



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

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



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

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。

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，查看可接受的文件列表及说明。

3 创建健康保险福利账户

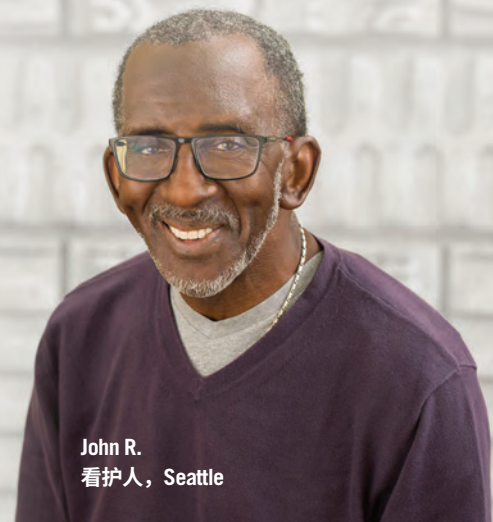
- 请访问 myseiu.be/hba 了解如何创建账户。创建账户后，即可随时登录 myseiu.be/magnacare。

4 提交申请

- 请在截止日期前访问 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 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¹)。

¹ 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 deltadentalwa.com/fad/search ，选择 "Delta Dental PPO" 筛选搜索结果	访问 locations.willamettedental.com ，然后在搜索栏输入您的邮政编码。
如有疑问或需更多信息	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



在线 申请保险



要了解如何创建
账户，请访问：
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)。



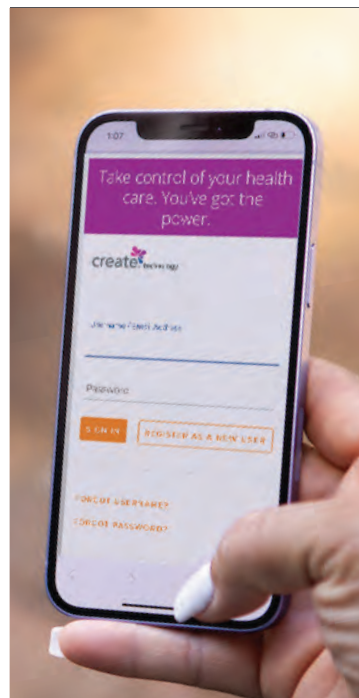
申请或更新保险

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 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。

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 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 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，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 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。

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 获取聊天支持。

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

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

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



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 Kaiser Permanente of Washington POS 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

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 联系客户服务。



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	网络内	网络外
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
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	个人自费限额：1200 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	自费限额同网络内 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
既存状况 (PEC) 等待期	无 PEC	与网络内相同
终生最高限额	无限额	与网络内最高限额相同
门诊病人服务（寻医就诊）	初级护理无挂号费用 / 特殊护理需支付 15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
紧急照护	网络紧急照护中心：初级护理无挂号费用 / 特殊护理需支付 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	住院病人服务： 每天 100 美元挂号费， 每次住院最多 5 天 门诊手术： 50 美元挂号费	住院病人服务： 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 门诊手术： 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 **/ 首选非专利药物（第一类）/ 首选品牌药（第二类）/ 非首选（第三类） 每 30 天供应量的挂号费分别为 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） 0 美元 /0 美元 /25 美元 吸入器和 EPI Pen（肾上腺素注射器）：首选非专利药物（第一类）/ 首选品牌药（第二类）/ 非首选（第三类） 8 美元 /25 美元 /35 美元挂号费	首选非专利药 / 首选品牌药 / 非首选 每 30 天供应量的共付额分别为 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） 0 美元 /0 美元 /25 美元 吸入器和 EPI Pen（肾上腺素注射器）：首选非专利药物（第一类）/ 首选品牌药（第二类）/ 非首选（第三类） 8 美元 /25 美元 /35 美元挂号费
处方药邮购	每 30 天供应量可享受 5 美元的折扣	不承保
针灸	未经事先授权，每个日历年度每项医疗诊断最多 20 次 就诊可承保；计划批准的额外就诊 — 0 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
救护服务	计划支付 80%，您支付 20%	与网络内相同

* 如果您在一个宗教组织工作，那么您的健康计划将不包括避孕药，这是 Affordable Care Act（《平价医疗法案》）的宗教相关豁免允许的。然而，如果您注册参保某个健康计划，就可以从 Kaiser Permanente（凯萨医疗机构）免费获得这类药物（且无需采取任何额外行动）。** 基于价值的药物是治疗各种健康问题的非专利药物。

