

亲爱的看护人：

7月1日至20日是您在 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间获得高质量、可负担的健康保险的机会。

看护人的工作很重要，可以确保我们亲人和社区的健康和安全。您也应该获得很棒的护理！

所以 SEIU 775 Benefits Group 在制定健康计划时考虑到了看护人。计划涵盖了医疗、牙科、牙齿矫正、视力、听力、情绪健康、处方药福利等等，每月只需支付 25 美元即可获得保险。

大家都认为让子女也获得健康保险很重要，我很高兴分享今年的大新闻 — Coverage for Kids (子女保险)！Coverage for Kids (子女保险) 让您的子女也能获得您所享受的优质保险。请在第 4 页了解这项新福利的所有信息。

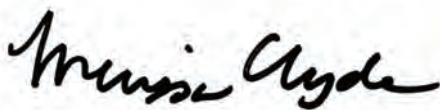
每年，我们都努力确保对您的健康保险进行改进，为您和您的家庭带来积极影响。

使用这份健康保险福利指南来：

- 更好地理解您的健康计划。
- 首次注册健康保险、将子女添加到您当前的保险中或变更您的牙科计划。
- 详细了解您可以享受的其他丰厚福利。

我代表 SEIU 775 Benefits Group，感谢您对他人的照顾！我很荣幸能够提供健康保险来满足您和您子女的健康和幸福需求。

祝您健康，



Merissa Clyde
首席执行官 (CEO),
SEIU 775 Benefits Group



目录

3 您的健康保险

如果您每月工作 80 小时或以上，即可让自己享受医疗和牙科保险。

4 Coverage for Kids (子女保险)

如果您每月工作 120 小时或以上，即可让您的子女享受医疗和牙科保险。

5 如何获得 Coverage for Kids (子女保险)

详细了解受抚养人验证文件和其他需要采取的步骤。

6 何时申请 / 变更

了解您何时可以注册参加新保险或变更现有保险。

8 如何注册参保 / 变更

请查看通过在线或邮寄方式注册或变更保险的说明。

9 如何继续享受保险

了解如何继续享受保险以及如果失去保险该怎么办。

10 其他丰厚福利

了解其他可以帮助您提高生活质量的免费福利。

11 健康计划重点

查看计划详情以及如何最大限度利用您的保险。

16 牙科选项

了解两种牙科计划选择：Delta Dental 和 Willamette Dental。

21 常见保险术语

了解常见保险术语的定义，更好地理解您的保险。

22 COBRA

了解 COBRA 如何在您失去保险时提供延续的健康保险。



Maureen C.
看护人, Spokane

今年新增!

获得 Coverage for Kids (子女保险)

如果您每月工作 120 小时或以上, 则可以将您的子女 (在他们满 26 岁前) 加入您的保险中!

从两个保险选项中选择:

- **全套医疗和牙科保险**, 所有子女每月仅 100 美元 (外加您的保险 25 美元) *。
- **仅牙科保险**, 所有子女每月仅 10 美元 (外加您的保险 25 美元)。

有关如何获得 Coverage for Kids (子女保险) 的更多信息, 请参阅第 4 页和第 5 页。

* 您的保险和 Coverage for Kids (子女保险) 每月的费用 (共付保险金) 为 125 美元。

您的新福利

今年您保险的变化:

- 首选非专利或首选品牌胰岛素, 0 美元挂号费。
- 增加了替代性护理 (例如针灸疗法和脊椎按摩护理), 现在每年承保最多 20 次就诊。
- 不限次数的自然疗法护理。
- 改善了不孕症福利, 包括为生育需求提供新的药房福利。

查看第 13 页的计划纲要中还包含什么内容。

健康保险的 Open Enrollment (健康保险年度申请期): 7 月 1 日 - 20 日

7 月 20 日是以下事项的截止日期:

- ✓ 申请保险 (如果您符合资格且尚未参保)。
- ✓ 变更您的牙科计划 (如果您已参保)。
- ✓ 获得 Coverage for Kids (子女保险)! 为您的子女添加医疗和 / 或牙科保险 (如果您每月工作 120 小时或以上)。

在 7 月 20 日前通过在线或邮寄方式提交已填好的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。

查看第 7 页, 了解如何申请。

Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间的更改将于 2023 年 8 月 1 日生效。如果您不想变更当前的保险, 则无需采取任何行动。如果您不采取行动, 您可能直到下一个 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间才能申请或变更, 除非您发生了符合资格的生活事件, 比如有了孩子或失去其他健康保险。

