

간병인들은 매일 다른 사람들을 돌보기 위해 헌신합니다. 귀하도 보살핌과 지원을 받을 자격이 있습니다.

저희의 목표는 귀하께서 양질의 합리적인 가격의 의료 서비스를 더 쉽게 이용할 수 있도록 함으로써, 귀하의 건강과 가족, 그리고 중요한 업무에 집중할 수 있도록 돕는 것입니다.

이 가이드에서는 보험 혜택 옵션과 신청 절차를 안내해 드립니다. 여러분과 여러분이 제공하는 필수적인 간병 서비스를 지원하게 되어 자랑스럽습니다.

의료 보험 혜택을 확인한 후, 다른 간병인 혜택도 살펴보시기 바랍니다. 교육 기회와 퇴직 혜택부터 무료 미끄럼 방지 신발 제공, Carina를 통한 구직 서비스까지, 이러한 혜택은 귀하를 지원하기 위해 마련되었습니다. 자세한 내용은 myseiu.be/bg를 방문하십시오.



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

보험 신청을 위한 단계별 가이드

1) 혜택에 대한 자세한 내용

- 보험 혜택을 살펴보고 보험 세부 정보를 검토하여 처방약, 치료 및 일반 서비스에 대한 본인 부담 비용을 파악하십시오.
- 5페이지의 자격 요건 내용을 확인하여 **본인이 해당되는지 확인해 주십시오.**
- **혜택 옵션과 치과 보험을 선택하십시오.**

2) 신청 준비

- **자신의 정보를 준비하십시오.** 신청하려면 사회보장번호와 고용주 이름이 필요합니다.
- **Coverage for Kids(자녀를 위한 보험): 피부양자 확인 서류를 모으십시오.** 자세한 내용과 지시 사항은 myseiu.be/cfk에서 확인하십시오.

3) 건강 혜택 계정 만들기

- myseiu.be/hba에서 계정을 만드는 방법을 알아보십시오. 귀하의 계정은 의료 보험 관리 기관인 MagnaCare에서 관리합니다. 현재 계정은 영어로 제공됩니다. 도움이나 언어 지원이 필요한 경우 1-877-606-6705로 전화해 주십시오.

4) 신청서 제출

- 마감일 전에 myseiu.be/magnacare에서 온라인으로 신청하거나 우편으로 신청서를 제출해 주십시오. 5페이지에서 자세히 알아보십시오.
- **Coverage for Kids(자녀를 위한 보험): 신청 시 부양가족 확인 서류를 제출해 주십시오.** myseiu.be/cfk에서 문서 제출 방법을 알아보십시오.

1일 이내에 이메일로 신청서 접수 확인서를 받을 수 있으며, 30일 이내에 보험 결정서를 이메일로 받으실 수 있습니다. 받지 못하신 경우 1-877-606-6705로 문의하십시오.



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

의료 보험 혜택 옵션

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

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 금액. 자세한 내용은 6페이지를 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.

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.

보험 혜택

무료 1차 진료 방문

건강 검진을 받거나 아플 때 주치의를 방문하는 데는 비용이 들지 않습니다. 원격 진료 옵션도 이용 가능하므로 집에서 진료를 받을 수 있습니다.

검사나 추가 서비스에는 비용이 발생할 수 있습니다.

긴급 및 응급 진료

보험에는 긴급 치료와 응급실 방문 비용이 포함됩니다. 긴급 치료는 비응급 상황에서 의사의 진료를 받을 수 없을 때 간편하게 이용할 수 있는 옵션입니다. 응급 치료는 중증이나 생명을 위협하는 상태에 해당합니다.

처방

다양한 처방약을 이용하실 수 있으며, 집으로 배송되는 편리한 우편 주문 옵션도 제공됩니다.

정신 건강

귀하의 보험 혜택에는 전문적인 정신 건강 지원, 약물 관리, 집단 치료, 대안 치료 및 자기 관리 도구와 프로그램 이용이 포함됩니다.

Wellness Coaching(건강 코칭) 및 프로그램

만성 질환을 관리하고 전반적인 건강을 개선하는 데 필요한 맞춤형 지원을 받으십시오. 보험에는 웰니스 코칭, 간병팀의 지도, 그리고 진행 상황을 확인하는 데 도움이 되는 도구가 포함되어 있습니다.

마사지 및 카이로프랙틱

물리치료, 마사지, 카이로프랙틱 치료, 침술 및 온라인 웰니스 프로그램을 저렴한 비용으로 이용하실 수 있습니다.

시력

VSP를 통한 시력 보험에는 정기적인 안과 검진, 안경 또는 콘택트렌즈 구입비 지원, 그리고 광범위한 안과 의사 네트워크 이용이 포함됩니다.

