



Sonja T.
看护人, Renton

2026-2027

健康保险 指南



了解您的选择及后续步骤。

如果您有疑问或需要申请方面的帮助，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。

සුවසහසර්විකාසේවාවකර්මසටහනකර්ම
කාර්යයන් සඳහා.

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/hc

看护人每天坚守岗位，悉心照顾他人，而您同样值得获得护理与支持。

我们的目标是让您能更便捷地获取优质、可负担的医疗保健服务，从而能够专注于自身健康、家人，以及您所从事的这份重要工作。

本指南将为您详细说明可选择的保险选项，以及具体的申请步骤。我们很荣幸能为您、以及您所提供的必要护理服务提供支持。

在了解完您的健康保险内容后，您可进一步查阅为看护人提供的其他专属福利。从培训机会、退休福利，到免费防滑鞋、通过 Carina 平台匹配工作岗位，这些福利均旨在为您提供全方位支持。访问 myseiu.be/bg，了解详细信息。



Merissa Clyde, CEO
SEIU 775 Benefits Group

申请保险的分步指南

1) 了解您的健康保险

- 了解您的保险选项，并查阅您的计划详情，以了解处方药、治疗及常见服务的自付费用。
- 查看第 5 页的资格详情，了解您是否符合资格。
- 选择保险选项和牙科计划。

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。访问 myseiu.be/cfk 了解详细信息并查找说明。

3) 创建健康保险福利账户

- 要了解如何创建账户，请访问：myseiu.be/hba。您的账户由 MagnaCare（您的健康福利管理方）管理。目前账户提供英文版本。如果您需要帮助或语言方面的支持，请致电 1-877-606-6705。

4) 提交申请

- 请在截止日期前访问 myseiu.be/magnacare 填写申请或通过邮寄提交申请。更多信息见第 5 页。
- 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。

您将在 1 天内通过电子邮件收到申请回执，并在 30 天内通过电子邮件收到承保决定。如果您没有收到，请拨打 1-877-606-6705。



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

健康保险选项

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)。

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。在第 6 页了解更多信息。

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。

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。

保险福利

免费初级护理问诊

无论您是进行健康体检还是因病就诊，到初级护理服务提供者处就医均无需付费。我们还提供虚拟护理选项，您可以在家中接受护理服务。

检测或其他服务可能需要付费。

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的一种方便选择。急救护理适用于病情严重或危及生命的情况。

处方

您可以购买多种处方药，包括可直邮到家的便捷邮购服务。

心理健康

您的保险中包括专业心理健康支持、用药管理、集体治疗、替代性护理，以及各类自我护理工具和计划的使用途径。

健康指导和计划

您能够获得个性化支持，以管理慢性疾病并改善您的整体健康状况。您的计划包含健康指导、护理团队的指导以及帮助您追踪进展的工具。

按摩和脊椎保健

物理疗法、按摩、脊椎按摩护理、针灸疗法以及在线健康计划均提供低价的选择。

视力

VSP 提供的视力保险涵盖常规眼科检查、框架眼镜或隐形眼镜补贴，以及覆盖广泛的眼科医生网络。

听力

通过 EPIC Hearing，您和您的子女可以通过网络内服务提供者获得听力测试及助听器支持服务。

家庭建设、生殖与中年护理

通过 Progyny，您可以获得人生各个阶段的福利，从生育、家庭建设到孕期、产后以及更年期。获得包括最新治疗、个性化支持以及现场或虚拟护理的保险。

请参阅计划详情，了解完整的福利列表。

它提供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。

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





Melissa E.
看护人, Seattle

牙科计划 选项

牙科福利包含在您的健康保险范围内。使用此表格比较各项计划，选择适合您的计划。

	 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 在华盛顿西部设有很多服务点，在 5 号洲际公路 (I-5 corridor) 沿线可以很容易找到一位 Willamette 牙医。
查找您附近的牙医	deltadentalwa.com/fad/search 选择 "Delta Dental PPO" 筛选搜索结果。	locations.willamettedental.com 在搜索栏输入您的邮政编码。
更多信息	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette

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。

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

您将在 1 天内通过电子邮件收到申请回执，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。

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。

他们与您参加同一计划，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. 填妥在线版或纸质版申请表中 **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 了解更多信息：

- 如何申请 Coverage for Kids（子女保险）。
- 您可以将谁添加到保险。
- 提交受抚养人验证文件。



尚未符合资格？您仍然可以在 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间申请。

当您每月工作时间超过 80 小时，请提交申请 * 以开通个人保险。当您每月工作时间超过 120 小时，Coverage for Kids（子女保险）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 申请一份申请表。

Sandra C.

