

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 주치의의 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



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 Kaiser Permanente Northwest 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.

네트워크 내 혜택	
최대 본인 부담액	
1인 회원의 경우	\$1,250
전체 가족의 경우	\$2,500
공제액	\$0
진료실 방문	
정기 예방 신체 검사	\$0
1차 진료	\$0
전문 진료	\$15
긴급 치료	\$30
검사	
예방 검사	\$0
검사실	\$0
X-레이, 이미징 및 특수 진단 절차	\$0
CT, MRI, PET 스캔	부서 방문당 \$50. 일부 서비스는 사전 승인이 필요합니다.
약물 치료(외래 환자)	
처방약 (최대 30일 분량)	\$5 제네릭/\$25 선호 브랜드/\$50 비선호 브랜드 인슐린: \$0 제네릭/\$0 선호 브랜드/\$0 비선호 브랜드 흡입기 및 EPI 펜: 제네릭 /\$25 선호 브랜드
우편 주문 처방약(최대 90일 분량)	\$10 제네릭/\$50 선호 브랜드/\$100 비선호 브랜드
주사를 포함한 투여 약물(모든 외래 환자의 경우)	\$0
주사를 맞기 위해 간호사 치료실 방문	\$0
출산 관리	
예정된 산전 간호 및 산후 첫 방문	\$0
검사실	\$0
X-레이, 이미징 및 특수 진단 절차	\$0
입원 환자 병원 서비스	입원 당 \$100
불임	
피임 및 불임의 치료를 위한 의료 및 외과 서비스와 모든 관련 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

병원 서비스	
구급차 서비스(운송당)	\$75
응급실 방문	\$200(입원시 면제)
입원 환자 병원 서비스	입원 당 \$100
화학 요법/방사선 요법 방문	\$15
내구성 의료 기기, 외부 보철 장치 및 교정 장치	0% 공동 보험
신체, 언어 및 직업 요법 (연간 치료당 최대 20회 방문)	\$15
숙련된 간호 시설 서비스	
입원 환자 전문 간호 서비스(연간 최대 100일)	\$0
약물 의존 서비스	
외래 환자 서비스	\$0
입원 환자 병원 및 주거 서비스	입원 당 \$100.
정신 건강 서비스	
외래 환자 서비스(단체 방문 ½ 공동 부담금)	\$0
입원 환자 병원 및 주거 서비스	입원 당 \$100
대체 치료	
침술 서비스	\$0 공동 부담금, 연간 최대 자가 의뢰 20회 방문
지압요법 서비스	\$0 공동 부담금, 연간 최대 자가 의뢰 20회 방문
마사지 요법	\$25 공동 부담금, 연간 최대 자가 의뢰 12회 방문
자연 요법 의학	\$0 공동 부담금, 무제한 방문
시력 서비스	
일반 시력 검사, 안경 관련 용품 및 안경 서비스	별도의 혜택을 통해 보장: VSP 시력 관리. myseiu.be/vsp에서 자세한 내용을 알아보십시오.
청력 서비스	
청력 하드웨어	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 공동 부담금이 없으며, 3년마다 한쪽 귀당 보청기 구입 비용에 대해 한도 없이 지원됩니다. myseiu.be/epic에서 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

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest에서 제공되며 동의한 모든 플랜

 **혜택 및 보장 요약(Summary of Benefits and Coverage, SBC) 문서는 건강 플랜 선택에 도움이 됩니다. SBC를 통해 귀하 및 플랜에서 보장되는 건강 관리 서비스에 대한 비용을 분담하는 방식을 확인할 수 있습니다. 참고: 이 플랜의 비용에 대한 정보(보험료)는 별도로 제공됩니다. 이 내용은 요약에 불과합니다.** 보장에 대한 자세한 정보를 확인하고 싶거나 전체 보장 약관 사본을 받고 싶은 경우, <https://kp.org/plandocuments> (영어로만 이용 가능)에 방문하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번에 전화하십시오. **허용 금액, 잔액 청구, 공동 보험금, 사용자 부담금, 공제금, 의료 서비스 제공자**를 비롯한 자주 사용되는 용어나 기타 밑줄이 쳐진 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 확인하십시오. www.healthcare.gov/sbc-glossary/에서 용어집을 확인하거나 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번에 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

