SEIU 775
BENEFITS GROUP

건강

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 20일**까지 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 Permanente 건강 보험 혜택을 누리십시오!

*자격 기준에 대한 자세한 내용은 **myseiu.be/oe2021**의 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 웹 페이지를 참조하십시오.

6월 15, 2021 2:41 오후

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 1 15/06/21 14:41

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. በፓስፊክ 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.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 2 15/06/21 14:41

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-myplan**을 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.

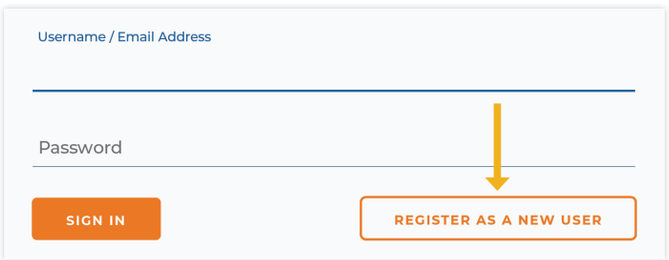
질문이 있는 경우에는 SEIU 775 Benefits Group 고객 서비스로 연락하십시오. | 1-877-606-6705 | 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 | myseiubenefits.org

*My Plan*에서 등록 또는 변경!

*My Plan*의 로그인 작성

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

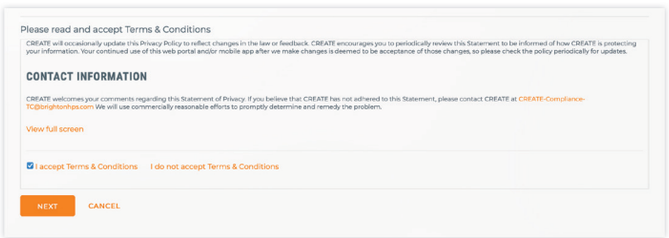
1 단계: Register as a New User(새 사용자로 등록)를 선택합니다.



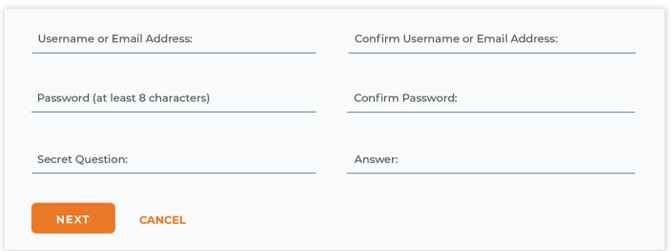
2 단계: 회원 ID 번호 또는 사회 보장 번호(SSN)를 입력합니다.

3 단계: 우편 번호와 생년월일을 입력합니다.

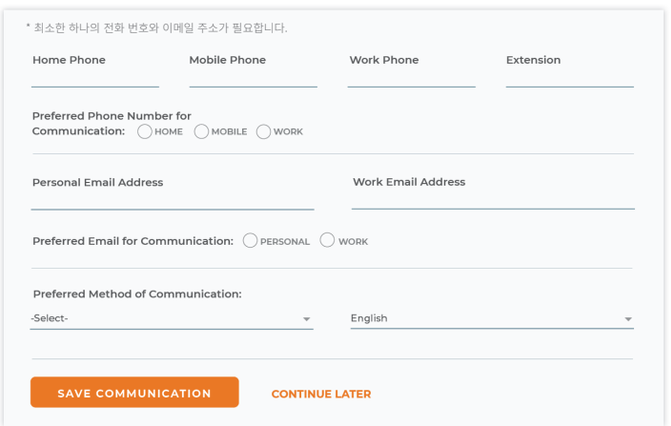
4 단계: 이용 약관을 검토하고 동의합니다.



5 단계: 사용자 이름, 비밀번호 및 보안 질문을 작성합니다.



6 단계: 연락처 정보를 입력하고 연락 방법을 저장합니다.



7 단계: 저장을 확인합니다.