看护人，Kennewick



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，您将会收到自付信和电子邮件，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。

CDWA 看护人：您的第一笔付款需要自行支付。

我的工作时间如何影响我的保险?

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)。如果在 15 日之前收到，则次月 1 日终止保险。如果在 15 日之后收到，则再隔一个月的 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。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。您必须提交一份新的 Waive Coverage Form (放弃保险表格)，才能保留您的放弃声明。如果您在过去 12 个月内曾享受过保险，则将自动重新注册，除非您提交新的放弃声明。

如果我的工作时间不够，该怎么办?

宽限期每年提供最多 2 个月的健康保险延期，如果您没有达到规定的工时，也能帮助您和您的受抚养人继续享有保障。请访问 myseiu.be/gm，了解更多信息。

如果您失去了保险，如需通过每月付款的方式续保，我们将为您提供 COBRA 的相关信息。如果您不再从事护理行业工作，请核查您是否符合华盛顿州 Apple Health 计划的参保资格，或访问 wahealthplanfinder.org。

获得更多工时,继续享受保险。

如果您需要更多工时来获得或继续享有保险，请尝试 Carina.org，这是一项免费的工作匹配福利，可以帮助您找到更多客户。



Patrick M.
看护人, Puyallup

获取支持

关于健康保险、资格、申请以及其他方面疑问

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。



了解常见保险术语

查看常见术语的定义，更好地理解您的保险。

myseiu.be/hc-terms

了解有关 Coverage for Kids (子女保险) 的更多信息

了解如何申请并填写您的申请表。

myseiu.be/cfk

访问您的健康保险福利账号

了解如何创建账户并在线申请保险。

myseiu.be/hba



Caregiver Kicks : 看护人的免费乐足鞋

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。符合资格的看护人每年可以免费获得一双鞋！

myseiu.be/kicks



2026-2027

健康保险

计划 详情



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 2026 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 创建的一份简明易懂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 Northwest 医疗计划的资格。

此计划有效期为 2026 年 8 月 1 日至 2027 年 7 月 31 日。

如需了解关于 SBC 的更多信息或其他与保险有关的问题，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

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
看护人, Seattle



计划重大修改 和删减摘要

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 2026 年 8 月 1 日的计划。

自 2026 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：

- VSP Vision Care 将成为您进行常规眼科检查、视力辅助装置及隐形眼镜服务的新选择。
- EPIC 助听器保障限额已全面取消。
- 您单次配药即可领取最长 12 个月用量的激素疗法药物或避孕药物。

本重大删减摘要 ("SMR") 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 2026 年 8 月 1 日的计划。

自 2026 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 应了解以下内容：

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 将不再通过 Headspace 提供服务。

如需进一步了解这些变更，请于周一至周五上午 8 点至下午 6 点联系客户服务，电话：
1-877-606-6705，电子邮箱：
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com。

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。

网络内承保范围	
自费最高限额	
单个会员	1250 美元
整个家庭	2500 美元
自付额	0 美元
寻医就诊	
常规预防体检	0 美元
初级护理	0 美元
特殊护理	15 美元
紧急照护	30 美元
检查	
预防性检查	0 美元
实验室	0 美元
X 光、成像、特殊诊断程序	0 美元
CT、MRI、PET 扫描	每次就诊 50 美元。某些服务可能需要事先授权。
药物（门诊病人）	
处方药（最多 30 天的供应量）	5 美元（非专利药）/25 美元（首选品牌药）/50 美元（非首选品牌药） 胰岛素：0 美元（非专利药）/0 美元（首选品牌药）/0 美元（非首选品牌药） 吸入器和 EPI Pen（肾上腺素注射器）：5 美元（非专利药）/25 美元（首选品牌药）
邮购处方药物（最多 90 天的供应量）	10 美元（非专利药）/50 美元（首选品牌药）/100 美元（非首选品牌药）
直接给与用药，包括注射（所有门诊环境）	0 美元
护士治疗室就诊并接受注射	0 美元
产妇护理	
拟定的产前护理和首次产后访视	0 美元
实验室	0 美元
X 光、成像、特殊诊断程序	0 美元
住院病人医院服务	每次住院 100 美元

