



**Kandie L.
간병인, Kent**

2021 Open Enrollment (건강 보험을 위한 연례 등록)

기관 제공자의 경우 7월 1~20일

이 패킷에는 다음에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

- ✓ 이미 건강 보험에 가입된 간병인.
- ✓ 자격이 있고 보장을 신청할 수 있는 간병인.

Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 중에 다음이 가능합니다.

- ✓ 건강 보험을 신청할 수 있습니다(아직 가입하지 않은 경우).
- ✓ 치과 플랜을 선택적으로 변경할 수 있습니다(가입한 경우).
- ✓ 건강 혜택을 최대한 활용하는 방법에 대해 확인할 수 있습니다.

Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)를 작성하셔서 7월 20일까지 온라인 또는 우편으로 제출해 주십시오.

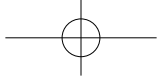
신규 등록자는 8월 1일부터 보장을 받게 됩니다. 현재 가입되어 있는 경우, 아무 것도 작성하지 않으시면 현재 보유하고 계신 것과 동일한 보장을 계속 받으실 것입니다.

아직 건강 보험이 없어서 신청하고 싶으신 경우:

- ✓ Health Benefits Application(건강 혜택 신청서) 작성해서 제출하십시오.
- ✓ 매월 \$25를 지불하십시오.
- ✓ 자격을 유지할 수 있도록 계속해서 매월 80시간 근무하십시오.*
- ✓ Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 건강 보험 혜택을 누리십시오!

*자격 기준에 대한 자세한 내용은 myseiu.be/oe2021의 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 웹 페이지를 참조하십시오.

6월 15, 2021 2:42 오후



귀하의 언어로 제공되는 정보 및 지침



Gói này cũng được cung cấp bằng ngôn ngữ của bạn tại địa chỉ **myseiu.be/oe2021-vi**. Nếu bạn có câu hỏi, hãy gọi theo số **1-877-606-6705**, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ Thái Bình Dương, Thứ Hai tới Thứ Sáu.

此套文档可提供您的语言版本，网址：**myseiu.be/oe2021-zh**。如有任何疑问，请致电 **1-877-606-6705** 太平洋时间周一至周五早上 8 点至下午 6 点。

이 패킷은 **myseiu.be/oe2021-ko** 에서 귀하의 모국어로 제공됩니다. 궁금한 사항은 태평양 표준시 기준으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-877-606-6705** 로 전화하십시오.

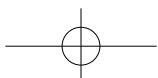
Este paquete está disponible en su idioma en **myseiu.be/oe2021-es**. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-877-606-6705**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Пакет доступен на вашем языке на сайте: **myseiu.be/oe2021-ru**. Для получения дополнительной информации звоните по телефону **1-877-606-6705** с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00 часов (по Тихоокеанскому времени).

هذه الحزمة متوفرة بلغتك على **myseiu.be/oe2021-ar**. إذا كانت لديك أسئلة، اتصل على الرقم **1-877-606-6705** من الساعة 8 صباحا حتى 6 مساء بتوقيت المحيط الهادئ، من الإثنين إلى الجمعة.

ይህ ፓኬት በእርስዎ ቋንቋ **myseiu.be/oe2021-am** ሊገኝ ይችላል። ጥያቄዎች ካልዎት ወደ **1-877-606-6705**፣ ከ 8 a.m. እስከ 6 p.m. በፓሲፊክ ሰዓት አቆጣጠር ከሰኞ እስከ ዓርብ መደወል ይችላሉ።

Xirmadan iyada oo luuqadaada ah waxaa laga heli karaa bogga intarnetka ee **myseiu.be/oe2021-so**. Haddii aad wax su'aalo ah qabto, wac **1-877-606-6705**, 8 a.m. ilaa iyo 6 p.m. Pacific time, Isniin-Jimce.



목차

귀하의 패킷에는
귀하의 건강 플랜, 의료 및 치과
플랜 요약 및 일반적인 건강 보험 약관에
대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한,
가입되어 있지 않은 경우 가입에 필요한
양식을 받거나 이미 가입된 경우 플랜을
선택적으로 변경할 수 있습니다.

내 플랜

온라인으로 변경 또는 가입..... 4-5페이지

개요

건강 보험 요약서..... 6-7페이지

의료

의료 보험 요약서..... 8-9페이지

치과

치과 보험 요약서..... 10-13페이지

일반적인 보험 용어..... 14페이지

등록 또는 변경 방법

온라인

*My Plan*을 사용하여 온라인 양식을 작성할 수
있습니다. myseiu.be/oe-myplan을 방문해서
자세히 알아보십시오.

