治疗 — 磨牙	您要支付 130 美元的挂号费
区域骨手术	您要支付 150 美元的挂号费
区域根面平整	您要支付 75 美元的挂号费
<b>口腔外科</b>	
常规拔牙（单颗牙齿）	涵盖在寻医就诊挂号费中
手术拔牙	您要支付 100 美元的挂号费
<b>正牙学治疗</b>	
正牙前治疗	您要支付 150 美元的挂号费 **
综合牙齿矫正治疗	您要支付 1500 美元的挂号费
<b>牙科种植</b>	
牙科种植手术	每个日历年度种植体福利最高限额为 1500 美元
<b>其他</b>	
局部麻醉	涵盖在寻医就诊挂号费中
牙科实验室费用	涵盖在寻医就诊挂号费中
一氧化二氮	您要支付 40 美元的挂号费
前往专业诊所就诊	每次就诊, 您要支付 30 美元的挂号费
超出紧急护理费用报销范围	您支付的费用超过 250 美元

\*TMJ（颞下颌关节）的年度最高赔付额为 1000 美元 / 终生最高限额为 5000 美元。

\*\* 如果患者接受治疗计划, 则挂号费计入综合牙齿矫正治疗的挂号费用。

**牙科急诊**：网络内提供者会在办公时间内为牙科急诊提供治疗。对于网络内提供者针对牙科急诊治疗提供的承保范围内的服务, 公司将提供福利。如果参保者距离任何网络内提供者办公室超过 50 英里, 则该参保者可以接受网络外提供者提供的牙科急诊治疗服务。





**SEIU 775  
BENEFITS GROUP**



**Progyny 计划概览**  
生效日期：2025 年 8 月 1 日

本福利和保险摘要 (SBC) 文件将帮助您选择健康计划。SBC 会向您展示您和计划如何分摊承保卫生保健服务的费用。本文件仅为摘要。如需了解更多保险信息，请联系您的专属 Progyny 孕期和产后专家或您的 Progyny 患者护理协调员 (PCA)，电话：(833) 233-0517。

重要问题	答案	为何重要：
整体自付额是多少？	个人 0 美元 / 家庭 0 美元	您的 Progyny 计划无自付额。
我有共付款吗？	否	您的 Progyny 孕期和产后计划无需挂号费。
我有共同保险吗？	否	您的 Progyny 孕期和产后计划无需共同保险。
在您达到自付额前，是否有承保范围内的服务？	否	您无需为 Progyny 孕期和产后服务支付自付费用。本计划提供的所有服务均为预防保健服务，无需分摊费用。
特定服务还有其他自付额吗？	否	Progyny 孕期和产后 HRA 计划无需自付额。本计划提供的所有服务均为预防保健服务，无需分摊费用。
本计划的自费限额是多少？	个人 0 美元 / 家庭 0 美元	您的 Progyny 计划无自费限额。
如果您使用网络内医疗机构，费用会减少吗？	不适用。	Progyny 的孕期和产后专家及护理人员均包含在该计划中。非 Progyny 专家的服务不享受任何福利。

#### 排除的服务和其他承保范围内的服务：

本计划不包括家庭排卵预测试剂盒、网络外医疗机构提供的服务和用品，以及美国生殖医学会认为具有实验性的治疗方法。与妊娠载体服务相关的所有费用均不在承保范围内（包括但不限于实验室测试费用）。如果医生要求本指南中未列出的服务，请与 PCA 确认承保范围。一些服务不在 Progyny 的承保范围内，但可能会通过您的医疗计划提供。

#### 您继续享受保险的权利：

如果您想在保险结束后继续享受保险，一些机构可以提供帮助。联系信息：Healthcare.gov：访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596、州健康保险市场或 SHOP。您还可以选择其他保险选项，比如通过健康保险市场购买个人保险。有关健康保险市场的详细信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