청력

EPIC Hearing을 통해 귀하와 자녀는 네트워크 내 의료 서비스 제공자를 통해 청력 검사와 보청기 관련 지원을 받으실 수 있습니다.

가족 형성, 생식 및 중년 관리

Progyny를 통해 출산, 가족 구성부터 임신, 산후, 폐경에 이르기까지 인생의 모든 단계에서 혜택을 받으십시오. 최신 치료법, 맞춤형 지원, 대면 또는 온라인 진료 혜택을 받으십시오.

혜택의 전체 목록은 보험 세부 정보를 확인하십시오.

여기에는 본인 부담금, 처방전, 방문 및 치료에 대한 혜택을 포함하여 의료 및 치과 보험에 대한 전체 내역이 나와 있습니다.

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

Deborah M.
간병인, Vancouver





Melissa E.
간병인, Seattle

치과 보험 옵션

치과 치료는 건강 보험에 포함되어 있습니다. 차트를 사용하여 보험을 비교하고 자신에게 적합한 보험을 선택하십시오.

	 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 있는 치과가 많이 가입되어 있어서, I-5 Corridor를 따라 Willamette 치과를 쉽게 찾을 수 있습니다.
가까운 치과 찾기	deltadentalwa.com/fad/search 'Delta Dental PPO'를 선택하여 결과를 필터링하십시오.	locations.willamettedental.com 검색창에 우편번호를 입력하십시오.
추가 정보	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette

의료 보험 FAQ

개별 보험 혜택의 자격은 어떻게 됩니까?

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

어떻게 신청합니까?

myseiu.be/magnacare에서 **온라인으로 신청하십시오.** Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 받으면 신청서를 작성하여 신청서의 주소나 팩스 번호로 우편 또는 팩스로 보낼 수 있습니다. 미국 소인이 필요합니다.

1일 이내에 이메일로 신청서 접수 확인서를 받을 수 있으며, 30일 이내에 보험 결정서를 이메일로 받으실 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(의료 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):** 의료 보험 요구 사항이 변경되는 QLE가 발생한 후 30일 이내. QLE의 예로는 입양, 기타 의료 보험 상실, 이혼 등이 있습니다. 자세한 내용은 myseiu.be/qle를 방문하십시오.

아직 자격이 되지 않습니까? Open Enrollment(의료 보험을 위한 연례 등록) 기간에도 신청할 수 있습니다.

월 근무 시간이 80시간 이상일 경우, 개별 보험 가입 신청서*를 제출하십시오. 월 120시간 근무하면 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 시작됩니다.

*현재 한 달에 80시간 이상 일하지 않는 경우 온라인으로 신청서를 작성할 수 없습니다. 신청서 사본을 요청하려면 SEIU775BG-caregiver@magnacare.com으로 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.

이들은 귀하와 동일한 보험에 등록되며 1명의 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. 온라인 또는 인쇄된 신청서의 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.

다음에 대한 자세한 내용은 myseiu.be/cfk에서 확인하십시오.



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

Sandra C.

간병인, Kennewick

보험은 언제 시작됩니까?

Open Enrollment(의료 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 피양양자 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.

CDWA 간병인: 첫 달 납부는 본인 부담입니다.

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 유급 시간:

이번 달 보험 혜택 결정:

보험을 해지하려면 어떻게 해야 합니까?

본인 또는 자녀의 보험을 해지하려면, Waive Coverage Form(보장 포기서)을 제출해야 합니다. 15일까지 접수될 경우, 보험 혜택은 다음 달 1일에 종료됩니다. 15일 이후에 접수될 경우, 보험 혜택은 다음 달 1일에 종료됩니다.

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

근무 시간이 부족하면 어떻게 됩니까?

Grace Month는 매년 최대 2회 1개월간 의료 혜택 기간을 연장해 주므로, 각 필수 근무 시간을 충족하지 부양가족에 대한 혜택을 유지할 수 있습니다. myseiu.be/gm에서 자세한 내용을 알아보십시오.

보험 혜택을 상실하게 되더라도, 월 보험료를 납부하고 보험 혜택을 계속 유지하고 싶으신 경우에는 COBRA 관련 정보를 제공받게 됩니다. 간병 업무를 중단하는 경우, 워싱턴 Washington Apple Health 자격 여부를 확인하거나 wahealthplanfinder.org를 방문하십시오.

보험 혜택을 유지할 수 있도록 더 많은 시간을 근무하십시오.

보장을 유지하기 위해 더 많은 근무 시간이 필요한 경우, 클라이언트를 추가로 찾을 수 있도록 지원하는 무료 구직 혜택인 Carina.org를 이용해 보십시오.