우편 또는 팩스

Health Benefits Application(건강
혜택 신청서)에 기재된 주소로 신청서를
보내십시오. 미국 소인이 필요합니다. 또는
516-723-7395로 팩스를 보내십시오.

질문이 있는 경우에는 SEIU 775 Benefits Group 고객센터로 연락하십시오. | 1-877-606-6705 | 월요일~금요일, 오전
8시~오후 6시 | myseiubenefits.org

My Plan에서 등록 또는 변경!

My Plan의 로그인 작성

myseiu.be/oe-myplan으로 이동해서 다음 단계에 따라 새 사용자로 등록하십시오.

1 단계: Register as a New User(새 사용자로 등록)를 선택합니다.

Username / Email Address

Password

SIGN IN **REGISTER AS A NEW USER**

5 단계: 사용자 이름, 비밀번호 및 보안 질문을 작성합니다.

Username or Email Address: Confirm Username or Email Address:

Password (at least 8 characters): Confirm Password:

Secret Question: Answer:

NEXT **CANCEL**

2 단계: 회원 ID 번호 또는 사회 보장 번호(SSN)를 입력합니다.

Member ID on your health card or SSN

NEXT **CANCEL**

3 단계: 우편 번호와 생년월일을 입력합니다.

Member ID or SSN: Name:

Zip Code: Date of Birth:

NEXT **CANCEL**

4 단계: 이용 약관을 검토하고 동의합니다.

Please read and accept Terms & Conditions

CONTACT INFORMATION

☒ I accept Terms & Conditions ☐ I do not accept Terms & Conditions

NEXT **CANCEL**

6 단계: 연락처 정보를 입력하고 연락 방법을 저장합니다.

* 최소한 하나의 전화 번호와 이메일 주소가 필요합니다.

Home Phone Mobile Phone Work Phone Extension

Preferred Phone Number for Communication: ☐ HOME ☐ MOBILE ☐ WORK

Personal Email Address Work Email Address

Preferred Email for Communication: ☐ PERSONAL ☐ WORK

Preferred Method of Communication: -Select- English

SAVE COMMUNICATION **CONTINUE LATER**

7 단계: 저장을 확인합니다.

create technology SEIU 775 Benefits Group

☒ YOU MAY RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS FROM US

SAVE ACKNOWLEDGEMENTS **CONTINUE LATER**

질문이 있습니까? 태평양 기준으로 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-877-606-6705**로 전화하거나 **SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**으로 이메일을 보내십시오.

보장 등록

1 단계: 로그인하여 건강 보험 정보를 검토하거나 보장에 등록하십시오.

등록할 자격이 있는 경우, **Start Enrollment(등록 시작)**를 클릭할 수 있는 옵션이 있습니다.



2 단계: My Plan을 통해 등록을 진행하십시오.

- Home Employer(홈 고용주)를 선택합니다. 월급에서 \$25의 공동 보험료를 공제하게 될 고용주입니다. 귀하의 홈 고용주는 귀하의 월간 근무 시간에 따라 향후 2차 고용주로 재배정될 수 있습니다.
- 각 혜택에 대해 기관 제공자(AP)와 개별 제공자(IP) 모두에 대한 자격 정보가 표시됩니다.

3 단계: 다음과 같은 기본 설정을 편집하십시오.

- 연락 받고 싶으신 방법 - 이메일, 전화 또는 우편.
- 선호하는 언어.

4 단계: 건강 보장에 등록하십시오.

- 의료 플랜 – 거주지에 따라 플랜이 선택됩니다.
- 치과 플랜 – 플랜을 비교하고 사용 가능한 치과 플랜 옵션 중에서 선택하십시오.
- Caregiver Kicks, EPIC Hearing 및 Ginger와 같이 이용 가능한 기타 건강 리소스.

5 단계: 선택 사항을 검토하십시오.

6 단계: 마우스 또는 터치 스크린을 사용하여 이름에 서명하여 등록을 완료하십시오.

확인 화면이 표시되고 확인 이메일과 편지가 전송됩니다.

플랜 검토 및 변경

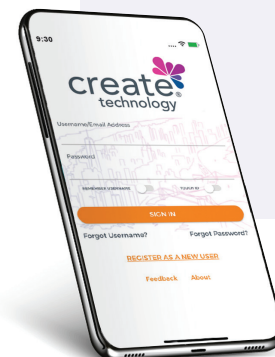
1 단계: My Plan에 로그인해서 보장 혜택을 보거나 변경하십시오.

2 단계: 왼쪽 상단에 있는 메뉴 아이콘을 사용해서 다음 작업을 실행하십시오.