不孕症	
治疗不孕不育的医疗和外科服务以及所有相关服务	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
医院服务	
救护服务（每次运送）	75 美元
急诊	200 美元（如果住院，则不收费）
住院病人医院服务	每次住院 100 美元
化学治疗 / 放射治疗就诊	15 美元
耐用医疗设备、外部假体装置和矫正装置	0% 共同保险
物理、言语及职业疗法 （每个日历年度内，每项疗法最多可接受 20 次治疗）	15 美元
专业护理设施服务	
住院病人专业护理服务（每个日历年度最多 100 天）	0 美元
化学品依赖服务	
门诊病人服务	0 美元
住院病人医院和住宿服务	每次住院 100 美元。
心理健康服务	
门诊病人服务（组团就诊 ½ 挂号费）	0 美元
住院病人医院和住宿服务	每次住院 100 美元
替代性护理	
针灸服务	0 美元挂号费，每年最多 20 次自我转诊
椎按摩服务	0 美元挂号费，每年最多 20 次自我转诊
按摩疗法	25 美元挂号费，每年最多 12 次自我转诊
自然疗法	0 美元挂号费，不限就诊次数
视力服务	
常规眼科检查、视力辅助装置和视光服务	通过一项单独的福利参保：VSP Vision Care。 访问 myseiu.be/vsp ，了解更多信息
听力服务	
听力硬件	通过一项单独的福利参保：EPIC Hearing。每 3 年为助听器费用提供补贴，无挂号费，且每侧耳朵的补贴额度无上限。 访问 myseiu.be/epic ，了解更多信息

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：

1 月 1 日至 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。

本计划由 Willamette Dental of Washington, Inc. 承保，提供广泛的承保服务。以下列表提供了您的计划所承保的一些最常见手术的相关信息。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。

本文件仅为摘要。如需查看您的新视力保险的更多信息，请致电 800-785-0699 联系 VSP Vision。

VSP Advantage 计划全面服务

挂号费 (检查 / 眼镜)	0 美元 / 0 美元
频率	
检查	每 12 个月
隐形眼镜	每 12 个月
镜框	每 12 个月
VSP 医疗机构网络提供的福利	
全面眼科检查	0 美元挂号费
隐形眼镜检查	0 美元
视网膜筛查	0 美元
基础眼科护理	医疗计划承保 需按适用的寻医就诊费用分摊比例支付
隐形眼镜	
单光镜片	承保
有线双光镜片	承保
有线三光镜片	承保
补贴 *	
零售镜框补贴	250 美元
精选镜框品牌补贴	270 美元
Costco 同款镜框	250 美元
可选隐形眼镜 代替镜片或镜框	600 美元
镜片升级服务自付费用	
聚碳酸酯 (PC) 镜片	承保
防反射膜	40 美元挂号费
防刮、防紫外线膜	承保
高折射率镜片	承保
变色镜片	承保
标准渐进多焦点镜片	承保
定制 / 高端渐进多焦点镜片	55 美元挂号费
所以其他优惠镜片升级服务	30%


非 VSP 医疗机构补贴

检查	45 美元
单光镜片	30 美元
双光镜片	50 美元
三光镜片	65 美元
透镜型镜片	100 美元
渐进多焦点镜片	50 美元
镜框	70 美元
可选隐形眼镜 代替镜片或镜框	105 美元