#### 您申诉和上诉的权利：

如果您对计划索赔遭到拒绝提出投诉，一些机构可以提供帮助。投诉称为申诉或上诉。有关您的权利的详细信息，请查看您收到的医疗索赔福利说明。您的计划文件也详细说明了如何出于任何原因就您的计划提出索赔、上诉或申诉。有关您的权利、本声明或帮助的详细信息，请访问 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) 和 <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>。

#### 本计划是否提供最低基本保险？不适用。

最低基本保险通常包括计划、通过健康保险市场或其他个人健康保险市场保单提供的健康保险、Medicare、Medicaid 医疗补助方案、CHIP、TRICARE 以及某些其他保险。如果您有资格获得某些类型的最低基本保险，您可能没有资格获得保费税收抵免。

#### 本计划是否符合最低价值标准？不适用。

如果您的计划不符合最低价值标准，您可能没有资格获得保费税收抵免，帮助您支付健康保险市场的计划费用。



2025-2026 年健康保险

# 福利和保险 摘要

---

详细解释您的计划，并提供示例，帮助您了解各种服务可能产生的费用。

Patrick M.  
看护人, Puyallup





福利和承保内容摘要 (SBC) 文档可以帮助您选择健康计划。SBC 解释了您和计划将如何分摊承保的医疗保健服务的费用。

注：有关此计划的费用（称为保费）的信息将单独提供。本文档仅为摘要。有关您的承保内容的更多信息，或要想获取完整承保条款的副本，请访问 [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) 或致电 1-800-370-4526。有关常见术语的一般定义，例如允许的金额、差额收费、共同保险、共付额、免赔额、医疗服务提供者或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表：<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>，或致电 1-800-370-4526 获取一份副本。

重要问题	解答	为何重要：
整体 <u>免赔额</u> 是多少？	\$0。网络外：个人 \$500/家庭 \$1,000。	一般来说，您需要先自行全额支付来自 <u>医疗服务提供者</u> 的账单，直至达到 <u>免赔额</u> ，然后本计划才会开始支付。如果您还有其他家庭成员参与本计划，每个家庭成员必须满足自己的个人 <u>免赔额</u> ，直到所有家庭成员支付的 <u>免赔额</u> 费用总额达到家庭整体 <u>免赔额</u> 。
在您达到 <u>免赔额</u> 之前，是否有可被承保的服务？	有。紧急护理和 <u>处方药</u> 在您达到 <u>免赔额</u> 前会给予承保。	即使您尚未达到 <u>免赔额</u> ，本计划仍承保某些项目和服务。但可能需要支付 <u>共付额</u> 或 <u>共同保险</u> 。例如，在您达到 <u>免赔额</u> 前，本计划承保特定 <u>预防性服务</u> ，且无费用分摊。请在以下网址查看承保的 <u>预防性服务</u> 列表： <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
是否还针对特定服务设有其他 <u>免赔额</u> ？	没有。	您无需达到特定服务的 <u>免赔额</u> 。
本计划的 <u>自付额</u> 限制是多少？	<u>网络内</u> ：个人 \$800/家庭 \$1,600。 <u>网络外</u> ：个人 \$800/家庭 \$1,600。 <u>处方药</u> ：个人 \$400/家庭 \$800。	<u>自付额</u> 限制是您一年内需要为承保服务支付的最高限额。如果您还有其他家庭成员参与本计划，他们则必须达到自己的 <u>自付额</u> 限制，直到达到整个家庭的 <u>自付额</u> 限制。
哪些费用不计入 <u>自付额</u> 限制？	<u>保费</u> 、 <u>差额收费</u> 费用、本计划不承保的医疗保健项目，以及未获服务 <u>事先授权</u> 产生的罚款。	即使您支付这些费用，它们也不会计入 <u>自付额</u> 限制
如果使用 <u>网络内</u> 医疗服务提供者，所需支付的费用是否会减少？	是的。请参阅 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 或拨打 1-800-370-4526 获取 <u>网络内</u> 医疗服务提供者列表。	本计划使用 <u>医疗服务提供者</u> 网络。如果您使用 <u>计划网络内</u> 的 <u>医疗服务提供者</u> ，您将支付更少的费用。如果您使用 <u>网络外</u> 医疗服务提供者，您将支付最多的费用，并且您可能会收到 <u>医疗服务提供者</u> 的账单，此笔费用为 <u>医疗服务提供者</u> 费用与您的计划支付的费用之间的差额（ <u>差额收费</u> ）。请注意， <u>网络内</u> 医疗服务提供者可能会使用 <u>网络外</u> 医疗服务提供者提供某些服务（例如实验室检测）。在获取服务前请与您的 <u>医疗服务提供者</u> 确认。
看 <u>专科医生</u> 是否需要 <u>转诊</u> ？	不需要。	您无需 <u>转诊</u> 即可前往自己选择的 <u>专科医生</u> 处就诊。