- 보장 요약서를 찾습니다.
- 자격 및 혜택 정보를 확인합니다.
- 치과 보험을 변경합니다.
- 근무 시간을 확인합니다.
- 자기 지불 등을 실행하십시오!

My Plan을 간편하게 사용하려면 스마트폰에 MyCreateHealth 모바일 앱을 다운로드하십시오.

MyCreateHealth 모바일 앱은 iPhone의 App Store 또는 Android 휴대폰의 Google Play Store에서 구할 수 있습니다.



건강 보험 요약서

매월 \$25로 고품질의 건강 및 치과
보장을 받으십시오.

귀하의 보장에는 다음과 같은 혜택이 포함됩니다.

- 무료 진찰
- 의료
- 치과교정학
- 치과
- 시력
- 청각
- 불임
- 처방약
- 정서적 지원

보장범위의 최대 활용

원하는 의사를 찾으세요.

귀하께 제공되는 의료 혜택. 본인 부담금 없이 진료를 받을 수 있는 주치의를 선택하여 신뢰하는 의사와 관계를 구축하십시오. 질병에 걸리거나 전문의에게 의뢰해야 하는 경우 이 의사의 진찰을 받을 수 있습니다.

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 웹 사이트를 통해 주치의를 선택할 수 있습니다. 주치의를 빠르고 간편하게 선택할 수 있습니다. 계정을 작성하거나 의사를 찾을 때 도움이 필요하시면 myseiu.be/oe-doctor를 방문하십시오.

Healthcare Anywhere

건강 보험을 이용하면 직접 방문뿐만 아니라 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 통해 어디서나 편리한 무료 또는 저렴한 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 고품질의 맞춤형 치료, 안전하고 편리한 방문 및 다양한 기술 옵션을 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 myseiu.be/ha-2021을 참조하십시오.

귀하만을 위한 더 많은 혜택

자기 관리의 중요성: 정서적 건강 혜택

정서적 건강은 육체적 건강만큼 중요합니다. 보장 범위에는 심리 치료, 약물 치료, 그룹 치료, 보완 및 대체 의학뿐만 아니라 다음이 포함됩니다.

- Ginger 앱을 사용하면 무료, 보안 문자 메시지를 통해 조언과 지원을 제공할 수 있는 전문가 코치와 간편하게 연결할 수 있습니다. myseiu.be/oe-ginger에서 자세한 내용을 알아보십시오.

- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 정신 건강 서비스에 **1-855-632-8280**으로 전화하거나 myseiu.be/kpnw-bh를 방문하십시오.

- Resource Finder*로 개인 생활에 도움을 받으십시오. Resource Finder를 통해 정서적 건강 리소스, 보육, 법률 지원 등을 액세스할 수 있습니다. myseiu.be/oe-resource를 방문해서 자세히 알아보십시오.

Caregiver
KICKS™



매년 무료로 제공되는 미끄럼 방지 신발인 Caregiver Kicks를 받으십시오. 이 신발은 편안하고, 직장에서 안전을 지켜주고, 멋진 스타일입니다. Reebok(리복) 및 Skechers(스케처스)와 같은 유명 브랜드에서 70개 이상의 스타일로 제공됩니다. myseiu.be/oe-kicks에서 Caregiver Kicks를 받으십시오.

*2021년 8월 1일부터 Health Advocate를 통한 직원 지원 프로그램(EAP)은 더 이상 간병인에게 제공되지 않습니다.

John R.
간병인, Seattle



현명한 처방전 관리

모든 선택 사항과 비용을 이해하여
처방전 혜택을 최대한 활용하십시오.

30일 분량에 대한 Rx 공동 부담금(네트워크 내)	약국에서	우편 주문
제네릭 피임약*	\$0	\$0
선호 제네릭	\$5	최대 90일 분량에 \$10
선호 브랜드	\$25	최대 90일 분량에 \$50
비선호	\$50	최대 90일 분량에 \$100

*종교 기반 조직에서 근무하는 경우, 건강 플랜은 건강보험개혁법(ACA)의 종교적 면제 조항에 따라 피임 보장을 제외합니다. 그러나, 건강 플랜에 가입되어 있는 한 Sav-Rx에서 무료로 (추가 조치 없이) 이러한 보장을 받게 됩니다.

신규!

주치의(1차 진료 제공자라고도 함)
방문은 귀하의 보장에서 무료로
제공됩니다.

응급실 사용에 대한 대안

응급실 \$200 공동 부담금	긴급 치료 \$30 공동 부담금	주치의/온라인 방문 무료
---------------------	----------------------	------------------

긴급 치료를 통해 \$170를 절약하십시오.