중요 질문	답변	중요한 이유:
종합 공제금은 무엇입니까?	\$0	이 플랜이 보장하는 서비스 비용은 아래 일반 의료 사건 표를 확인하십시오.
공제금을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	해당하는 내용이 없습니다.	이 플랜은 귀하가 공제금 액수를 충족하지 못한 경우에도 일부 항목 및 서비스를 보장합니다. 하지만 사용자 부담금 또는 공동 보험금이 발생할 수 있습니다. 예를 들어 이 플랜은 비용 분담 없이, 그리고 귀하가 공제금을 충족하기 전에 특정 예방 서비스를 보장합니다. 보장 대상 예방 서비스 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 에서 확인하십시오.
특정 서비스에 대한 기타 공제금이 있습니까?	아니요.	특정 서비스의 경우 공제금을 충족할 필요가 없습니다.
이 플랜의 본인 부담금 한도는 얼마입니까?	개인 \$1,250/가족 \$2,500	본인 부담금 한도는 귀하가 보장 서비스에 대해 지불하게 되는 최대 금액입니다. 이 플랜에 다른 가족 구성원이 있는 경우, 해당 가족 구성원이 본인의 본인 부담금 한도를 충족한 후에 종합 가족 본인 부담금 한도가 충족됩니다.
본인 부담금 한도에 포함되지 않는 사항은 무엇입니까?	보험료, 이 플랜에서 보장하지 않는 보건의료, 2페이지부터 시작되는 표에 있는 서비스.	해당 비용을 지불한다고 해도 본인 부담금 한도에 합산되지 않습니다.
네트워크 의료 제공자를 이용하면 부담할 비용이 감소합니까?	예. www.kp.org (영어로만 이용 가능)에 방문하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번에 전화하면 참여 의료 서비스 제공자 목록을 확인할 수 있습니다.	이 플랜은 의료 서비스 제공자 네트워크를 사용합니다. 플랜 네트워크의 의료 서비스 제공자를 이용하면 부담할 비용이 줄어듭니다. 네트워크외 의료 서비스 제공자 이용 시 부담할 금액이 가장 커지며, 의료 서비스 제공자로부터 의료 서비스 제공자의 요금과 플랜에서 지불하는 잔액 청구 사이의 차액이 청구될 수 있습니다. 알아두어야 할 점은 네트워크 의료 서비스 제공자가 일부 서비스에 대해 의료 서비스 제공자를 이용할 수 있다는 것입니다(검사실 검사 등). 서비스를 받기 전에 의료 서비스 제공자에게 확인하십시오.

중요 질문	답변	중요한 이유:
전문의 진료를 받으려면 진료 의뢰가 필요합니까?	예, 하지만 특정 전문의 에게 자가 진료 의뢰를 할 수도 있습니다.	이 플랜 은 보장 서비스에 대해 전문의 진료 비용의 일부 또는 전액을 지불합니다. 다만, 전문의 진료를 받기 전에 진료 의뢰 를 받은 경우에 한합니다.

 이 표에 있는 모든 **사용자 부담금** 및 **공동 보험금** 비용은 **공제금**이 적용되는 경우 **공제금** 충족 후 금액입니다.

일반 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	본인 부담 금액 참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최소 금액 지불)	본인 부담 금액 비참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최대 금액 지불)	한도, 예외, 기타 중요 정보
보건 의료 서비스 제공자 진료소 또는 클리닉을 방문한 경우	부상이나 질병을 치료하기 위한 1차 진료 방문	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	없음
	전문의 방문	\$15/방문당	보장되지 않음	없음
	예방 진료/선별 검사/ 예방접종	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	예방 목적이 아닌 서비스에 대한 요금은 부과될 수 있습니다. 의료 서비스 제공자 에게 필요한 서비스가 예방 목적인지 물어보십시오. 그런 다음 플랜 에서 어떤 항목에 대한 비용을 지불하는지 확인하십시오.
검사를 받는 경우	진단 검사 (X-선, 혈액 검사)	X-선: 요금이 부과되지 않음. 검사실 검사: 요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	없음
	화상(컴퓨터 단층촬영(Computed Tomography, CT)/ 양전자 방출 단층촬영(Positron Emission Tomography, PET), 자기공명영상 (Magnetic Resonance Imaging, MRI))	\$50/방문당	보장되지 않음	일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.