**在申请时需要帮助或有疑问?
请致电 1-877-606-6705。**

您的保险

每月只需 25 美元，
就能获得高质量的
健康和牙科保险，
还可享受以下福利：

免费初级护理医生看诊

医疗

牙科

畸齿矫正

情绪健康

视力

听力

不孕症

性别确认护理

处方药

替代性护理

脊椎按摩护理

有关您的健康计划重点的更多信息，
请参阅第 11 页。

如何获得以及保持资格？

如果您连续 2 个月每月工作 80 小时或以上，就有资格通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得健康保险，继续每月工作至少 80 小时才能继续享受保险。

何时可以申请？

您可以在以下任何时间申请保险：

- ✓ 在 **Open Enrollment** (健康保险年度申请期) 期间，每年 7 月 1 日至 20 日。
- ✓ 首次有资格获得保险时。
- ✓ 发生了“符合资格的生活事件”，比如失去了您通过配偶或其他保险公司获得的保险。更多信息见第 6 页。

如何申请？

您可以通过以下方式申请保险：

- 在线使用 Health: *My Plan*，网址：myseiu.be/oe-myplan。
- 使用此文档包中的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。

申请说明见第 7 页。

我的保险何时开始？

如果您符合资格标准并且在 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间填好了 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)，那么您的保险将于 2023 年 8 月 1 日开始。

如何才能继续享受保险？

要继续享受保险，您必须：

- ✓ 每月继续工作 80 小时或以上。
- ✓ 每月继续支付 25 美元 (共付保险金)。

如果失去保险怎么办？

如果失去保险，您将获得关于通过 COBRA 延续保险的信息。更多信息见第 22 页。如果您在 12 个月内重新每月工作至少 80 小时，您的保险将自动恢复。更多信息，请参阅第 9 页。

Coverage for Kids

(子女保险)

今年新增!您可以将您的子女 (在他们满 26 岁前) 加入您的保险中。

有了 Coverage for Kids (子女保险), 您的子女就能获得医疗和牙科保险 (每月 100 美元) 或者单独的牙科保险 (每月仅需 10 美元)。您的子女能获得和您一样丰厚的福利, 包括情绪健康、牙齿矫正、体检等等。

花费是多少?

如果您将子女注册为同时参加医疗和牙科保险, 每月需支付 100 美元, 外加您的保险 25 美元。如果您将子女注册为只参加牙科保险, 每月需支付 10 美元, 外加您的保险 25 美元。**无论您有几个子女, 您每月支付的 Coverage for Kids (子女保险) 费用都是一样的!**

	医疗和牙科保险	仅牙科保险
仅您一人	25 美元	不提供
您 + 1 名子女	125 美元	35 美元
您 + 2 名子女	125 美元	35 美元
您 + 3 名子女	125 美元	35 美元

如果您有疑问或在申请 Coverage for Kids (子女保险) 时需要帮助, 请致电 **1-877-606-6705**。

如何获得 Coverage for Kids (子女保险)?

要想获得 Coverage for Kids (子女保险), 您每月必须工作 120 小时或以上, 并且继续每月工作至少 120 小时才能继续享受保险。

如果您目前没有工作 120 小时或以上, 但想获得 Coverage for Kids (子女保险), 请在 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间填好 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。当您每月工作 120 小时或以上时, Coverage for Kids (子女保险) 便会开始。

何时可以申请?

您可以在以下时间申请 Coverage for Kids (子女保险):

- ✓ 在 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 期间, 每年 7 月 1 日至 20 日。
- ✓ 首次有资格获得保险时。
- ✓ 发生了“符合资格的生活事件”时, 例如有了孩子或领养了孩子。
更多信息见第 6 页。

如何申请?

您可以通过以下方式申请保险:

- 在线使用 Health: My Plan, 网址: myseiu.be/oe-myplan。
- 使用此文档包中的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。

如果您选择将子女添加到您的保险中, 您需要提交一份验证您和您添加的每个子女的关系的受抚养人验证文件。申请说明和关于受抚养人验证文件的更多信息, 请见第 5 页。

Coverage for Kids (子女保险) 何时开始?