Patrick M. 간병인, Puyallup

지원 받기

의료 보험 혜택, 가입 자격, 신청 방법 등에 관한 문의 사항이 있으신 경우.

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

1-877-606-6705

언어 지원이 제공됩니다.

라이브 채팅 지원

myseiu.be/magnacare에 로그인하여 채팅 지원을 받으십시오.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

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



일반적인 보험 용어 이해하기

보험 혜택에 대해 더욱 잘 이해할 수 있도록 일반적인 용어의 정의를 확인하십시오.

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids(자녀를 위한 보험)에 대한 자세한 내용

지원 방법과 지원서 작성 요령을 알아보십시오.

myseiu.be/cfk

건강 혜택 계정 액세스

온라인으로 계정을 만들고 보험에 가입하는 방법을 알아보십시오.

myseiu.be/hba



Caregiver Kicks: 간병인을 위한 무료 신발

Reebok(리복)에서 Skechers(스케처스)까지 90가지 이상의 스타일로 제공되는 Caregiver Kicks는 작업 시 더 안전하고 편안한 착용감을 제공하도록 설계된 미끄럼 방지 신발입니다. 유자격 간병인은 한 켤레를 매년 1회 무료로 받을 수 있습니다!

myseiu.be/kicks

2026-2027

의료 보험

보험 세부 정보

aetna®

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

자료 수정 사항 요약(SMM):

2026년 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 2026년 8월 1일부터 2027년 7월 31일까지 유효합니다.

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

1-877-606-6705

월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com



중요 변경 및 축소 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 2026년 8월 1일 토요일 일 현재 보험을 설명하는 핵심 건강 보험
혜택("보험")에 대한 보험 요약 설명서("SPD")에 포함된 일부 정보를 수정합니다.

2026년 8월 1일부터 의료 보험 혜택 및 자격 규정이 변경됩니다. AP와 IP는 다음과 같은 혜택 개선
사항에 대해 알고 있어야 합니다.

- VSP Vision Care는 일반 시력 검사, 안경류 및 콘택트렌즈 처방을 담당하는 귀하의 새로운 시력
관리 기관이 될 것입니다.
- EPIC 보청기 혜택 한도(달러)가 폐지되었습니다.
- 한 번의 처방으로 최대 12개월분의 호르몬 치료제 또는 피임약을 받으실 수 있습니다.

본 중요 축소 사항 요약("SMR")은 2026년 8월 1일 토요일 일 현재 보험을 설명하는 핵심 건강 보험
혜택("보험")에 대한 보험 요약 설명서("SPD")에 포함된 일부 정보를 수정합니다.

2026년 8월 1일부터 의료 보험 혜택 및 자격 규정이 변경됩니다. AP와 IP는 다음과 같은 사항에 대해
알고 있어야 합니다.

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust는 더 이상 Headspace를 통해 서비스를
제공하지 않습니다.

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

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.

이점	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	의료비 본인 부담 한도: 개인: \$800 가족: \$1,600 처방약 본인 부담 한도: 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	입원 환자 서비스: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 수술: \$50 공동 부담금	입원 환자 서비스: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금. 공제액 및 공동 보험 적용. 외래 수술: \$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

이점	선호하는 공급자 네트워크	비선호 공급자 네트워크
약물 의존	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$0 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
장치, 장비 및 소모품 • 내구성 의료 기기 • 정형 외과 장비 • 유방 절제술 후 브래지어는 매 6개월에 2회로 제한됩니다. • 조루술 용품 • 보철 장치	100% 보장	50% 보장, 공제액 적용
당뇨병 용품	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.
진단 실험실 및 X-레이 서비스	입원 환자: 병원 서비스에서 보장됨 외래 환자: 완전한 보장	입원 환자: 병원 서비스에서 보장됨 외래 환자: 공제액 및 공동 보험 적용
응급 서비스 (입원시 공동 부담금 면제)	\$200 공동 부담금	\$200 공동 부담금
청력 검사(일반)	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
청력 하드웨어	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 3년마다 한쪽 귀당 보청기 구입 비용에 대해 한도 없이 지원됩니다. myseiu.be/epic 에서 자세한 내용을 알아보십시오.	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 3년마다 한쪽 귀당 보청기 구입 비용에 대해 한도 없이 지원됩니다. myseiu.be/epic 에서 자세한 내용을 알아보십시오.
가정 건강 서비스	연간 최대 130회 방문까지 완전 보장	선호하는 공급자 방문 한도와 공유, 공제액 및 공동 보험 적용.
호스피스 서비스	완전한 보장	공제액 및 공동 보험 적용.
불임 치료 서비스	별도의 혜택을 통해 보장: 임신, 출산 및 가족 형성 2+1 Smart Cycles는 회원의 출산 및 가족 형성 여정을 도와드립니다. myseiu.be/progyny 에서 자세한 내용을 알아보십시오	보장되지 않음
수기 요법	사전 승인 없이 연간 최대 20회 방문 보장 \$0 공동 부담금	방문 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
마사지 서비스	\$15 공동 부담금(연간 20 회 방문)	선호하는 공급자 방문 한도와 공유 \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
출산 서비스	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.
정신 건강	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$0 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
자연 요법	\$0 공동 부담금. 연간 무제한 방문	선호하는 공급자 방문 한도와 공유 \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
신생아 서비스	최초 입원: 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 분담금은 산모에 대한 비용 분담금과는 별도로입니다.	최초 입원: 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 분담금은 산모에 대한 비용 분담금과는 별도로입니다.