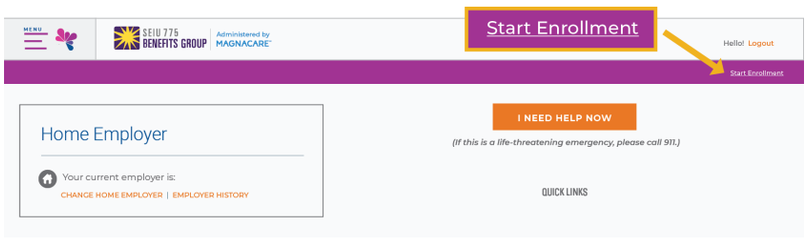
질문이 있습니까? 태평양 기준시로 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-877-606-6705로** 전화하거나 **SEIU775BG-caregiver@magnacare.com**으로 이메일을 보내십시오.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 4 15/06/21 14:41

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 Plan*을 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 Plan*에 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 Plan_을 간편하게 사용하려면 스마트 폰에 MyCreateHealth 모바일 앱을 다운로드하십시오.

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

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 5 15/06/21 14:41

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 Permanente 웹 사이트를 통해 주치의를 선택할 수 있습니다. 주치의를 빠르고 간편하게 선택할 수 있습니다. 계정을 작성하거나 의사를 찾을 때 도움이 필요하시면 **myseiu.be/oe-doctor**를 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-2021**을 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-ginger**에서 자세한 내용을 알아보십시오.
- Kaiser의 Behavioral Health Access Line(행동 건강 액세스 라인) **1-888-287-2680**으로 전화하거나 **myseiu.be/kaiser-bh**를 방문하십시오.
- Resource Finder*로 개인 생활에 도움을 받으십시오. Resource Finder를 통해 정서적 건강 리소스, 보육, 법률 지원 등을 액세스할 수 있습니다. **myseiu.be/oe-resource**를 방문해서 자세히 알아보십시오.

Caregiver KICKS™

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

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

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 6 15/06/21 14:41

현명한 처방전 관리

모든 선택 사항과 비용을 이해하여 처방전 혜택을 최대한 활용하십시오.

*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.

**이러한 가치 기반 약물은 다양한 건강 상태를 치료하기 위한 제네릭 약물입니다.

30일 분량에 대한 Rx 공동 부담금(네트워크 내)	약국에서	우편 주문
제네릭 피임약*	$0	$0
가치 기반 약물**	$4	30일 분량당 $0
제네릭 약물	$8	30일 분량당 $3
처방집 브랜드 약물	$25	30일 분량당 $20

신규!

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

응급실 사용에 대한 대안

응급실 $200 공동 부담금	긴급 치료 $0 공동 부담금	주치의/온라인 방문 무료

긴급 치료를 통해 $200를 절약하십시오.
즉각적인 치료가 필요한 경우, 가까운 긴급 치료 센터를 찾거나 의사와 당일 예약을 하십시오. 최대 $200까지 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.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 7 15/06/21 14:41

의료 보험 혜택 요약

KAISER PERMANENTE®

HMO 플랜 요약
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 분담액과 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.

혜택	내부 네트워크
공제액 계획	연간 공제 금액 없음
개인 공제액 이월	해당 없음
공동 보험 계획	공동 보험 계획 없음
본인 부담 한도	**개인 부담 한도**: $1,200 **가족 본인 부담 한도:** $2,400 다음 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용은 본인 부담 한도에 포함됩니다. 보장되는 서비스에 대한 모든 비용 분담
기존 질병(PEC) 대기 기간	PEC 없음
평생 최대 혜택	무제한
외래 환자 서비스(진료실 방문)	1차 진료 공동 부담금 없음/전문 진료 공동 부담금 $15
병원 서비스	**입원 환자 서비스**: 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다. **외래 수술**: $50 공동 부담금
처방약 (일부 주사 약물은 외래 환자 서비스로 보장될 수 있습니다.)	가치 기반/선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2) 30일 분량당 $4/$8/$25 공동 부담금
처방전 우편 주문	30일 분량당 $5 할인
침술	사전 승인 없이 연간 의료 진단당 최대 8회의 방문과 플랜의 승인이 있는 경우 추가 방문이 완전히 보장됩니다.
구급차 서비스	플랜 부담 80%, 가입자 부담 20%
약물 의존	**입원 환자:** 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다. **외래 환자:** $0 공동 부담금
장치, 장비 및 소모품	50% 보장. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다. • 내구성 의료 기기 • 정형 외과 장비 • 유방 절제술 후 브래지어는 매 6개월에 2회로 제한됩니다. • 조루술 용품 • 보철 장치