일반 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	본인 부담 금액 참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최소 금액 지불)	본인 부담 금액 비참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최대 금액 지불)	한도, 예외, 기타 중요 정보
질병 또는 질환을 치료할 약물이 필요한 경우 처방약 보장 에 대한 추가 정보는 www.kp.org/formulary (영어로만 이용 가능) 에서 확인할 수 있습니다.	제네릭 약물	\$5(소매) & \$10(우편 주문)/ 처방당 .	보장되지 않음	최대 30일 분량(소매) 및 최대 90일 분량 (우편 주문). 처방서 지침을 따릅니다.
	선호 브랜드 약물	\$25(소매) & \$50(우편 주문)/ 처방당 .	보장되지 않음	최대 30일 분량(소매) 및 최대 90일 분량 (우편 주문). 처방서 지침을 따릅니다.
	비선호 브랜드 약물	\$50(소매) & \$100(우편 주문)/ 처방당 .	보장되지 않음	최대 30일 분량(소매) 및 최대 90일 분량 (우편 주문). 예외 절차에 따라 승인된 경우, 처방서 지침을 따릅니다.
	전문 약물	\$50(소매)/ 처방당	보장되지 않음	최대 30일 분량(소매). 예외 절차에 따라 승인된 경우, 처방서 지침을 따릅니다.
외래 진료 수술을 받는 경우	설비 수수료(예: 외래 수술 센터)	\$50/방문당	보장되지 않음	사전 승인이 필요합니다.
	의사/외과의 수수료	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	의사/외과의 수수료는 설비 수수료에 포함됩니다.
즉각적인 치료가 필요한 경우	응급실 진료	\$200/방문당	\$200/방문당	사용자 부담금 은 입원 환자로 병원에 직접 입원한 경우 면제됩니다.
	응급 수송 차량	\$75/회당	\$75/회당	없음
	긴급 진료	\$30/방문당	보장되지 않음	일시적으로 서비스 지역 외부에 있는 경우 비참여 의료 서비스 제공자 가 보장됩니다. \$30/방문당
병원에 입원하는 경우	설비 수수료 (예: 병실)	\$100/입원당	보장되지 않음	사전 승인이 필요합니다.
	의사/외과의 수수료	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	의사/외과의 수수료는 설비 수수료에 포함됩니다.
정신보건, 행동 건강, 약물 남용 서비스가 필요한 경우	외래 진료 서비스	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	없음
	입원 환자 서비스	\$100/입원당	보장되지 않음	사전 승인이 필요합니다.

일반 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	본인 부담 금액 참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최소 금액 지불)	본인 부담 금액 비참여 의료 서비스 제공자 (가입자는 최대 금액 지불)	한도, 예외, 기타 중요 정보
임신 중인 경우	진료소 방문	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	서비스 유형에 따라 사용자 부담금 , 공동 보험금 또는 공제금 이 적용될 수 있습니다. 산과 진료에는 SBC에 설명된 검사 및 서비스가 포함될 수 있습니다(예: 초음파).
	출산/분만 전문 서비스	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	전문 서비스는 설비 수수료에 포함됩니다.
	출산/분만 설비 서비스	\$100/입원당	보장되지 않음	없음
회복에 도움이 필요하거나 다른 특수한 건강 요건이 있는 경우	가정 간호 진료	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	130회 방문 한도/년. 사전 승인이 필요합니다.
	재활 서비스	외래 환자: \$15 / 입원 환자 방문: \$100 / 입원당.	보장되지 않음	외래 환자: 20회 방문 한도/년. 사전 승인이 필요합니다. 입원 환자: 사전 승인이 필요합니다.
	훈련 서비스	\$15/방문당	보장되지 않음	20회 방문 한도/년. 사전 승인이 필요합니다.
	전문 간호 진료	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	100일 한도/년. 사전 승인이 필요합니다.
	내구성 의료 장비	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	처방서 지침을 따릅니다. 사전 승인이 필요합니다.
	호스피스 서비스	요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	사전 승인이 필요합니다.
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	아동 눈 검사	굴절 검사 요금이 부과되지 않음	보장되지 않음	없음
	아동 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	없음
	아동 치과 검사	보장되지 않음	보장되지 않음	없음

제외 서비스 및 기타 보장 서비스:

플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 정보와 기타 제외 서비스 목록은 보험증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> ● 개인 간호 ● 미국 외부 여행 중 비응급 상황 진료 ● 불임증 치료 	<ul style="list-style-type: none"> ● 성형수술 ● 아동 안경 ● 장기 진료 	<ul style="list-style-type: none"> ● 정기적인 발 관리 ● 체중 감소 프로그램 ● 치과 진료(성인 및 아동)

기타 보장 서비스(해당 서비스에는 한도가 적용될 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. 플랜 문서를 확인하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> ● 보청기(귀 한쪽당 1개/36개월) ● 비만 수술 	<ul style="list-style-type: none"> ● 정기적인 안과 진료(성인) ● 침술(20회 방문 한도/년) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 카이로프랙틱 진료(20회 방문 한도/년)

보장을 계속 이용할 권리: 보장이 종료된 뒤에도 보장을 계속 이용하고 싶은 경우, 도움을 제공할 수 있는 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처는 아래 표에서 확인하십시오. [Health Insurance Marketplace](#)를 통해 개인 보험 보장을 구매하는 등 기타 보장 옵션이 귀하에게도 적용될 수 있습니다. [Marketplace](#)에 대한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov에 방문하거나 1-800-318-2596번으로 전화하십시오.

불만 및 이의제기 권리: 청구 거부로 인해 귀하의 플랜에 대한 불만이 있는 경우 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 불만제기는 불만 또는 이의제기라고 합니다. 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료 청구에 대해 받게 되는 혜택 설명서를 확인하십시오. 귀하의 플랜 문서에서도 이유를 막론하고 플랜에 청구, 이의제기, 불만을 제출하는 방법에 대한 모든 정보를 확인할 수 있습니다. 귀하의 권리, 본 통지서 또는 도움에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 아래 표에 있는 기관에 문의하십시오.

보장을 계속 이용할 권리와 불만 및 이의제기 권리에 대한 연락처 정보:

Kaiser Permanente 가입자 서비스	1-800-813-2000(TTY: 711) 또는 www.kp.org/memberservices (영어로만 이용 가능)
노동부 산하 직원복지보장국	1-866-444-EBSA(3272) 또는 www.dol.gov/ebsa/healthreform
보건복지부 소비자 정보 및 보험 감독 센터	1-877-267-2323 x61565 또는 www.cciio.cms.gov
오리건주 보험부	1-888-877-4894 또는 https://dfr.oregon.gov/
워싱턴주 보험부	1-800-562-6900 또는 www.insurance.wa.gov

이 플랜이 최소 필수 보장(Minimum Essential Coverage)을 제공합니까? 예

최소 필수 보장은 일반적으로 플랜, Marketplace를 통해 제공되는 건강 보험 또는 기타 마켓 보험증서, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, 기타 특정 보장을 포함합니다. 귀하에게 특정 유형의 최소 필수 보장에 대한 자격이 있는 경우, 보험료 세액 공제에 대한 자격이 없을 수도 있습니다.

이 플랜은 최소 가치 기준(Minimum Value Standards)을 충족합니까? 예

플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 귀하에게 보험료 세액 공제에 대한 자격이 있어 Marketplace를 통해 플랜 금액을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다.

언어 접근성 서비스:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griegie in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

샘플 의료 상황에 대해 플랜이 어떻게 비용을 보장하는지에 대한 예시를 다음 섹션에서 확인하십시오

보장 예시 안내 사항:



이 내용은 비용 견적이 아닙니다. 제시된 치료는 이 **플랜**의 의료 진료 보장 방식에 대한 예시에 불과합니다. 실제 비용은 귀하가 받는 실제 치료, **의료 서비스 제공자**가 부과하는 요금 등 다양한 요인에 따라 달라질 수 있습니다. **비용 분담** 금액(**공제금, 사용자 부담금, 공동 보험금**) 및 **플랜 제외 서비스**에 집중하십시오. 이 정보를 활용하여 다양한 건강 **플랜**에서 지불해야 하는 비용을 비교해 볼 수 있습니다. 보장 예시는 단독 보장 기준임을 참조해 주십시오.