즉각적인 치료가 필요한 경우, 가까운 긴급 치료 센터를 찾거나 의사와 당일 예약을 하십시오. 최대 \$170까지 절약할 수 있습니다.

즉각적인 치료는 응급 치료와 다릅니다.

심장 마비나 뇌졸중과 같이 생명을 위협하는 상태는 응급실로 가야 합니다. 발목 염좌와 같은 경미한 신체적 부상이 있는 경우 긴급 치료 센터를 방문하십시오.

의료 보험 혜택 요약



Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 요약서
발효일: 2021년 8월 1일

다음은 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. 2010년 환자 보호 및 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act)에 따라 다음 사항이 적용됩니다.

- 보장되는 필수 건강 혜택의 달러 가치에 대한 평생 최대 혜택은 더 이상 적용되지 않습니다. 이 플랜에서 평생 한도에 도달하여 보장이 종료된 회원은 이 플랜에 등록할 수 있습니다.
- 대행사 제공자 전용: 26세 미만의 부양 자녀는 이 플랜에 가입할 수 있습니다. 귀하는 부양 가족의 보험료 전액을 지불 할 책임이 있습니다. 프리미엄 요율은 고용주에게 문의하십시오.

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/\$20 선호 브랜드/\$50 비선호 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	\$5
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	적용 가능한 외래 환자 서비스 비용 부담에 따라 보장되며, 평생 최대 \$30,000로 제한됩니다. 생식세포자궁관내이식(GIFT) 및 접합체 난관내 이식(ZIFT)을 비롯한 인공 수정, 시험관 수정 및 보조 생식을 포함합니다. 불임 약물: 50% 공동 보험 계획에 적용되며, 평생 최대 혜택 \$5,000로 제한됩니다.

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 혜택 요약서, 계속

서비스 계속	
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	20% 공동 보험
신체, 언어 및 직업 요법 (연간 치료 당 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	
대체 치료(자체 추천)	최대 12회까지 척추 지압사 방문당 \$15, 추가 방문에는 사전 승인 필요
시력 서비스	
정기 안과 검사(19세 1개월차까지)	\$0
시력 하드웨어 및 광학 서비스(19세 1개월차까지)	안경 렌즈 또는 안경테 또는 콘택트 렌즈는 12개월마다 무료입니다.
정기 안과 검사(19세 이상)	\$0
시력 하드웨어 및 광학 서비스(19세 이상)*	연간 1회까지 안경이나 콘택트 렌즈에 대해 최대 \$300의 초기 수당.
청력 서비스	
청력 하드웨어	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 공동 부담금이 없으며, 각 귀에 대해 3년마다 최대 \$1,200의 보청기 보조금이 제공됩니다. myseiu.be/hearing 에서 자세한 내용을 알아보십시오.

*보장 서비스에 대해 지불하는 금액은 본인 부담 최대 금액에 포함되지 않습니다.

추가 특징

추가 비용 없이 언제 어디서나 온라인 액세스: kp.org	예약	17개 치과 진료소	피트니스 클럽 할인
의료 기록 접근	건강 위험 평가 –	The Portland Clinic(7개 소재지)	비타민 및 보조제
처방약 리필	회원을 위한 개인 온라인 도구	24시간 상담 간호사	대체 및 지압요법 치료
의사에게 이메일 문의	시설 및 서비스 : kp.org/facilities	건강 관리 서비스	
검사 결과 확인	37개 진료소	회원 할인: kp.org/choosehealthy	
	8개 긴급 치료 장소	CHP Active and Healthy	