所有计划均由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供并承保

福利和承保范围摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 文件将帮助您选择健康计划。SBC会告知您，对于承保的医疗服务，您和保险计划分别需要承担的费用。请注意：参保本计划的费用（称为保费）信息将单独提供。本文件仅为摘要。如需关于承保范围的更多信息，或获取承保范围完整条款的副本，请访问 <https://kp.org/plandocuments>（英文）或拨打1-800-813-2000 (TTY: 711)。关于常见术语的一般定义，例如允许金额、差额账单、共保额、共付额、免赔额、医疗服务提供者，或其他带有下划线的术语，请见词汇表。您可访问 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 查看词汇表，或拨打1-800-813-2000 (TTY: 711) 索要副本。

重要问题	回答	重要之处：
总体免赔额是多少？	\$0	请参见下方“常规医疗活动”表，了解您需为本计划承保服务支付的费用。
在您达到免赔额之前，是否有任何服务可以受到承保？	不适用。	即使您还没有达到免赔额，本计划也会承保某些项目和服务。但可能产生共付额或共保额。例如，在您达到免赔额之前，本计划会承保特定的预防性服务，且不收取成本分担费用。如需查看承保的预防性服务清单，请访问 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
是否有其他免赔额适用于特定服务？	否。	没有特定服务设有单独的免赔额。
本计划的自付上限是多少？	个人：\$1,250/家庭：\$2,500	自付上限是指您在一年中为承保服务支付的最高总额。如果您有其他家人参保本计划，他们需要达到自己个人的自付上限，直至达到家庭总自付上限。
自付上限不包含哪些费用？	保费、本计划不承保的医疗服务费用，以及从第2页开始的表格中标明的服务费用。	即使您支付此类费用，这些费用也不会计入自付上限。
使用网络医疗服务提供者的费用是否更低？	是。如需获取参与计划的医疗服务提供者清单，请访问 www.kp.org （英文）或拨打1-800-813-2000 (TTY: 711)。	本计划使用医疗服务提供者网络。如果您前往本计划网络内的医疗服务提供者处接受服务，您需要承担的费用会更低。使用网络外医疗服务提供者的费用相比而言将最高，并且您可能收到该医疗服务提供者开具的账单，要求您支付其所收取费用与计划承保费用之间的差额（称为差额账单）。请知悉，您的网络医疗服务提供者可能必须使用网络外医疗服务提供者的某些服务（例如化验）。在接受服务之前，请先与您的医疗服务提供者确认这点。
到专科医生处就诊是否需要转介？	需要，但是您可以自行转介至特定专科医生处。	若您到专科医生处接受承保服务，本计划将支付部分或全部费用，但前提是您在该专科医生处就诊之前已获得转介。

 本表列出的所有[共付额](#)和[共保额](#)，均将在您达到[免赔额](#)（若有）后适用。

常规医疗活动	您可能需要的服务	您需向参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最低费用)	您需向未参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最高费用)	限制条款、例外情形和其他重要信息
如果您到 医疗服务提供者 的办公室或诊所就诊	治疗伤势或疾病的基本保健就诊	免费	不予承保	无
	专科医生 看诊	每次就诊\$15	不予承保	无
	预防性护理/筛查 /免疫接种	免费	不予承保	您可能需要为非 预防性 服务付费。请询问您的 医疗服务提供者 ，以确认所需服务是否均为 预防性服务 。然后确认您的 计划 会承担的费用。
如果您接受检查	诊断性检查 (X光检查、血液检查)	X光检查：免费。化验：免费	不予承保	无
	成像检查 (计算机断层扫描 [Computed Tomography, CT]/正电子发射断层扫描 [Positron Emission Tomography, PET]、磁共振成像 [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	每次就诊\$50	不予承保	部分服务需要事先授权。
如果您需要治疗疾病或病症的药物 如需有关 处方药承保 的更多信息，请访问 www.kp.org/formulary (英文)。	仿制药	每份 处方 ：\$5 (零售)；\$10 (邮购)。	不予承保	零售：最多30天用量；邮购：最多90天用量。以《 承付药物手册 》上的规定为准。
	首选品牌药	每份 处方 ：\$25 (零售)；\$50 (邮购)。	不予承保	零售：最多30天用量；邮购：最多90天用量。以《 承付药物手册 》上的规定为准。
	非首选品牌药	每份 处方 ：\$50 (零售)；\$100 (邮购)。	不予承保	零售：最多30天用量；邮购：最多90天用量。以《 承付药物手册 》上的规定为准，且需经例外情形审批流程核准。
	专科药物	每份处方 ：\$50 (零售)	不予承保	最多30天用量 (零售)。以《 承付药物手册 》上的规定为准，且需经例外情形审批流程核准。