이점	선호하는 공급자 네트워크	비선호 공급자 네트워크
비만 관련 수술 (비만 치료)	의료 기준이 충족될 때 비용 부담금에서 보장됨	보장되지 않음
장기 이식	무제한, 대기 기간 없음 입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$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.)	입원 환자: 연간 60일. 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: 연간 60회 방문. 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. \$15 공동 부담금	입원 환자: 선호하는 공급자 혜택 한도와 공유되는 일간 한도. 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금. 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: 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)	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금 여성의 불임 시술은 완전히 보장됩니다.	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 여성의 불임 시술에는 해당 예방 치료 비용 부담금과 최대 혜택이 적용됩니다.
턱관절 (TMJ) 서비스	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
금연 카운셀링	금연 프로그램 - 완전 보장	해당 비용 부담금 적용
일반 시력 관리 및 안경류	별도의 혜택을 통해 보장: VSP 시력 관리. myseiu.be/vsp에서 자세한 내용을 알아보십시오.	별도의 혜택을 통해 보장: VSP 시력 관리. myseiu.be/vsp에서 자세한 내용을 알아보십시오.

이것은 비교 목적에 한해 사용 가능한 혜택에 대한 간략히 요약한 것이며 계약을 구성하지 않습니다. 보험에 가입한 경우, Delta Dental PPO 보험에 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:

1월 1일 ~ 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 치과 의사에게 받은 치과 진료는 최대 \$2,000까지 전액 보장되며 클래스 III - 요 서비스의 경우 공동 보험료가 면제됩니다.

**Delta Dental
Network**

Delta Dental PPO 네트워크를 이용하면 보험 혜택을 최대한 활용할 수 있습니다. 또한 Delta Dental Premier® 네트워크를 이용할 수 있어 선택의 폭을 넓힐 수 있습니다.

**무료
Sonicare
칫솔 받기**



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

전체 PDA 서비스 제공자 목록 보기: myseiu.be/oe-pda.

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

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.

이점	공동 부담금
연간 최대 금액	연간 최대 금액 없음*
공제액	공제액 없음
일반 및 치열 교정 진료실 방문	방문당 공동 부담금 없음
진단 및 예방 서비스	
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
치아 복원 치료	
충진제(아말감)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
자기-금속 크라운	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
치과보철학	
전체 위 또는 아래 틀니	가입자가 공동 부담금 \$400 지불
브릿지(치아당)	가입자가 공동 부담금 \$250 지불
근관치료학 및 치주학	
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
구강 외과	
일반 발치 (단일 치아)	진료실 방문 공동 부담금으로 보장됨
외과적 적출	가입자가 공동 부담금 \$100 지불
정형 외과 치료	
교정 전 치료	가입자가 공동 부담금 \$150 지불**
포괄적 치열 교정 치료	가입자가 공동 부담금 \$1,500 지불
치과용 임플란트	
치과 임플란트 수술	임플란트 혜택 최대 연간\$ 1,500
기타	
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.

이는 요약된 내용일 뿐입니다. 새로운 시력 보험 혜택에 대한 자세한 내용은 VSP Vision 연락처 800-785-0699 로 문의해 주십시오.