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 8 15/06/21 14:41

Kaiser Permanente of Washington HMO Health Plan 혜택 요약, 계속

혜택	내부 네트워크
당뇨병 용품	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜싯 - 처방약 참조. 외부 인슐린 펌프, 혈당 측정기, 검사 시약 및— 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:** MRI/PET/CT $50 공동 부담금으로 완전 보장 CT, MR 및 PET와 같은 하이엔드 방사선 영상 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 확인되어야 하며, 응급 치료 또는 입원 환자 서비스와 관련된 경우를 제외하면 사전 승인이 필요합니다.
응급 서비스 (입원시 공동 부담금 면제)	지정된 시설에서 $200 공동 부담금 지정되지 않은 시설에서 $200 공동 부담금
청력 검사(일반)	$0 공동 부담금
청력 하드웨어	별도의 혜택을 통해 보장: EPIC 청력 검사. 공동 부담금이 없으며, 각 귀에 대해 3년마다 최대 $1,200의 보청기 보조금이 제공됩니다. myseiu.be/hearing에서 자세한 내용을 알아보십시오.
가정 건강 서비스	완전히 보장됩니다. 방문 제한이 없습니다.
호스피스 서비스	완전히 보장됩니다. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다.
불임 치료 서비스	피임 및 불임의 치료를 위한 의료 및 외과 서비스와 인공 수정, 시험관 수정 및 약물 요법을 포함한 모든 관련 서비스는 적용 가능한 외래 환자 서비스 비용 분담에 따라 보장되며, 평생 최대 $50,000로 제한됩니다. 불임 약물은 보장이 되며 20% 공동 보험 계획에 적용되며, 평생 최대 혜택 $5,000로 제한됩니다
수기 요법	사전 승인 없이 연간 최대 10회 방문 보장 - $0 공동 부담금.
마사지 서비스	재활 서비스 참조
출산 서비스	**입원 환자:** 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금 **외래 환자:** $0 공동 부담금. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.
정신 건강	**입원 환자:** 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다. **외래 환자:** $0 공동 부담금
자연 요법	사전 승인 없이 연간 의료 진단당 최대 3회의 방문과 플랜의 승인이 있는 경우 $0 공동 부담금으로 추가 방문이 보장됩니다.
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 별도입니다.
비만 관련 서비스	의료 기준이 충족될 때 비용 분담금에서 보장됨
장기 이식	무제한, 대기 기간 없음 **입원 환자**: 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금 **외래 환자:** $0 공동 부담금
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.
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 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다. **외래 환자**: 연간 60 회 방문. 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. 1차 진료 공동 부담금 없음/전문 진료 공동 부담금 $15
숙련된 간호 시설	연간 최대 60일까지 완전 보장
불임 시술(혈관 절제술, 난관 결찰)	완전히 보장됩니다.
턱관절 (TMJ) 서비스	**입원 환자:** 입원 당 최대 5일간 하루 $100의 공동 부담금 **외래 환자:** $0 공동 부담금
금연 카운셀링	금연 프로그램 - 완전 보장
일반 시력 관리 (12개월마다 1회 방문)	$0 공동 부담금
광학 하드웨어: 콘택트 렌즈 및 안경테를 포함한 렌즈	**19세 미만 회원:** 연간 1개의 안경테 및 렌즈 또는 50% 공동 보험으로 보장되는 콘택트 렌즈 **19세 이상 회원:** 12개월 당 $300

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 9 15/06/21 14:41

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 제공업체 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 충진재 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.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 10 15/06/21 14:41

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 큽니다. 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.com을 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 Genie℠는 즉각적인 추정 비용을 제공합니다. 충진재와 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

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 11 15/06/21 14:41

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(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 $2,500 지불
치과용 임플란트	
치과 임플란트 수술	임플란트 혜택 최대 연간$ 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 적립됩니다.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 12 15/06/21 14:41

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 예비약물.

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 장애을 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.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 13 15/06/21 14:41

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 주치의를 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.

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 14 15/06/21 14:41

KPWA HMO AP_ko-KR.indd 15 15/06/21 14:41

SEIU 775
BENEFITS GROUP

학습 – 건강 – 퇴직 – 직업

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

*My Plan*을 통해 온라인으로 보장을 등록하거나 변경하십시오!

myseiu.be/oe-myplan

질문이 있습니까?
1-877-606-6705로 전화하십시오.