常规医疗活动	您可能需要的服务	您需向参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最低费用)	您需向未参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最高费用)	限制条款、例外情形和其他重要信息
如果您需要接受门诊手术	设施费用 (例如门诊手术中心)	每次就诊\$50	不予承保	需要事先授权。
	医生/外科医生费用	免费	不予承保	医生/外科医生费用已包含在设施费用中。
如果您需要即刻就医	急诊室护理	每次就诊\$200	每次就诊\$200	如果直接以住院患者的身份入院, 则免除 共付额 。
	紧急医疗运输服务	单程\$75	单程\$75	无
	急症护理	每次就诊\$30	不予承保	若临时在服务区域外, 可承保在未参与计划的服务提供者处就诊。每次就诊\$30
如果您住院	设施费用 (例如病房)	每次入院\$100	不予承保	需要事先授权。
	医生/外科医生费用	免费	不予承保	医生/外科医生费用已包含在设施费用中。
如果您需要精神健康、行为健康或物质滥用服务	门诊服务	免费	不予承保	无
	住院服务	每次入院\$100	不予承保	需要事先授权。
如果您怀孕	诊所就诊	免费	不予承保	视服务类型而定, 可能产生 共付额 、 共保额 或 免赔额 。产科护理可能包含SBC文件其他部分所述的检查和服务 (例如超声检查)。
	生产/分娩专业服务	免费	不予承保	专业服务费用已包含在设施费用中。
	生产/分娩设施服务	每次入院\$100	不予承保	无

常规医疗活动	您可能需要的服务	您需向参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最低费用)	您需向未参与计划的医疗服务提供者支付的费用 (您所需承担的最高费用)	限制条款、例外情形和其他重要信息
如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求	居家医疗保健服务	免费	不予承保	每年限130次服务。需要事先授权。
	康复服务	门诊：每次就诊\$15； 住院：每次入院\$100。	不予承保	门诊：每年限20次就诊。需要事先授权。 住院：需要事先授权。
	适应训练服务	每次就诊\$15	不予承保	每年限20次就诊。需要事先授权。
	专业护理服务	免费	不予承保	每年限100天。需要事先授权。
	耐用医疗器材	免费	不予承保	以《 承付药物手册 》上的规定为准。 需要事先授权。
	临终关怀服务	免费	不予承保	需要事先授权。
如果您的子女需要牙科或眼科护理	儿童眼科检查	屈光检查为免费	不予承保	无
	儿童配镜服务	不予承保	不予承保	无
	儿童牙科检查	不予承保	不予承保	无

除外服务及其他承保服务：

您的 计划 通常不予承保的服务（请查阅您的保单或 计划 文件，获取更多信息及任何其他 除外服务 清单。）		
<ul style="list-style-type: none"> 不孕症治疗 长期护理 儿童配镜服务 	<ul style="list-style-type: none"> 减重计划 例行足部护理 美国境外旅行期间的非紧急护理服务 	<ul style="list-style-type: none"> 私人护理 牙科护理（成人及儿童） 整容手术服务

其他承保服务（这些服务可能设有限制条款。此处并未完整罗列，请查阅您的 计划 文件。）		
<ul style="list-style-type: none"> 脊柱神经护理（每年限20次就诊） 减重手术 	<ul style="list-style-type: none"> 例行眼科护理（成人） 针灸服务（每年限20次就诊） 	<ul style="list-style-type: none"> 助听器（每只耳朵每36个月限1只助听器）

您所享有的持续承保权利：如果您希望在保险失效后继续获得承保，可从特定机构获得帮助。这些机构的联系信息详见下表。可能还有其他保险方案可供您选择，包括通过[健康保险市场](#)购买个人保险。如需了解有关[市场](#)的更多信息，请访问www.HealthCare.gov或拨打1-800-318-2596。