VSP Advantage 플랜 전체 서비스

공동 부담금 (검진 / 안경)	\$0 / \$0
빈도	
검사	12 개월마다
렌즈	12 개월마다
안경테	12 개월마다
VSP 네트워크 제공자 이용 시 혜택	
종합 안과 검진	\$0 공동 부담금
콘택트렌즈 검사	\$0
망막 검진	\$0
필수 안과 진료	의료 보험 적용 대상 해당 진료비 분담 규정에 따름
렌즈	
단초점	혜택 적용
이중초점 렌즈	혜택 적용
삼중초점 렌즈	혜택 적용
지원금 *	
일반 안경테 보조금	\$250
고급 안경테 보조금	\$270
Costco 동급 안경테	\$250
단순 시력 교정 콘택트렌즈 렌즈 또는 안경테 혜택 대신	\$600
렌즈 특수처리 본인 부담금	
폴리카보네이트	혜택 적용
반사 방지 코팅	\$40 공동 부담금
스크래치 및 UV 코팅	혜택 적용
압축 렌즈	혜택 적용
변색 렌즈	혜택 적용
기본형 누진다초점 렌즈	혜택 적용
맞출형 / 고급형 누진다초점 렌즈	\$55 공동 부담금
기타 렌즈 할인 혜택	30%

VSP 비가맹 안경점 보조금

검사	\$45
단초점	\$30
이중 초점	\$50
삼중 초점	\$65
렌티큘러	\$100
누진 렌즈	\$50
안경테	\$70
단순 시력 교정 콘택트렌즈 렌즈 또는 안경테 혜택 대신	\$105



보험 혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 귀하의 건강 보험 플랜 선택에 도움을 드립니다. SBC에는, 귀하와 본 플랜이 보장되는 의료 서비스 비용을 어떻게 분담하는지 설명되어 있습니다. 참고: 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.com을 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요. 허용 금액, 잔액 청구, 공동보험비, 코페이, 공제액, 제공자 또는 기타 밀줄 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 <u>의료 제공자가</u> 청구한 모든 비용을 해당 <u>공제액</u> 에 도달할 때까지 지불하셔야 합니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 가족 구성원 모두가 지불한 총 <u>공제액</u> 비용이 전체 가족 <u>공제액</u> 을 충족할 때까지 각 가족 구성원은 각자의 개인 <u>공제액</u> 을 충족해야 합니다.
공제액을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	예. 공제액을 충족하기 전에도 응급 진료 및 <u>처방약</u> 은 보장됩니다.	이 플랜은 <u>공제액</u> 을 아직 충족하지 못한 경우에도 일부 품목 및 서비스를 보장합니다. 단, <u>코페이먼트</u> 또는 <u>공동보험비</u> 가 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 본 플랜은 특정 <u>예방 서비스</u> 에 대해 <u>공제액</u> 을 충족하기 전에도 <u>비용 분담 없이</u> 보장합니다. 보장되는 <u>예방 서비스</u> 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 를 참조하세요.
특정 서비스에 대한 다른 공제액이 있습니까?	아니요.	특정 서비스에 대해 <u>공제액</u> 을 충족할 필요가 없습니다.
이 플랜의 <u>본인부담금</u> 한도는 얼마인가요?	<u>네트워크</u> 소속: 개인 \$800/가족 \$1,600. <u>네트워크 비소속</u> : 개인 \$800/가족 \$1,600. <u>처방약</u> : 개인 \$400/가족 \$800.	<u>본인부담금 한도</u> 는 보장 서비스에 대해 귀하가 일 년 동안 지불하게 될 수 있는 최대 금액입니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 전체 가족 <u>본인부담금 한도</u> 가 충족될 때까지 각자의 <u>본인부담금 한도</u> 를 충족해야 합니다.
<u>본인부담금 한도</u> 에 포함되지 않는 항목은 무엇인가요?	<u>보험료</u> , <u>잔액 청구</u> 비용, 본 플랜에서 보장하지 않는 의료 서비스, 서비스에 대한 <u>사전 승인</u> 을 받지 않은 것에 대한 <u>과태료</u> 입니다.	이러한 비용을 지불하더라도 <u>본인 부담 한도액</u> 으로 산정되지는 않습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유:
<p><u>네트워크 의료 제공자를 이용하면 부담하는 비용이 적어집니까?</u></p>	<p>예. <u>네트워크 소속 의료 제공자</u> 목록은 http://www.aetna.com/docfind를 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요.</p>	<p>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 제공자</u>의 청구 비용과 플랜이 지불하는 금액의 차액에 대해 <u>의료 제공자</u>로부터 청구서를 받을 수도 있습니다(<u>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.</p>
<p><u>전문의 진료를 받기 위해 의뢰서가 필요합니까?</u></p>	<p>아니요.</p>	<p><u>의뢰서</u> 없이 귀하가 선택하는 <u>전문의</u> 진료를 받으실 수 있습니다.</p>



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

공통 의료 상황	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</u> 또는 <u>클리닉</u> 을 방문하는 경우	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>전문의</u> 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/예방 접종</u>	무료	보장되지 않음(유방암 <u>선별 검사</u> 는 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