제외 및 제한 사항: 아래에 나열된 서비스는 보장 범위에서 완전히 제외되거나 부분적으로 제한됩니다. 이것은 다른 방식으로 보장되는 모든 서비스에 적용되며, 보험 적용 확인서(EOC)에서 해당 서비스에 대한 설명에 나열된 특정 서비스에만 적용되는 제외 및 제한 사항에 추가되는 것입니다. 제외 및 제한 사항에 대한 전체 목록과 설명은 EOC를 참조하십시오. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우 침술, 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더" 또는 "지압요법 서비스 라이더"(자가 의뢰 물리 치료)를 구입하지 않은 경우 지압요법 치료, 미용 서비스; 이 제외 사항은 EOC의 "혜택" 섹션에 있는 "재건술 서비스"에 포함된 서비스에는 적용되지 않습니다. 보호 서비스, 치과 서비스, 지정 현혈, 고용주 책임; 법에 따라 고용주가 제공해야 하는 서비스에 대해서는 고용주에게 상환하지 않습니다. 실험 또는 임상시험 서비스. 안과 수술; 시술에 대한 평가를 포함하여 방사선 각막 절개술, 굴절교정레이저각막절제술 및 굴절교정 수술 가족 서비스; 직계 가족 구성원이 제공하는 서비스. 유전 검사. 귀하의 그룹이 "보청기 라이더"를 구매하지 않은 경우에 보청기. 최면 요법. 귀하의 그룹이 "불임 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 불임 치료 서비스. 중재 서비스; 중재 의료 시설의 서비스는 제외됩니다. 저시력 보조 장치. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 마사지 요법 서비스. 고용주 그룹이 "대체 치료 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 자연 요법 서비스. 비의학적으로 필요한 서비스. 비보험 서비스와 관련된 서비스. 건강 관리 서비스, 용품 또는 품목이 아닌 서비스. 지지 요법 및 기타 서비스. 대리모. 대리모인 회원에게 제공되는 서비스를 제외하면, 대리모 약정과 관련된 모든 사람을 위한 서비스. 통원 및 숙박. 통원 서비스. 그룹이 "통원 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우 통원 전용 예방 접종(예를 들어, 황열병, 장티푸스 및 일본 뇌염)을 포함한 모든 여행 관련 서비스. 귀하의 그룹이 "성인용 시력 하드웨어 및 광학 서비스 라이더" 및/또는 "소아용 시력 하드웨어 및 광학 서비스 라이더"를 구매하지 않은 경우에 시력 하드웨어 및 광학 서비스. 시력 치료 및 정형 외과 또는 눈 운동. 이것은 계약이 아닙니다. 본 혜택 요약에는 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest의 혜택 보장 범위가 완전히 설명되어 있지 않습니다. 혜택 보장, 클레임 검토 및 판결 절차에 대한 자세한 내용은 EOC를 참조하거나 회원 서비스에 문의하십시오. 본 요약과 EOC가 상충하는 부분이 있는 경우 EOC가 우선합니다.

선택한 치과 플랜

제공자	연간 최대 금액	공제액	일반 검사에 대한 공동 부담금	특징
 DELTA DENTAL®	\$2,000	\$0	완전한 보장	농촌 지역을 포함한 광범위한 제공 업체 네트워크
Willamette Dental Group	없음	\$0	완전한 보장	- I-5 Corridor에 거주하는 간병인에게 편리함 - 치과 비용이 높은 간병인의 경우 연간 최대 금액 없음

치과 플랜은 월 \$25의 공동 보험료에 포함되어 있습니다.

두 치과 플랜 모두 교정 혜택을 제공합니다.

치과 플랜을 바꾸고 싶으십니까? 2021년 7월 20일까지 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 작성하여 제출하십시오.

 **DELTA DENTAL®**
PPO 플랜
발효일 2021년 8월 1일

혜택 기간: 2022년 1월 1일 - 2022년 12월 31일
최대 혜택 기간*(1인당, 클래스 I에는 적용되지 않음): \$2,000
치열 교정—성인 및 아동: 50%
평생 최대 혜택(1인당): \$2,000

	Delta Dental PPO 치과 전문의	Delta Dental Premier 치과 전문의	비참여 치과 전문의
혜택 기간 공제액			
네트워크에서 클래스 1에 적용되지 않음—네트워크 외부에서 공제액 없음—혜택 기간 당 \$50	\$0/\$50	\$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			
의치 부분 의치 임플란트 브릿지 크라운	80%	40%	40%

*올해의 새로운 사항! 연간 최대 금액은 연간 보험에서 보장되는 최대 금액입니다. 이 금액을 초과하는 치과 치료의 경우, 클래스 I 비용을 공제한 나머지 비용을 직접 지불해야 합니다.

참고 사항: 이것은 비교 목적에 한해 사용 가능한 혜택에 대한 간략히 요약한 것이며 계약을 구성하지 않습니다. 플랜에 가입한 경우, Delta Dental PPO 플랜에 대한 자세한 정보를 제공하는 혜택 소책자를 참조할 수 있습니다. 궁금한 사항이 있는 경우에는 저희 고객 서비스 부서에 전화하거나 웹 사이트 DeltaDentalWA.com을 방문하십시오.

혜택을 최대한 활용하십시오!

MySmile® 계정 작성

ID 카드에 대한 안전하고 연중 무휴 액세스, 혜택 정보 추정 비용 등을 제공합니다! "Find your member ID(회원 ID 찾기)"도구를 사용하면 간편하게 등록 할 수 있습니다. DeltaDentalWA.com을 방문하여 계정을 만드십시오.