如果有免赔额，则此表中显示的所有共付额和共同保险费用均按您已达到免赔额后计算。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外情况以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您前往 <u>医疗服务提供者</u> 的诊室或诊所就诊	初级护理就诊，以治疗受伤或疾病	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用，但指定主诊医生 (PCP) 就诊无费用	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	<u>网络内虚拟初级护理远程医疗服务提供者</u> 提供的特定看诊服务无费用。
	<u>专科医生</u> 就诊	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	无
	<u>预防性护理/筛查/免疫接种</u>	无费用	不予承保，但乳房 X 光检查无费用	您可能需要为非预防性服务支付费用。请咨询您的 <u>医疗服务提供者</u> ，了解您所需的服务是否为预防性服务。然后确认您的 <u>计划</u> 是否承保此费用。
如需进行检查	<u>诊断测试</u> (x 光、血液检查)	无费用	20% <u>共同保险</u>	无
	影像 (CT/PET 扫描、MRI)	无费用	20% <u>共同保险</u>	无



常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外情况以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用)	
<p>如果您需要药物来治疗您的疾病或病症</p> <p><b>处方药承保范围由 Sav-Rx 管理</b></p> <p>有关<u>处方药承保范围</u>的更多信息，请参阅 <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p>	仿制药	<p>每处方共付额，免赔额不适用：基于价值：30 天供应量 \$4，60 天供应量 \$8，90 天供应量 \$12（零售），31-90 天供应量 \$8（邮购）；首选仿制药 30 天供应量 \$8，60 天供应量 \$16，90 天供应量 \$24（零售），31-90 天供应量 \$16（邮购）</p> <p>胰岛素：无费用</p>	<p>每处方共付额，免赔额不适用：30 天供应量 \$13，60 天供应量 \$26，90 天供应量 \$39（零售）</p> <p>胰岛素：每处方 \$13 <u>共付额</u></p>	<p>承保 90 天的供应量（零售和邮购）。包括可从药房购买的避孕药物和装置。网络内首选经 FDA 批准的仿制女性避孕药不收取任何费用。请查阅您的<u>处方集</u>，了解需事先授权或阶梯式疗法的承保处方药。如果选择品牌药，费用会比仿制药高。</p>
	首选品牌药	<p>每处方共付额，免赔额不适用：30 天供应量 \$25，60 天供应量 \$50，90 天供应量 \$75（零售）；31-90 天供应量 \$50（邮购）</p> <p>胰岛素：无费用</p>	<p>每处方共付额，免赔额不适用：30 天供应量 \$30，60 天供应量 \$60，90 天供应量 \$90（零售）</p> <p>胰岛素：每处方 \$30 <u>共付额</u></p>	