공통 의료 상황	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>처방약 보장은 Sav-RX가 관리</p> <p>처방약 보장에 대한 자세한 내용은 www.savrx.com을 참조하세요.</p>	복제약	처방당 <u>코페이</u> , 공제액은 적용되지 않음: 가액 기준 30일분에 \$4, 60일분에 \$8, 90일분에 \$12(소매 약국), 31-90일분에 \$8(우편 주문). 인슐린: 무료. 선호 복제약의 경우 30일분에 \$8, 60일분에 \$16, 90일분에 \$24(소매 약국), 31-90일분에 \$16(우편 주문). 인슐린: 무료.	처방당 <u>코페이</u> , 공제액은 적용되지 않음: 30일분에 \$13, 60일분에 \$26, 90일분에 \$39(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$13	<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 처방집을 검토해 주십시오. 복제약 대신 브랜드약을 선택하면 귀하가 부담하는 비용이 높아집니다.</p>
	선호 브랜드약	처방당 <u>코페이</u> , 공제액은 적용되지 않음: 30일분에 \$25, 60일분에 \$50, 90일분에 \$75(소매 약국), 31-90일분에 \$50(우편 주문). 인슐린: 무료.	처방당 <u>코페이</u> , 공제액은 적용되지 않음: 30일분에 \$30, 60일분에 \$60, 90일분에 \$90(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$30	
	비선호 브랜드약	처방당 <u>코페이</u> , 공제액은 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> , 공제액은 적용되지 않음: 30일분에 \$55, 60일분에 \$110, 90일분에 \$165(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$35	
	<u>전문치료제</u>	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	

공통 의료 상황	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)	
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. 비용급 이송: 사전 허락된 경우를 제외하고 보장되지 않음.
	<u>긴급진료</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
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

공통 의료 상황	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)	
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	진료실 및 기타 외래 환자 서비스: 무료	진료실 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>	
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>활 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

공통 의료 상황	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>전문 간호 의료</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	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음.
	자녀의 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음.
	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.)		
<ul style="list-style-type: none"> • 치과 진료(성인 및 어린이) • 안경(어린이) • 보청기 • 불임 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 장기요양 • 미국 외 지역으로 여행 시 비응급 진료 • 개인 간호 	<ul style="list-style-type: none"> • 정기 안과 진료 (성인 및 소아청소년) • 정기 발 치료 • 체중 감량 프로그램

기타 보장 서비스(이러한 서비스에 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 이 목록은 전체 목록이 아닙니다. 귀하의 플랜 문서를 참조하세요.)		
<ul style="list-style-type: none"> • 침술 - 질병, 부상, 만성 통증에 연간 20회 방문. • 비만 수술 - <u>네트워크 소속 의료 제공자</u>로 제한됨. 	<ul style="list-style-type: none"> • 카이로프랙틱 치료 - 연간 20회 방문. 	<ul style="list-style-type: none"> • 성형 수술 - 보장이 제한됨. 보험 증서 문서를 참조하거나 ID 카드에 나와 있는 전화번호로 문의하세요.

계속해서 보험 보장을 받을 수 있는 귀하의 권리: 보험이 종료된 이후에도 귀하의 보험 보장이 지속되기를 원할 경우 도움을 받을 수 있는 기관들이 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.gov를 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 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.gov를 참조할 수 있습니다.
- 또한 소비자 지원 프로그램을 통해 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 연락처 정보: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

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 살펴보고 싶다면 다음 섹션을 참조하세요.

보험 보장 사례:



이것은 비용 견적이 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 분담)

- 플랜의 전체 공제액 \$0
- 전문의 코페이먼트 \$15
- 병원(시설) 코페이먼트 \$100
- 기타 코페이먼트 \$0

이 사례에 포함되는 서비스:
전문의 진료소 방문 (산전 관리)
출산/분만 전문의 서비스
출산/분만 시설 서비스
진단 검사 (초음파, 혈액 검사)
전문의 방문 (마취)

사례의 총 비용	\$12,700
이 사례에서 Peg가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$200
<u>공동보험료</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
<u>제한 또는 예외 사항</u>	\$60
Peg가 지불해야 하는 총 금액	\$260

Joe의 제2형 당뇨병의 경우
(잘 관리된 상태로 일년간 네트워크 내 정기 진료)

- 플랜의 전체 공제액 \$0
- 전문의 코페이먼트 \$15
- 병원(시설) 코페이먼트 \$100
- 기타 코페이먼트 \$0

이 사례에 포함되는 서비스:
일차진료 제공자의 진료소 방문 (질병 교육 포함)
진단 검사 (혈액 검사)
처방약
당뇨병 용품 (혈당 측정기)

