



**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 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 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、本声明或帮助的信息，请访问 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。