常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外情况以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用)	
	非首选品牌药	每处方共付额, <u>免赔额</u> 不适用: 30 天供应量 \$50, 60 天供应量 \$100, 90 天供应量 \$150 (零售); 31-90 天供应量 \$100 (邮购) 胰岛素: 每处方 \$25 <u>共付额</u>	每处方共付额, <u>免赔额</u> 不适用: 30 天供应量 \$55, 60 天供应量 \$110, 90 天供应量 \$165 (零售) 胰岛素: 每处方 \$35 <u>共付额</u>	
	<u>特殊用途药物</u>	仿制药或品牌药的适用费用如上所述	仿制药或品牌药的适用费用如上所述	首剂处方药可在零售药房或 Sav- Rx Prescription Services 配取。后续剂量必须通过 Sav-Rx Prescription Services 配取。
如果您需要门诊手术	设施费 (如门诊手术中心)	无费用	20% <u>共同保险</u>	无
	医师/外科医生费用	每次就诊 \$50 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每次看诊 \$50 <u>共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	无
如果您需要紧急就医	<u>急诊室护理</u>	每次就诊 \$200 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$200 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	<u>网络外</u> 急诊服务费用与 <u>网络内</u> 相同。
	<u>急救医疗交通</u>	每行程 \$200 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每行程 \$200 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	<u>网络外</u> 急诊服务费用与 <u>网络内</u> 相同。非急救医疗交通: 不承保, 已获得事先授权的情况除外。
	<u>紧急护理</u>	每次就诊 \$15 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$15 <u>共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	<u>网络内</u> 虚拟 24/7 护理远程医疗服务提供者提供的特定看诊服务无费用
如果您需住院	设施费 (例如病房)	每次住院前 5 天 \$100 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用; 之后无费用	每次住院前 5 天 \$100 <u>共付额</u> ; 之后 20% <u>共同保险</u>	若未获得 <u>网络外</u> 护理的 <u>事先授权</u> , 罚款为 \$400。
	医师/外科医生费用	无费用	20% <u>共同保险</u>	无

常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外情况以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	诊室和其他门诊服务： 无费用	诊室和其他门诊服务： 每次就诊 <u>\$15 共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	无
	住院服务	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用； 之后无费用	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额</u> ；之后 20% <u>共同保险</u>	若未获得网络外护理的 <u>事先授权</u> ， 罚款为 \$400。
如果您怀孕	诊室就诊	无费用	20% <u>共同保险</u>	费用分摊不适用于 <u>预防性服务</u> 。产妇护理可能包括 SBC 中某些部分描述的测试和服务（即超声波）。若未获得网络外护理的 <u>事先授权</u> ，适用的罚款为 \$400。
	生产/分娩专业服务	无费用	20% <u>共同保险</u>	
	生产/分娩机构服务	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用； 之后无费用	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额</u> ；之后 20% <u>共同保险</u>	
如果您需要康复帮助或有其他特殊健康需求	<u>家庭健康护理</u>	无费用	20% <u>共同保险</u>	每日历年 130 次看诊。若未获得网络外护理的 <u>事先授权</u> ，罚款为 \$400。
	<u>功能复健服务</u>	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	物理治疗、职业和言语治疗每日历年共计 60 次就诊（含门诊医院服务）。
	<u>功能培养服务</u>	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 <u>\$15 共付额</u> 后 20% <u>共同保险</u>	无
	<u>专业护理服务</u>	无费用	20% <u>共同保险</u>	每日历年 60 天。若未获得网络外护理的 <u>事先授权</u> ，罚款为 \$400。
	<u>耐用医疗设备</u>	无费用	50% <u>共同保险</u>	仅限于 1 件用于相同/类似用途的 <u>耐用医疗设备</u> 。因误用/滥用导致的维修除外。
	<u>临终关怀服务</u>	无费用	20% <u>共同保险</u>	若未获得网络外护理的 <u>事先授权</u> ， 罚款为 \$400。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外情况以及其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少的费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您的孩子需要牙科或眼部护理	儿童眼睛检查	每次就诊 \$15 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$15 <u>共付额</u> , <u>免赔额</u> 不适用	每 12 个月 1 次常规眼科检查。
	儿童眼镜	无费用	无费用	每 12 个月最高 \$600。
	儿童牙齿检查	不承保	不承保	不承保。