如果您符合资格标准并且在 Open Enrollment (健康保险年度申请期) 提交了一份填好的 Health Benefits Application (健康完成保险福利申请表), 那么保险将于 2023 年 8 月 1 日开始。

如何持续获得 Coverage for Kids (子女保险)?

要持续获得 Coverage for Kids (子女保险):

- ✓ 每月继续工作 120 小时或以上。
- ✓ 每月继续为您和您的受抚养子女支付保险费 (共付保险金)。

如果失去 Coverage for Kids (子女保险) 怎么办?

如果失去 Coverage for Kids (子女保险), 您将获得关于通过 COBRA 延续 Coverage for Kids (子女保险) 的信息。更多信息见第 22 页。如果您重新每月工作至少 120 小时, Coverage for Kids (子女保险) 将自动恢复。只要您每月工作至少 80 小时, 您的个人保险将会继续。

如何获得 Coverage for Kids (子女保险)

让您的子女也能获得您所享受的高质量医疗和牙科保险!如果您每月工作 120 小时或以上,那么可以让您的受抚养子女(在他们满 26 岁前)获得医疗和/或牙科保险!

如何获得 Coverage for Kids (子女保险)

如果您想将子女添加到您的保险中:

- ✓ 每月至少工作 120 小时。
- ✓ 填写 Health Benefits Application (健康保险福利申请表) 的 Coverage for Kids (子女保险) 部分,通过在线或邮寄方式提交。您要为您的子女选择一种保险选项(医疗和牙科保险,100 美元;仅牙科保险,10 美元)。
- ✓ 提交一份验证您和您子女关系的受抚养人验证文件,并附上已填好的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。
- ✓ 支付您为子女所选保险需要缴纳的保险费(医疗和牙科保险,100 美元;仅牙科保险,10 美元)。这并不包括您个人的共付保险金费用。更多信息,请参阅第 4 页。

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)。

符合资格的受抚养子女的一些示例包括:

- 亲生子女。
- 收养的子女。
- 继子女或您的家庭伴侣的子女。

有关符合资格的受抚养人的完整清单,请访问 myseiu.be/cfk-zh。

受抚养人验证

在注册受抚养子女时,您需要先验证你们之间的关系,保险才能开始。您必须为所注册的每个子女发送一份文件。

建议您随填好的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表) 提交您的受抚养人验证文件。如果您不能立即提交,则必须在 **9月30日** 之前提交您的受抚养人验证文件。如果单独寄出受抚养人验证文件,请确保在上面标上您的名字、姓氏和社会安全号的后四位数字。

可用于受抚养人验证的文件

可用于受抚养人验证的文件的一些示例包括:

- 您子女的出生证明副本。
- 您子女的寄养、法定监护人或收养证明副本。
- 列有您受抚养人的最近的联邦纳税申报表的副本。

如果要添加家庭伴侣的子女,您需要再填写一张表格。有关可接受文件的完整清单,请访问 myseiu.be/cfk-zh。您要为所注册的每个子女提交一份受抚养人验证文件。

何时申请或变更

您可以在首次获得资格时、在 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间或者发生了符合资格的生活事件时申请高质量、可负担的健康保险。

Open Enrollment（健康保险年度申请期）：7月1日 - 20日

Open Enrollment（健康保险年度申请期）是您每年申请或变更保险的机会。7月20日是以下事项的截止日期：

- 申请保险（如果您符合资格且尚未参保）。
- 变更您的牙科计划（如果您已参保）。
- 获得 Coverage for Kids（子女保险）！如果您每月工作 120 小时或以上，可以让您的子女也获得高质量的保险。

相关机构必须在 7 月 20 日之前收到您填好的 Health Benefits Application（健康保险福利申请表），才能处理您的申请。

Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间的更改将于 2023 年 8 月 1 日生效。

如果您不想变更保险，则无需采取任何行动。

您将继续获得与当前相同的保险！您直到下一个 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间才能申请或变更，除非您发生了符合资格的生活事件（QLE）。

符合资格的生活事件（QLE） 特殊参保期

符合资格的生活事件是指您生活状况中的变化 — 比如有了孩子或失去其他保险 — 使您有资格享受 30 天的特殊参保期，您可以在每年的 Open Enrollment（健康保险年度申请期）之外注册参加健康保险。这 30 天的特殊参保期从您的生活事件发生之日开始，而且您必须在 30 天内完成并提交申请。