您所享有的申诉与上诉权利：如果您希望对[计划](#)拒付[索赔的决定](#)提出投诉，可从特定机构获得帮助。此类投诉称为“[申诉](#)”或“[上诉](#)”。如需了解有关您所享有权利的更多信息，请参阅您将收到的医疗[索赔](#)福利说明。您的[计划](#)文件也会完整说明如何以任何原因向您的[计划](#)提出[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)。如需了解有关您所享有的权利、本通知的更多信息，或者需要相关援助，请联系下表中的机构。

用于咨询持续承保权利及申诉与上诉权利的联系信息:

Kaiser Permanente会员服务部	1-800-813-2000 (TTY: 711) 或 www.kp.org/memberservices (英文)
劳工部雇员福利保障管理局	1-866-444-EBSA (3272) 或 www.dol.gov/ebsa/healthreform
美国卫生与公众服务部, 消费者信息与保险监督中心	1-877-267-2323 x61565或 www.cciio.cms.gov
俄勒冈州保险局	1-888-877-4894或 https://dfr.oregon.gov/
华盛顿州保险局	1-800-562-6900或 www.insurance.wa.gov

本计划是否提供最低基本承保? 是

最低基本承保通常包括通过健康保险市场或其他个人市场保单购买的计划、健康保险, 以及 Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保险。如果您有资格获得特定类型的最低基本承保, 则您可能没有资格获得保费税收抵免。

本计划是否满足最低价值标准? 是

如果您的计划不满足最低价值标准, 您可能没有资格获得保费税收抵免, 以帮助您通过健康保险市场购买计划。

语言协助服务:

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 griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo 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 allis 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)

如需查看本计划可能如何承保医疗费用的情景示例, 请参阅下一部分

承保示例说明:



这并非费用估算工具。所列治疗方案仅为示例，用于说明本**计划**可能如何承保医疗护理服务。您的实际费用将根据您实际获得的护理、**医疗服务提供者**收取的费用，以及其他多种因素而定。请重点关注**计划**的**成本分担**金额（**免赔额**、**共付额**和**共保额**）及**除外服务**。请将此信息与您在其他健康**计划**下可能需要支付的费用比例进行对比。请注意，以下承保费用示例均按个人承保计算得出。

Peg即将生宝宝

(9个月的网络内产前护理及一次住院分娩服务)

■ 本计划的总体免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他（血液检查）共付额	\$0

本示例事件包括以下服务:

专科医生 诊所就诊（产前护理）
生产/分娩专业服务
生产/分娩设施服务
诊断性检查（超声检查和血液检查）
专科医生 诊疗（麻醉）

示例总费用	\$12,700
在本示例中，Peg将支付以下费用：	
成本分担费用	
免赔额	\$0
共付额	\$100
共保额	\$0
未承保部分	
限制条款或除外服务	\$60
Peg将支付的总金额为	\$160

Joe管理II型糖尿病

(一年例行网络内护理，针对病情控制良好的病症)

■ 本计划的总体免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他（血液检查）共付额	\$0

本示例事件包括以下服务:

基本保健医生 诊所就诊（包括疾病教育）
诊断性检查（血液检查）
处方药
耐用医疗器械（血糖检测仪）

示例总费用	\$5,600
在本示例中，Joe将支付以下费用：	
成本分担费用	
免赔额	\$0
共付额	\$300
共保额	\$0
未承保部分	
限制条款或除外服务	\$0
Joe将支付的总金额为	\$300

Mia轻微骨折

(网络内急诊室就诊及后续护理)

■ 本计划的总体免赔额	\$0
■ 专科医生共付额	\$15
■ 医院（设施）共付额	\$100
■ 其他（X光检查）共付额	\$0

本示例事件包括以下服务:

急诊室护理（包括医疗用品）
诊断性检查（X光检查）
耐用医疗器械（拐杖）
康复服务（物理治疗）

示例总费用	\$2,800
在本示例中，Mia将支付以下费用：	
成本分担费用	
免赔额	\$0
共付额	\$400
共保额	\$0
未承保部分	
限制条款或除外服务	\$0
Mia将支付的总金额为	\$400