#### 不包括的服务和其他承保服务:

您的计划通常不承保的服务（查看您的保单或计划文件以了解更多信息以及任何其他排除服务的列表。）

- 牙科护理（成人和儿童）
- 助听器
- 不孕症诊治
- 长期护理
- 在美国境外旅行时的非紧急护理
- 私人护理
- 常规足部护理
- 减重计划

其他承保服务（这些服务可能有限制。这不是完整列表。请参阅您的计划文件。）

- 针灸 - 对于疾病、损伤和慢性疼痛，每日历年 20 次看诊。
- 减重手术 - 仅限网络内医疗服务提供者。
- 脊椎按摩护理 - 每日历年 20 次就诊。
- 整形外科 - 有限承保范围，请参阅保单文件或致电您 ID 卡上的电话号码。
- 常规眼部护理（成人）- 每 12 个月 1 次常规眼科检查。

**您的续保权利：**如果您希望在保险终止后延续保障，可联系相关机构获取帮助。这些机构的联系信息如下：

- 有关续保权利的更多信息，请致电 1-800-370-4526 联系本计划。
- 如果您的团体健康保险受 ERISA 约束，您还可以致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 联系劳工部员工福利保障管理局 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)。
- 对于非联邦政府团体健康计划，您还可以联系卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息和保险监督中心，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.ccoio.cms.gov](http://www.ccoio.cms.gov)。
- 如果您的保险是教会计划，请注意：联邦 COBRA 续保规定不适用于教会计划。如果该教会计划为投保型保险，您应联系所在州的保险监管机构，了解根据州法律您可能享有的续保权益。

您可能还有其他保险选择，包括通过健康保险市场购买个人保险。有关健康保险市场的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。



**您的申诉和上诉权利：**如果您因索赔遭拒而向计划提出投诉，可联系相关机构获取帮助。这样的投诉称为申诉或上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将获得的医疗索赔福利说明。您的计划文件还提供了有关如何向计划提出索赔、上诉或申诉（无论出于何种原因）的完整信息。有关您的权利、本通知或帮助的更多信息，请联系：

- 如果您的团体健康保险受 ERISA 约束，您可以通过拨打医疗 ID 卡上的免费电话号码或我们的总机号码 1-800-370-4526 直接联系 Aetna。您还可以致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 联系劳工部员工福利保障管理局 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)。
- 对于非联邦政府团体健康计划，您还可以联系卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息和保险监督中心，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 此外，消费者援助计划可以帮助您提出上诉。联系方式如下：<http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>。

**本计划提供最低基本保险吗？** 提供。

最低基本保险通常包括计划、通过保险市场或其他个别市场保单提供的健康保险、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他保险。如果您有资格获得某些类型的最低基本保险，则可能无法享受保费税额抵免优惠。

**该计划符合最低价值标准吗？** 符合。

如果您的计划不符合最低价值标准，您可能有资格获得保费税收抵免，以帮助您支付通过保险市场购买的计划费用。

如需了解本计划在某些医疗情境下如何承保相关费用，请参阅下一部分的示例说明

关于这些承保示例：



这不是费用估算器。所示的治疗只是本计划如何承保医疗护理的示例。您的实际费用将有所不同，具体取决于您实际接受的护理、医疗服务提供者收费价格等多种因素。重点关注计划的费用分摊金额（免赔额、共付额和共同保险）以及排除的服务。请参考此信息，比较在不同健康保险计划下您可能需自行承担的费用比例。请注意，这些承保示例基于个人单独投保的情况。

**Peg 怀孕了**  
(9 个月的网络内产前护理和住院分娩)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他共付额	\$0

此示例事件包括如下服务：  
专科医生诊室就诊（产前护理）  
生产/分娩专业服务  
生产/分娩设施服务  
诊断测试（超声波和血液检查）  
专科医生就诊（麻醉）

示例总费用	\$12,700
在本例中，Peg 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$200
共同保险	\$0
不承保内容	
限制或排除	\$60
Peg 需支付的总费用为	\$260

**管理 Joe 的 2 型糖尿病**  
(对病情控制良好的疾病进行一年的网络内常规护理)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他共付额	\$0

此示例事件包括如下服务：  
主诊医生诊室就诊（包括疾病教育）  
诊断测试（血液检查）  
处方药  
糖尿病用品（血糖仪）

示例总费用	\$5,600
在本例中，Joe 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$600
共同保险	\$0
不承保内容	
限制或排除	\$20
Joe 需支付的总费用为	\$620