可能让您有资格获得 QLE 特殊参保期的生活事件包括：

- 有了孩子或领养了一个孩子。
- 失去其他健康保险。
- 离婚。

Luz C.
看护人, Kennewick



创建 Health: My Plan 登录信息



创建 Health: My Plan 登录信息后，您可以轻松申请或变更您的保险。
前往 myseiu.be/oe-myplan 或扫描二维码，按照下列步骤操作：

第 1 步：选择 Register as a New User（注册为新用户）。

Username / Email Address

Password

SIGN IN REGISTER AS A NEW USER

第 5 步：填写用户名、密码和安全问题。

Username or Email Address: Confirm Username or Email Address:

Password (at least 8 characters): Confirm Password:

Secret Question: Answer:

NEXT CANCEL

第 2 步：输入会员 ID 或社会安全号 (SSN)。

Member ID on your health card or SSN

NEXT CANCEL

第 6 步：填写联系信息，然后点击 Save Communication（保存通信信息）。

* 至少需要填写一个电话号码和电子邮件地址。

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

第 3 步：输入 Zip Code（邮政编码）和 Date of Birth（出生日期）。

Member ID or SSN: Name:

Zip Code: Date of Birth:

NEXT CANCEL

第 4 步：查看并选择 I accept Terms & Conditions（我接受条款和条件）。

Please read and accept Terms & Conditions.

CREATE will occasionally update this Privacy Policy to reflect changes in the law or feedback. CREATE encourages you to periodically review this Statement to be informed of how CREATE is protecting your information. Your continued use of this web portal and/or mobile app after we make changes is deemed to be acceptance of those changes, so please check the policy periodically for updates.

CONTACT INFORMATION

CREATE welcomes your comments regarding this Statement of Privacy. If you believe that CREATE has not adhered to this Statement, please contact CREATE at CREATE.Compliance@TCOR.com. We will use commercially reasonable efforts to promptly determine and remedy the problem.

View full screen

I accept Terms & Conditions I do not accept Terms & Conditions

NEXT CANCEL

第 7 步：点击 Save Acknowledgements（保存确认书）。

create technology SEIU 775 Benefits Group

YOU MAY RECEIVE ELECTRONIC COMMUNICATIONS FROM US

SAVE ACKNOWLEDGEMENTS CONTINUE LATER

在您的智能手机上下载 MyCreateHealth 移动应用程序，即可方便地使用 Health: My Plan。

可从 iPhone 上的 App Store 或 Android 手机上的 Google Play Store 获取 MyCreateHealth 移动应用程序。



如何申请或变更

为您自己或您子女变更保险或申请保险的最简单的方法是在线使用 Health: My Plan。

Health: My Plan myseiu.be/oe-myplan

第 1 步：登录并查看您的健康保险信息或注册参加保险。

如果您符合参保资格，则将看到并可单击 **Start Enrollment**（开始注册）。



第 2 步：通过 Health: My Plan 完成整个注册过程。

- 选择您的主要雇主 (Home Employer)。您的主要雇主会从您的工资中扣除每月的共付保险金。如果您有多个雇主，则您工作时间最长的雇主会自动设置成您的主要雇主。您可以致电 1-877-606-6705，变更您的主要雇主。
- 您将看到每项福利的资格信息。

第 3 步：编辑您的个人偏好，例如：

- 确认您的通信偏好 — 电话、电子邮件或邮寄。
- 指定您的首选语言。
- 添加您的子女信息（如果适用）。

第 4 步：注册或变更您的健康保险。

- 医疗计划：您的计划将根据邮政编码分配。
- 牙科计划：对比各种计划，并从可用的牙科计划选项中进行选择。
- 将一名或多名子女添加到您的保险中（如果适用）。

第 5 步：检查您的选择。

第 6 步：使用鼠标或触摸屏签名，以完成注册参保。

第 7 步：验证您与已添加到保险中的子女的关系。

- 更多信息见第 5 页。

查看并变更保险计划

第 1 步：登录 Health: My Plan 查看或变更现有保险。

第 2 步：使用左上角的菜单图标：

- 查找保险纲要。
- 查看资格和福利信息。
- 报告符合资格的生活事件（如果适用）。
- 查看工时。
- 进行自助支付等！

有疑问？

1-877-606-6705

太平洋时间周一至周五

早上 8 点至下午 6 点

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

要通过邮寄或传真申请或变更：

将填好的申请表（随附受抚养人验证文件，如果适用）邮寄或传真至 Health Benefits Application（健康保险福利申请表）上列出的地址或传真号。需支邮费。相关机构必须在 7 月 20 日之前收到您的申请表，才能处理您的申请。