임신 중인 Peg
(네트워크 해당 산전 진료 9개월 및 병원 분만)

- **플랜 종합 공제금** \$0
- **전문의 사용자 부담금** \$15
- **병원(설비) 사용자 부담금** \$100
- **기타(혈액 검사) 사용자 부담금** \$0

이 예시 사건에 포함된 서비스:
전문의 진료소 방문(출생전 관리)
 출산/분만 전문 서비스
 출산/분만 설비 서비스
진단 검사(초음파 및 혈액 검사)
전문의 방문(마취)

총 예시 비용	\$12,700
이 예시에서 Peg가 부담할 금액:	
비용 분담	
공제금	\$0
사용자 부담금	\$100
공동 보험금	\$0
비보장 내역	
한도 또는 예외 조항	\$60
Peg가 지불할 총액	\$160

Joe의 제2형 당뇨병 관리
(잘 관리되고 있는 질환에 대한 1년간의 네트워크 내 정기 진료)

- **플랜 종합 공제금** \$0
- **전문의 사용자 부담금** \$15
- **병원(설비) 사용자 부담금** \$100
- **기타(혈액 검사) 사용자 부담금** \$0

이 예시 사건에 포함된 서비스:
1차 진료 의사 진료소 방문(질병 교육 포함)
진단 검사(혈액 검사)
처방약
내구성 의료 장비(혈당 측정기)

총 예시 비용	\$5,600
이 예시에서 Joe가 부담할 금액:	
비용 분담	
공제금	\$0
사용자 부담금	\$300
공동 보험금	\$0
비보장 내역	
한도 또는 예외 조항	\$0
Joe가 지불할 총액	\$300

Mia의 단순 골절
(네트워크 응급실 방문 및 후속 진료)

- **플랜 종합 공제금** \$0
- **전문의 사용자 부담금** \$15
- **병원(설비) 사용자 부담금** \$100
- **기타(X-선) 사용자 부담금** \$0

이 예시 사건에 포함된 서비스:
응급실 치료(의료용품 포함)
진단 검사(X-선)
내구성 의료 장비(목발)
재활 서비스(물리 치료)

총 예시 비용	\$2,800
이 예시에서 Mia가 부담할 금액:	
비용 분담	
공제금	\$0
사용자 부담금	\$400
공동 보험금	\$0
비보장 내역	
한도 또는 예외 조항	\$0
Mia가 지불할 총액	\$400

플랜이 본 예시 보장 서비스의 기타 비용을 지불하게 됩니다.

차별 금지 고지

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) 는 적용되는 연방 및 주정부 평등권을 준수하며 인종, 피부색, 국적(제한적 영어 능력 포함), 연령, 장애, 성별(성적 특성, 인터섹스 특성, 임신 여부 또는 관련 상태, 성적 지향, 젠더 정체성, 성 고정관념)에 따라 차별하지 않습니다.

Kaiser Health Plan:

- 장애인이 당사와 효율적으로 소통할 수 있도록 다음과 같은 합리적인 편의와 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 유자격 수화 통역사
 - 대형 활자, 오디오, 점자, 접근 가능한 전자 형식 등 기타 형식의 서면 정보
- 영어가 모국어가 아닌 가입자에게 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, 가입자 서비스에 **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 번으로 문의하세요.

건강 보험이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 국적(제한적 영어 능력 포함), 연령, 장애, 성별, 젠더 정체성, 성적 지향에 따라 차별했다고 생각하는 경우 우편, 전화, 팩스로 평등권 코디네이터에게 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기에 도움이 필요한 경우, 평등권 코디네이터가 도와드립니다. 평등권 코디네이터 연락처:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
팩스: **1-855-347-7239**

또한 평등권 사무소 포털 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 을 통한 전자 방식이나 우편, 전화로 미국 보건복지부 평등권 사무소에 평등권 불만제기를 제출하셔도 됩니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
전화번호: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

불만 제기 양식: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

워싱턴주 가입자의 경우:

워싱턴주 보험감독국에 불만제기를 하셔도 됩니다. 보험감독국 불만제기 포털

(<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>)에서 전자 방식을 이용하거나 **1-800-562-6900** 또는 **360-586-0241**(TDD)번으로 전화하셔도 됩니다. 불만 제기 양식:

<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>

고지 확인처: <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000**(TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) تشبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711)

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است. با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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 2026년 1월 31일 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

Kaiser Permanente Northwest



신규 회원 서비스	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
회원 서비스	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
정신 건강 서비스	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
간호사 헬프라인	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
회원 언어 지원	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-language

치과

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

기타 혜택

EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
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.