福利	网络内	网络外
化学品依赖	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
器具、设备和用品 - 器具、设备和用品 - 耐用医疗设备 - 医疗用整型用具 - 乳房切除后所穿胸罩，每六 (6) 个月限制为两 (2) 件 - 造口用品 - 假肢器具	承保 100%。需要事先授权，否则将不承保。	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	住院病人： 包含在医院服务之内 门诊病人： 全部在承保范围内 高端放射成像服务（例如：CT、MR 和 PET）必须确定为医疗必需品且需要事先授权，在与急救护理或住院病人服务有关时除外。	住院病人： 包含在医院服务之内 门诊病人： 自付额和共同保险适用 高端放射成像服务（例如：CT、MR 和 PET）必须确定为医疗必需品且需要事先授权，在与急救护理或住院病人服务有关时除外。
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）	0 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 myseiu.be/epic ，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 myseiu.be/epic ，了解更多信息
家庭健康服务	全部在承保范围内。无就诊限制。	无就诊限制 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 myseiu.be/progyny ，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	详见“康复服务”	详见“康复服务”
孕产检服务	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人： 0 美元挂号费。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。	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 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。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。

福利	网络内	网络外
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，无需事先授权。全部在承保范围内。	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。
肥胖相关服务	符合医疗标准时，成本分摊在承保范围之内	符合医疗标准时，成本分摊在承保范围之内
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： 0 美元挂号费	同网络内 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
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。	自付额和共同保险适用 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。 初级护理无挂号费用 / 特殊护理需支付 15 美元挂号费	住院病人： 天数限制同网络内 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： 就诊限制同网络内 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	天数限制同网络内福利，自付额和共同保险适用
灭菌 （输精管切除术、输卵管结扎）	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 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： 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 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）	0 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	19 岁以下的会员： 每年 1 副框镜或隐形眼镜（共同保险承担 50%） 19 岁及以上的会员： 每 12 个月 600 美元	同网络内

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。

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	网络外
受益期自付额			
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
第 1 类 - 诊断和预防			
检查 清洁 涂氟 X 光牙片 窝沟封闭	100%	80%	80%
第 2 类 - 修复			
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%
第 3 类 - 重大项目			
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。有关限制和排除的列表, 请访问 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
诊断和预防服务	
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
修复牙科学	
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
口腔修复学	
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
牙髓病和牙周病学	
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
口腔外科	
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
正牙学治疗	
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
牙科种植	
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
其他	
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 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、本声明或帮助的详细信息，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。



KAISER
PERMANENTE®

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





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. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.kp.org/plandocuments or call 1-888-901-4636 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	In-network: \$0 Out-of-network provider : \$500 Individual / \$1,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	In-Network provider : \$1,200 Individual / \$2,400 Family Shared in and out-of-network	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Specialist visit	\$15 / visit	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Preventive care/screening/immunization	No charge	20% coinsurance , deductible does not apply.	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	20% coinsurance	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Value based drugs	\$4 (retail);	\$13 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Preferred generic drugs	\$8 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription		
	Preferred brand drugs	\$25 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$30 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$55 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Specialty drugs	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	\$50 / visit, then 20% coinsurance	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$200 / visit	\$200 / visit, then No charge, deductible does not apply.	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours if admitted to a out-of-network provider ; limited to initial emergency only. Copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance .	20% coinsurance , deductible does not apply.	None
	Urgent care	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Inpatient services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
If you are pregnant	Office visits	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health	Home health care	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
	Rehabilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance	Combined with Habilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
needs		to \$500 / admission	Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Habilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Combined with Rehabilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Skilled nursing care	No charge	20% coinsurance	60-day limit / year. Limits are combined with in and out-of-network provider networks . Preauthorization required
	Durable medical equipment	No charge	50% coinsurance	Subject to formulary guidelines. Preauthorization required
	Hospice services	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam, deductible does not apply.	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Limited to 1 exam / 12 months
	Children's glasses	No charge	Shared with In- Network	Members age 19 and over limited to \$600 / 12 months; Members under age 19 limited to 1 pair of frames and lenses / year or contact lenses covered at 50% coinsurance
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
• Cosmetic surgery • Dental care (Adult and child) • Hearing aids	• Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (20 visit limit / year) • Bariatric surgery	• Children's glasses • Chiropractic care (20 visit limit / year)	• Routine eye care (Adult)

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 shown in the chart below. 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 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, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov .
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this [plan](#) provide Minimum Essential Coverage? Yes

[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? Yes

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](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Peg would pay is	\$120

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$600

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (x-ray) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$200
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$400

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

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 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 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 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)

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

Kaiser Permanente of Washington



新会员服务	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
会员服务	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
心理健康服务	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
护士帮助热线	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
会员语言帮助	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-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。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。