本**计划**将承担上述示例承保服务的其余费用。

反歧视声明

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) 遵守相关的联邦和州民权法律，不因人种、肤色、原始国籍（包括英语能力有限的情形）、年龄、残障状况或性别（包括性别特征、间性者特征；怀孕或相关状况；性取向；性别认同及性别刻板印象）而歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Health Plan :

- 为残障人士提供合理调整以及免费的适当辅助器具和服务，以便其与我们进行有效沟通，例如：
 - 合资格手语翻译员
 - 其他格式的书面信息，例如大字体版本、音频、盲文以及无障碍电子格式
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 合资格口译员
 - 其他语言版本的信息

如果您需要这些服务，请拨打**1-800-813-2000** (TTY: **711**) 联系会员服务部 (Member Services)。

如果您认为Kaiser Health Plan未能提供这些服务，或基于人种、肤色、原始国籍、年龄、残障状况、性别、性别认同或性取向以其他方式实施了歧视，您可以通过邮件、电话或传真向我们的民权协调员(Civil Rights Coordinator)提出申诉。如果您在提交申诉方面需要帮助，我们的民权协调员竭诚为您提供协助。民权协调员的联系信息如下：

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

您还可以通过民权办公室(Office of Civil Rights)投诉门户网站，在线上向美国卫生与公众服务部(U.S. Department of Health and Human Services)民权办公室提出民权投诉，网址为<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，也可通过邮件或电话提出投诉：

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

投诉表请见www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

华盛顿州会员请注意：

您也可以向华盛顿州保险专员办公室提出投诉，方式如下：通过保险专员办公室的投诉门户网站在线提交，网址为

<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>；通过拨打以下电话号码提交：**1-800-562-6900**，
或**360-586-0241** (TDD)。投诉表请见**<https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>**。

本声明内容请见**<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 Sprachassistentz 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](#).



关于特殊参保权利的 HIPPA 通知

如果您因其他健康保险或团体健康计划保险而拒绝为自己或受抚养人（包括配偶）参保，并且您或您的受抚养人失去了其他保险的参保资格（或雇主停止为您或您的受抚养人的其他保险供款），您可以为自己和受抚养人参保本计划。但是，您必须在您自己或受抚养人的其他保险终止（或雇主停止为其他保险供款）后 30 天内申请参保。

此外，如果您因结婚、生育、收养或收养安置而有了新的受抚养人，您可以为自己和受抚养人参保。但是，您必须在结婚、生育、收养或收养安置后 30 天内申请参保。

如果您自己或受抚养人有资格享受 Medicaid 医疗补助方案或州儿童健康保险计划就本计划下的承保服务提供的州保险费援助补贴，或者您自己或受抚养人由于不再符合相应资格而失去了 Medicaid 医疗补助方案或儿童健康保险计划的保险，您可以为自己和受抚养人参保本计划。但是，您必须在您自己或受抚养人被确定有资格获得此类援助后 60 天内申请参保。

如需申请特殊参保或希望获取更多信息，请联系信托管理方：

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

关于追溯的重要说明

请注意，如果您可以选择 COBRA 续保（回溯至您的 COBRA 资格事件发生之日），或选择基于出生或收养的新受抚养人的特别参保（回溯至出生或收养之日），则您必须支付所有月份所需的保费，然后才能获得追溯保险。追溯保险必须从首次获得追溯资格之时起续保。您可以在暂停期内提交相关服务的索赔，但这些索赔将被暂停，直至您支付必要的保险费。

如果您对本信息的适用范围有任何疑问，请致电 (877) 606-6705 联系 SEIU 775 客户服务。

877-606-6705
seiu775benefitsgroup.org
PO Box 24811
Seattle, WA 98124

Medicaid 医疗补助方案和 儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保险费援助

如果您或您的子女符合 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP 的条件，并且您有资格从雇主处参保健康保险，您所在的州可能会有保险费援助计划，可以使用其 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP 方案的资金帮助支付保险费。如果您或您的子女不符合 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP 的条件，您将没有资格享受此类保险费援助计划，但您可以通过健康保险市场购买个人保险。欲了解更多信息，请访问 www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已加入 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP，且您居住在下列任一州，请联系您所在州的 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP 办事处，了解其是否提供保险费援助。