사례의 총 비용	\$5,600
이 사례에서 Joe가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$700
<u>공동보험료</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
<u>제한 또는 예외 사항</u>	\$20
Joe가 지불해야 하는 총 금액	\$720

Mia의 단순 골절의 경우
(네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 진료)

- 플랜의 전체 공제액 \$0
- 전문의 코페이먼트 \$15
- 병원(시설) 코페이먼트 \$100
- 기타 코페이먼트 \$0

이 사례에 포함되는 서비스:
응급실 진료 (의료 용품 포함)
진단 검사 (엑스레이)
내구성 의료 장비 (목발)
재활 서비스 (물리 치료)

사례의 총 비용	\$2,800
이 사례에서 Mia가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$500
<u>공동보험료</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
<u>제한 또는 예외 사항</u>	\$0
Mia가 지불해야 하는 총 금액	\$500

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

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.

TTY: 711

- English -** To access language services at no cost to you, call 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 լեզվակախան ծառայություններից օգտվելու համար գախարհալեռ 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
- Carolinian (Kapasal Falawasch) - ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-370-4526.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguâhi ni dibåtde para hâgu, âgang 1-800-370-4526.
- Chinese Traditional - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
- Cushitic-Oromo - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
- French Creole (Haitian) - 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 - તમારેકોઈ જાતના બર્થવિના ભાષાની સે વિના ઓની પછીર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.
- 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.
- 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 - လာတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Laotian - ຕຳອິດຂ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
- Mon-Khmer, Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដៃលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
- Navajo - T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowot doo báááh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

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

Coverage Period: 08/01/2026 – 07/31/2027

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](#).

특별 등록 권리에 대한 HIPAA 통지

다른 건강 보험 또는 단체 건강 보험 때문에 본인 또는 부양 가족(배우자 포함)의 가입을 거부하는 경우, 본인 또는 부양 가족이 다른 보험의 자격을 상실하면(또는 고용주가 본인 또는 부양 가족의 다른 보험에 대한 분담금 납부를 중단하면), 이 플랜에 본인 및 부양 가족을 가입시킬 수 있습니다. 단, 본인 또는 부양가족의 다른 보험이 종료된 후(또는 고용주가 다른 보험에 대한 보험료 납부를 중단한 후) 30일 이내에 등록을 요청해야 합니다.

또한 결혼, 출산, 입양 또는 입양 배정으로 인해 새로운 부양가족이 생긴 경우, 본인과 부양가족을 등록할 수 있습니다. 단, 결혼, 출산, 입양 또는 입양 배정 후 30일 이내에 등록을 요청해야 합니다.

이 보험의 보장 범위와 관련하여 귀하 또는 귀하의 부양가족이 Medicaid 또는 주정부 아동 건강 보험 프로그램을 통해 주정부 보험료 지원 보조금을 받을 자격이 되거나 귀하 또는 귀하의 부양가족이 더 이상 자격이 없어 Medicaid 또는 아동 건강 보험 프로그램 혜택을 상실하는 경우, 귀하와 귀하의 부양가족을 이 보험에 등록할 수 있습니다. 단, 귀하 또는 부양가족이 이러한 지원에 대한 자격이 되는 것으로 결정난 후 60일 이내에 등록을 요청해야 합니다.

특별 등록을 요청하거나 자세한 정보를 얻으려면 다음 연락처로 Trust 관리자에게 문의하십시오.

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
전화: (877) 606-6705
팩스: (516) 723-7395

소급 적용에 관한 중요 참고 사항

출생 또는 입양에 따른 새로운 부양가족에 대해 출생 또는 입양일로 소급하여 COBRA 지속 보험 혜택을 선택하거나 특별 가입을 선택하는 경우, 소급 보장이 제공되기 전에 모든 월에 대해 필요한 보험료를 납부해야 합니다. 소급 적용은 최초 소급 자격이 부여된 시점부터 계속 적용되어야 합니다. 일시 중지된 기간 동안 서비스에 대한 청구서를 제출할 수 있지만 필요한 보험료를 납부할 때까지 청구가 보류됩니다.

본 정보가 귀하에게 적용되는 방법에 관한 질문이 있는 경우 고객 서비스 센터 전화 (877) 606-6705로 문의해 주십시오.

Medicaid 및 아동 건강 보험

프로그램(CHIP)에 따른 보험료 지원

귀하 또는 자녀가 Medicaid 또는 CHIP 수혜 자격이 있고 고용주로부터 건강 보험 혜택을 받을 수 있는 경우, 해당 주에서는 Medicaid 또는 CHIP 프로그램의 자금을 사용하여 보험료를 지원할 수 있는 보험료 지원 프로그램을 운영할 수 있습니다. 귀하 또는 자녀가 Medicaid 또는 CHIP 에 대한 자격이 없는 경우 이러한 보험료 지원 프로그램에 대한 자격은 없지만 Health Insurance Marketplace 를 통해 개별 보험에 가입할 수 있습니다. 자세한 내용은 www.healthcare.gov 를 방문하십시오.