**Mia 单纯性骨折**  
(网络内急诊室就诊和跟进护理)

■ 计划的总免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他共付额	\$0

此示例事件包括如下服务：  
急诊室护理（包括医疗用品）  
诊断测试（x 光）  
耐用医疗设备（拐杖）  
功能复健服务（物理治疗）

示例总费用	\$2,800
在本例中，Mia 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$0
共付额	\$500
共同保险	\$0
不承保内容	
限制或排除	\$0
Mia 需支付的总费用为	\$500

注：相关费用假定患者未参与本计划的保健计划。如果您参加本计划的保健计划，费用可能更低。有关保健计划的更多信息，请联系：1-800-370-4526。

本计划将负责这些示例承保服务的其他费用。

## 辅助技术

使用辅助技术的人士可能无法完整访问以下信息。如需帮助，请致电 1-800-370-4526。

## 智能手机或平板电脑

要从智能手机或平板电脑查看文档，需要使用免费的 WinZip 应用。应用商店可能会提供此应用。

## 非歧视声明

Aetna 遵守适用的联邦民权法，不会因种族、肤色、出身国籍、性别、年龄、残疾、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待他人。

我们为残障人士和需要语言帮助的人士免费提供援助/服务。

如果您需要合格的口译员、其他格式的书面信息、翻译或其他服务，请拨打您 ID 卡上的电话号码。

如果您认为我们未能提供这些服务或基于上述受保护类别而受到歧视，您还可以向民权协调员提出申诉，联系方式：

Civil Rights Coordinator,  
P.O.Box 14462, Lexington, KY 40512（CA HMO 客户：P.O.Box 24030, Fresno, CA 93779），  
1-800-648-7817，TTY:711，  
传真：859-425-3379（CA HMO 客户：860-262-7705），[CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)。

您还可以通过民权办公室 (Office for Civil Rights) 投诉门户网站（网址为 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>）向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出民权投诉，或通过邮寄方式申诉：U.S.Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，也可以拨打电话 1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD) 进行申诉。

Aetna是由 Aetna 集团旗下公司（包括 Aetna Life Insurance Company 及其附属公司，统称为Aetna）提供的产品和服务的品牌名称。

语言协助:

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 զանգահարեք 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 পবিকষিা পপকে 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 -	သန့်စင်အမျှတသော အခမဲ့စကားပြော ဖေပရပ် ဘာသာစကားဝန်ဆောင်ခွင့် ရရှိလိုသူ 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lenggua'hi ni dibåtde para hãgu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉႠ 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 pilla 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 -	ܟܝܢ ܫܒܝܩܐ ܕܝܠܥܝܠܐ ܕܝܠܥܝܠܐ ܕܝܠܥܝܠܐ ܕܝܠܥܝܠܐ ܕܝܠܥܝܠܐ 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 -	بالقیمت 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 awon isẹ èdè l'ofẹ fun o, 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](#).



# 计划资源

## Health Benefits Customer Service (健康保险福利客户服务)

MAGNACARE<sup>SM</sup>

电话	1-877-606-6705 (周一至周五早上 8 点至下午 6 点)
电子邮件	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
健康保险福利账户	myseiu.be/magnacare

## Aetna

aetna<sup>®</sup>

会员服务	1-855-736-9469	aetna.com
心理健康服务	1-800-424-4047	aetna.com
24 小时护士热线	1-800-556-1555	aetna.com
找到合适的 PCP	1-888-982-3862	aetna.com
会员语言帮助	1-855-736-9469	myseiu.be/aetna-language

## 牙科

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

## 其他福利

EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny (生育与家庭建设)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

## 获得语言支持

请致电 1-877-606-6705 联系客户服务, 或发送电子邮件至 [SEIU775BG-caregiver@magnacare.com](mailto:SEIU775BG-caregiver@magnacare.com)。您将会被转接至与您使用相同语言的代表, 他们会协助您解决申请和管理福利方面的问题。

一旦您参加了健康保险, 您可以通过健康计划获得语言支持。