네트워크 치과 의사 선택

귀하의 플랜은 Delta Dental PPO 네트워크에 대한 액세스를 제공합니다. 그러나, Delta Dental PPO 치과 의사를 방문하는 경우에 혜택이 가장 큼니다. 네트워크에서 치과 의사를 찾으려면 DeltaDentalWA.com을 방문하십시오(다음 페이지에서 방법을 알아보십시오).

플랜에는 또한 Delta Dental Premier® 네트워크에 대한 액세스 권한도 포함되어 있어서 필요에 따라 거주 지역 외부에 있는 PPO 치과 의사를 찾을 수 있습니다. 즉, 네트워크 외부 비용이 증가하지 않도록 할 수 있습니다(아래 차트 참조).

추가 치과 치료 보장

클래스 I 비용은 연간 최대 금액에 포함되지 않으므로, 더 많은 클래스 II 및 III 비용이 보험 혜택을 받습니다.

	PPO	Premier	네트워크 외부
플랜의 치과 네트워크	✓		
본인 부담 비용이 가장 적게 드는 혜택	✓		
귀하를 위해 요청서 접수	✓	✓	
품질 관리 및 비용 보호 기능 제공	✓	✓	
비용 보호 혜택이 없어서 본인 부담 비용이 가장 큼			✓

네트워크에 가입된 치과 의사 찾기:

1. **DeltaDentalWA.com**을 방문하십시오.
2. 'Online Tools(온라인 도구)'를 클릭하고 'Find a Dentist(치과 의사 찾기)' 도구를 사용하십시오.
3. 'Delta Dental PPO'를 선택하여 결과를 필터링하십시오.

정기적으로 치과 의사를 방문하십시오.

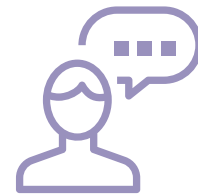
플랜은 매년 예방 치료 방문을 보장합니다. 정기적인 클리닝 및 점검은 건강한 미소를 유지하고, 고통스럽고 비용이 많이 들어가는 문제를 예방하기 위해 필수적입니다.

추정되는 본인 부담 비용을 알아보십시오.

비용을 안다면 귀하와 치과 의사는 치료 계획을 세워서 치료 혜택을 극대화할 수 있습니다.

MySmile Cost GenieSM는 즉각적인 추정 비용을 제공합니다. 충전재와 같은 기본 치료에 좋습니다. 당신의 MySmile 계정에 로그인하면 개인별 견적을 받을 수 있습니다.

크라운과 같이 광범위한 치료가 필요한 경우, 치과 의사에게 "사전 결정"을 요청하십시오. 저희는 치과 의사가 제공하는 **치료 및 비용 확인서**를 보내드립니다. 여기에는 치료 플랜, 혜택 보장 범위 및 치과 의사에게 지불해야 할 비용이 자세히 설명되어 있습니다.



**질문이 있습니까?
Delta Dental에
전화하십시오.**

1-800-554-1907

태평양 표준시 기준으로

월요일~금요일

오전 7시부터 오후 5시 사이

Willamette

Dental Group

치과 보험

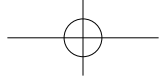
발효일 2021년 8월 1일

Willamette Dental of Washington, Inc.의 승인을 받았습니다. 이 플랜은 치아 및 지지 조직의 질병 또는 상태를 예방, 진단 및 치료하기 위한 광범위한 서비스를 제공합니다. 플랜에서 다루는 가장 일반적인 절차 중 일부만 제시되어 있습니다. 자세한 플랜 설명, 제한 사항 및 제외 사항은 보험 증서를 참조하십시오.

혜택	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(치아 당), 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 \$2,500 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 \$ 5000

**환자가 치료 계획에 동의하는 경우 공동 부담금은 포괄적 치열 교정 치료에 적용됩니다.



제외 사항

보철물 품목이 보험 종료 후 60일을 초과한 날짜에 시술 또는 전달된 경우, 수 일간 치료 또는 시술이 필요한 브릿지, 크라운, 의치 또는 보철 장치.

보장 발효일 이전에 시작된 치료 또는 서비스의 완료 또는 제공. 부착 장치 관리 및 치과 임플란트 관련 서비스를 비롯한 치과 임플란트.

보장 발효일 이전에 제공된 근관 치료 서비스, 보철 서비스 및 임플란트. 보장 종료 후 60일 이상 완료되지 않은 근관 치료. 보장되지 않는 서비스에만 관련되어 필요한 시험 또는 상담. 실험적 또는 임상시험 서비스 및 관련 검사 또는 상담.