如果您或您的受抚养人目前未加入 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP，但您认为您或您的任何受抚养人可能有资格加入这两项计划，请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办事处，拨打 **1-877-KIDS NOW** 或访问 www.insurekidsnow.gov 了解如何申请。如果您符合条件，请询问您所在的州是否有可以帮助您支付雇主资助计划的保险费。

如果您或您的受抚养人符合 Medicaid 医疗补助方案或 CHIP 的保险费援助资格，同时也符合雇主计划的资格，那么如果您尚未加入，您的雇主必须允许您加入雇主计划。这就是所谓的“特殊参保”机会，**您必须在被确定为有资格获得保险费援助后的 60 天内申请参保**。如果您对加入雇主计划有任何疑问，请访问 www.askebsa.dol.gov 或致电 **1-866-444-EBSA (3272)** 联系美国劳工部。

如果您居住在以下任意一州，您就有资格获得支付雇主健康计划保险费的补助。以下各州名单截至 2026 年 1 月 31 日。欲获取有关资格的更多信息，请联系您所在的州：

蒙大拿州 - Medicaid 医疗补助方案	俄勒冈州 - Medicaid 医疗补助方案与 CHIP
网站： http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 电话：1-800-694-3084 电子邮箱： HHSIHIPPProgram@mt.gov	网站： http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 电话：1-800-699-9075
华盛顿州 - Medicaid 医疗补助方案	
网站： https://www.hca.wa.gov/ 电话：1-800-562-3022	

如需了解自 2026 年 1 月 31 日以来是否有其他州增加了保险费援助计划，或了解有关特殊参保权利的更多信息，请联系以下任一部门：

美国劳工部
雇员福利保障管理局
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

美国卫生与公众服务部
Medicare 和 Medicaid 医疗补助方案服务中心
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323，语音菜单请按 4，转分机号 61565

Paperwork Reduction Act (《减少文书工作法案》) 声明

根据 1995 年的 Paperwork Reduction Act (《减少文书工作法案》) (Pub. L. 104-13) (PRA), 除非信息收集显示了有效的行政管理和预算局 (OMB) 控制号码, 否则任何人都无需对该等信息收集做出回应。该部门指出, 联邦机构不得开展或赞助信息收集活动, 除非该活动根据 PRA 得到 OMB 的批准, 并显示当前有效的 OMB 控制号码; 公众也无须对信息收集活动作出回应, 除非该活动显示当前有效的 OMB 控制号码。请参阅 U.S.C. (《美国法典》) 第 44 编第 3507 部分。此外, 尽管有任何其他法律规定, 如果信息收集没有显示当前有效的 OMB 控制号码, 任何人不得因未满足信息收集要求而受到处罚。请参阅 U.S.C. (《美国法典》) 第 44 编第 3512 部分。

据估计, 此次信息收集给公众带来的报告负担为平均约占用每位受访者 7 分钟。欢迎有关各方就负担估算或本次信息收集的任何其他方面提出意见, 也欢迎就减负问题给出建议。来信请寄至: 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; 电子邮箱: ebbsa.opr@dol.gov; 参考 OMB 控制号码: 1210-0137。

OMB 控制号码: 1210-0137 (有效期至 2026 年 3 月 31 日)

计划资源

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

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 Northwest



新会员服务 1-888-491-1124 myseiu.be/kp-new-member

会员服务 1-800-813-2000 myseiu.be/kp-member

心理健康服务 1-800-813-2000 myseiu.be/kpnw-bh

护士帮助热线 1-800-324-8010 myseiu.be/kp-nurse

会员语言帮助 1-800-813-2000 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 1-833-233-0517 myseiu.be/progyny

VSP Vision Care 1-800-785-0699 myseiu.be/vsp

获得语言支持

请致电 1-877-606-6705 联系客服，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。