귀하 또는 귀하의 부양가족이 이미 Medicaid 또는 CHIP 에 등록되어 있고 아래 나열된 주에 거주하는 경우, 해당 주 Medicaid 또는 CHIP 사무소에 연락하여 보험료 지원이 가능한지 알아보십시오.

귀하 또는 부양가족이 현재 Medicaid 또는 CHIP 에 등록되어 있지 않고 귀하 또는 부양가족이 이러한 프로그램에 가입할 자격이 있다고 생각되면 해당 주 Medicaid 또는 CHIP 사무소에 연락하거나 **1-877-KIDS NOW** 또는 www.insurekidsnow.gov 로 전화하여 신청 방법을 알아보십시오. 자격이 되는 경우, 고용주가 후원하는 플랜에 대한 보험료를 지불하는 데 도움이 될 수 있는 프로그램이 있는지 주정부에 문의하십시오.

귀하 또는 귀하의 부양가족이 Medicaid 또는 CHIP 에 따른 보험료 지원 자격이 있을 뿐만 아니라 고용주 보험에 따른 자격이 있는 경우, 귀하가 아직 가입하지 않았다면 고용주는 귀하가 고용주 플랜에 등록할 수 있도록 허용해야 합니다. 이를 "특별 등록" 기회라고 하며, **보험료 지원 자격이 있다고 결정된 날로부터 60 일 이내에 보험 혜택을 요청해야 합니다.** 고용주 보험에 가입하는 것에 대해 질문이 있는 경우 www.askebsa.dol.gov 에서 노동부에 문의하거나 **1-866-444-EBSA(3272)**로 전화하십시오.

다음 주 중 하나에 거주하는 경우 고용주 건강 보험 보험료 지불에 대한 지원을 받을 수 있습니다. 다음의 주 목록은 2026 년 1 월 31 일 현재 기준입니다. 자격에 대한 자세한 내용은 해당 주에 문의하십시오.

몬타나 – Medicaid	오리건 – Medicaid 및 CHIP
웹사이트: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 전화: 1-800-694-3084 이메일: HSHIPPPProgram@mt.gov	웹사이트: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 전화: 1-800-699-9075
워싱턴 – Medicaid	
웹사이트: https://www.hca.wa.gov/ 전화: 1-800-562-3022	

2026년 1월 31일 이후 보험료 지원 프로그램을 추가한 다른 주가 있는지 확인하거나 특별 등록 권리에 대한 자세한 내용은 다음 중 한 곳에 문의하십시오.

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
(미국 노동부 직원급여보장국 사무소)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
(보건사회복지부 Medicare & Medicaid 서비스 센터)
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

서류작업감축법 성명서

1995년 서류작업감축법(Paperwork Reduction Act)(Pub. L. 104-13)(PRA)에 따르면, 해당 수집에 유효한 관리예산국(OMB) 관리 번호가 명시되지 않은 경우에는 누구도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 이 부서는 PRA에 따라 OMB가 승인하여 현재 유효한 OMB 제어 번호를 표시하지 않은 한 연방 기관이 정보 수집을 수행하거나 후원할 수 없으며, 대중은 현재 유효한 OMB 관리 번호가 명시되지 않은 한 정보 수집에 응답할 필요가 없다고 명시하고 있습니다. 44 U.S.C. 3507을 참조하십시오. 또한 다른 법률 조항에도 불구하고 정보 수집에 현재 유효한 OMB 관리 번호가 명시되지 않은 경우 누구도 정보 수집을 준수하지 않음으로 인해 처벌을 받지 않습니다. 44 U.S.C. 3512를 참조하십시오.

이러한 정보 수집에 대한 공개 보고 부담은 응답자당 평균 약 7분으로 추정됩니다. 이해 당사자는 부담 추정치 또는 이러한 부담 경감을 위한 제안을 포함하여 정보 수집의 다른 측면에 관한 의견을 U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 또는 cbsa.opr@dol.gov로 OMB 관리 번호 1210-0137을 명시하여 보내도록 권장합니다.

OMB 관리 번호 1210-0137(2026년 3월 31일 만료)

보험 리소스

건강 혜택 고객 서비스

MAGNACARE™

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

Aetna

aetna®

회원 서비스	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
Sav-Rx	1-800-228-3108	savrx.com

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
Progyny	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny
VSP 시력 관리	1-800-785-0699	myseiu.be/vsp

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.