크라운, 브릿지 또는 임플란트를 통해 구강을 광범위하게 복원하는 것을 포함하는 구강 전체 재건술과 및 교합, 수직 치수 변경, 교합 복원 또는 마멸, 마모 또는 침식의 교정을 위해 사용되는 크라운, 브리지 또는 임플란트를 포함하는 교합 수복.

치과 시술용 치과 진료소 외부의 병원 치료, 의사 서비스 또는 시설 비용. 위턱얼굴보형물 서비스.

야간 경비원.

맞춤형 복원.

주로 외모를 개선, 변경 또는 향상시키기 위한 성형, 재건 또는 미용 수술 및 기타 서비스 또는 용품.

처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약물 및 예비약품.

예약을 지키지 않거나 24시간 전에 사전 연락 없이 예약을 취소하는 경우, 공급자가 비용을 청구합니다.

손실, 분실 또는 도난된 치과 기구의 교체; 남용, 오용 또는 방치로 인해 손상된 치과 기구의 교체.

건전한 복원의 교체.

규정된 치료 계획에 속하지 않거나 Willamette Dental Group 치과 의사가 권장 및 승인하지 않은 서비스 및 관련 검사 또는 상담.

관련된 상태의 진단, 관리 또는 치료에 필요하지 않은 범위의 서비스 및 관련 시험 또는 상담.

면허가 있는 치과 의사, 치과 조무사, 위생사 또는 치과 조수 이외의 사람이 제공하는 서비스.

프로 운동 경기를 위해 연습하거나 시합을 하는 동안 지속적으로 발생하는 부상의 치료 서비스.

근로자의 보상 범위에 들어가 있거나 고용주의 책임이 있는 부상 또는 질병 치료를 위한 서비스.

고의적으로 자해한 부상을 치료하기 위한 서비스.

법률에 의해 요구되지 않는 한, 연방, 주 또는 기타 정부 프로그램에 따라 제공되는 보장에 대한 서비스.

계약에 포함되지 않는 서비스.

보장된 예방 서비스 이외에 병리학적, 기능 부전 또는 질병의 증거가 없는 서비스.

제한 사항

대체 서비스를 사용하여 상태를 치료할 수 있는 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 권장하는 서비스가 보장됩니다.

치과적 필요성이 확인된 경우에 치아 및 지지 구조물의 기능을 손상시키는 선천적 또는 발달 기형을 교정하기 위해 제공하도록 계약서에 명시된 서비스는 부양 자녀에게도 보장됩니다. Willamette Dental Group 치과 의사가 치과적으로 필요하다고 판단하고 선천적 또는 발달 기형을 가진 19세 미만의 가입자를 치료하기 위한 정형 외과 수술을 승인한 경우에 한해 정형 외과 수술은 계약에 명시된 바에 따라 보장됩니다.

크라운, 캐스트 또는 기타 간접 조작된 수복물은 치과적으로 필요하고 Willamette Dental Group 치과 의사가 권장하는 경우에만 보장됩니다.

Willamette Dental Group 치과 의사가 초기 근관 치료를 실시한 경우, 근관 요법의 재치료는 최초 24개월 동안 초기 치료의 일부로 보장됩니다. 비참여 서비스 제공자가 초기 근관 치료를 수행한 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 근관 치료를 재치료할 때는 해당 공동 부담금이 적용됩니다.

전신 마취는 치과 진료소에서 수행되는 경우, 보장 서비스와 함께 제공되는 경우, 그리고 가입자가 발달 장애를 가지고 있거나 신체적으로 장애가 있는 7세 미만이기 때문에 치과적으로 경우에 계약서에 명시된 공동 부담금으로 보장됩니다.

병원에서 치과 의사가 제공하는 서비스는 의학적으로 필요한 경우, Willamette Dental Group 치과 의사가 서면으로 사전 승인한 경우, 제공된 서비스가 치과 진료소에서 제공되는 것과 동일한 서비스인 경우, 그리고 해당 공동 부담금이 지불된 경우에 보장됩니다.

치과 기구의 기령이 5년 이상이고 치과 적으로 교체가 필요한 경우 기존 의치, 크라운, 인레이, 온레이 또는 기타 보철 기구의 교체는 보장됩니다. 최대한의 혜택을 얻기 위한 치료 계획을 세우십시오.

일반적인 보험 용어

귀하의 보험 정책에 대해 더욱 잘 이해할 수 있도록 일부 일반적인 보험 약관의 내용을 확인하십시오.

공동 보험

공동 보험은 공제액을 충족한 후 의료 서비스에 대해 지불하는 비용의 비율입니다(플랜에 공제액이 있는 경우).

공동 부담금

공동 부담금은 의사 방문, 응급실 방문, 그리고 종종 처방약에 대해 지불하는 금액입니다. 일부 플랜은 공제액을 지불하는 대신 공동 부담금을 지불하도록 요구합니다. 다른 플랜에서는 두 가지를 모두 지불해야 할 수 있습니다. 귀하의 공동 부담금은 공제액에 포함되지 않지만 본인 부담금 한도에 포함됩니다.

공제액

공제액은 보장 기간(일반적으로 1년) 동안 귀하의 플랜에서 지불을 시작하기 전에 보장되는 의료 서비스에 대해 지불하는 금액입니다. 공제액이 모든 서비스에 적용되는 것은 아니며 모든 플랜에 공제액이 있는 것도 아닙니다. 일부 플랜의 경우 공제액은 네트워크 외부 서비스에만 적용될 수 있습니다.

자격

최소 2개월 연속으로 매월 최소 80시간 이상 유급 근무 후 SEIU 775 Benefits Group의 건강 보험 혜택을 받을 수 있습니다. 보장 혜택을 유지하려면 계속해서 매월 80시간 근무해야 합니다.

네트워크 내 / 네트워크 외

네트워크 내 서비스는 귀하의 건강 플랜이 보장하는 서비스로서 귀하께서 공동 부담금/공동 보험을 저렴한 비용으로 지불하거나 지불하지 않고 받을 수 있습니다. 네트워크 외 서비스는 귀하의 플랜에서 여전히 보장되지만 네트워크 내 서비스보다 공동 부담금 또는 공동 보험을 더 높을 비용으로 지불해야 할 수 있습니다.

회원 ID

귀하의 회원 ID는 의료 서비스 제공자와 의료진이 귀하의 보장 상태를 확인하고 서비스 대금을 결제할 수 있도록 귀하와 연결된 고유 번호입니다. 또한, 건강 보험 회사가 특정 회원을 조회하고 보험금 청구 및 혜택에 대한 질문에 답변하기 위해 사용하는 번호입니다. 회원 ID 번호는 회원 ID 카드에 있습니다.

네트워크

귀하의 건강 플랜 네트워크는 귀하의 건강 플랜이 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺은 시설, 서비스 제공자(의사, 간호사) 및 공급자로 구성됩니다.

본인 부담 한도

본인 부담 한도는 플랜이 한 해의 잔여 기간에 보장되는 건강 비용의 100%를 지불하기 전에 귀하께서 지불하셔야 하는 총액입니다. 일반적으로 공동 부담금, 공제액, 공동 보험 및 보장 네트워크 내 지불금이 이 한도에 포함됩니다.

주치의 또는 서비스 제공자(의사)

주치의는 지속적인 치료를 받을 수 있는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자입니다. 건강 플랜의 웹 사이트를 통해 주치를 선택할 수 있습니다. 일부 플랜은 자동으로 할당될 수 있지만 언제든지 변경 가능합니다.

보험료/공동 보험료

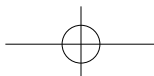
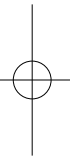
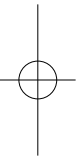
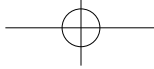
보험료(또는 공동 보험료)는 의사의 진료를 받는 여부에 관계 없이 매월 건강 보험 보장을 받기 위해 지불하는 금액입니다. SEIU 775 Benefits Group을 통해 보장되는 간병인의 경우 공동 보험료는 매월 \$25에 불과합니다.

외래 서비스 / 입원 서비스

입원 서비스는 하루 동안 병원에 밤새 입원해야 하는 서비스입니다. 예를 들면 출산이나 수술이 있습니다. 외래 서비스는 병원에 입원할 필요가 없는 서비스입니다.

보장 포기

건강 보험에 등록하고 싶지 않거나 보험 혜택을 종료하고 싶은 경우(이미 가입한 경우) *My Plan*에서 온라인 양식을 작성하거나 고객 서비스에 전화하여 서류 양식을 요청하십시오. 보장 혜택을 포기하는 경우, Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 2022까지 다시 등록하지 못할 수 있습니다.





Daniel M.
간병인, Lynnwood

Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간은 7월 1일~7월 20일입니다

My Plan을 통해 온라인으로 보장을 등록하거나
변경하십시오!

myseiu.be/oe-myplan

질문이 있습니까?
1-877-606-6705로 전화하십시오.