如何继续享受保险

获得保险后，您每月必须继续工作所要求的小时数，并且按时支付每月费用（共付保险金），以获得持续健康保险。按时向雇主报告工时很重要，这样可以避免失去您的保险，或者您子女的保险。

要继续享受保险：

- ✓ 每月工作 80 小时或以上。
- ✓ 在工作月份之后的 60 天内报告您的工时。
- ✓ 支付每月 25 美元的保险费。

要继续享受 Coverage for Kids（子女保险）：

- ✓ 每月工作 120 小时或以上。
- ✓ 在工作月份之后的 60 天内报告您的工时。
- ✓ 每月全额支付您和受抚养子女的保险费。

如果您一个月工作了至少 80 小时但不足 120 小时 (80-119)，您的保险仍然有效，但 Coverage for Kids（子女保险）将终止。

您的工时：如何以及何时影响保险。

您在月份 1 的工时会影响您在月份 3 的保险。例如，您在 1 月的工时会影响 3 月的保险。如果您因为工时不足而失去保险，那么当您重新工作了所需的时长时，您的保险将自动重新开始。

工作月份：	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
获得保险月份：	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月

因为您的保险和 Coverage for Kids（子女保险）有不同的工时要求，所以您可能会失去 Coverage for Kids（子女保险），但自己的健康保险仍然有效。

例如：如果您在月份 1 的工时超过了 80 小时但不足 120 小时，Coverage for Kids（子女保险）将在月份 3 终止，而您的保险仍然有效。

月份 1 您工作了 80 至 119 小时。	月份 2 您工作了 120 小时或以上。	月份 3 根据月份 1 的工时，Coverage for Kids（子女保险）失效了，但您的保险仍然有效。	月份 4 根据月份 2 的工时，Coverage for Kids（子女保险）恢复了。
----------------------------------	--------------------------------	---	---

注意：如果您的保险存在 12 个月或更长时间的缺口，您必须重新申请健康保险。

您也可能有资格参加 COBRA，这是失去保险的人可以获得的健康保险。参见第 22 页了解更多信息。

需要更多工时？

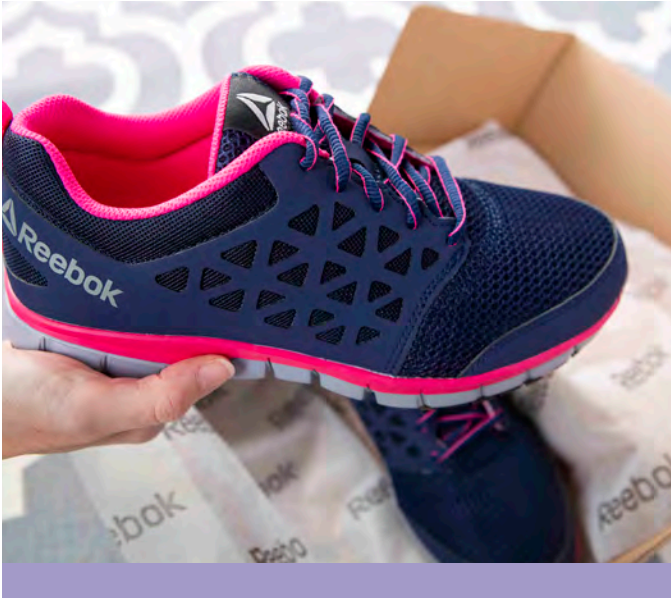
如果您缺少几个小时，您可以使用带薪假 (PTO) 或带薪培训的时长来满足所需的工时要求。



如果您是个人护理服务提供者 (IP)，需要从另一个客户那里获得更多工时以继续享受保险，那您可以试试 Carina，一个可以帮您找到更多客户的免费的工作匹配网站。参阅 myseiu.be/oe-carina 获得更多信息。

其他丰厚福利

您可以获得更多免费福利，旨在帮助您保持健康、减轻压力、在工作场所保持安全，以及提高您的生活质量。即使您没有通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得健康保险，您也可以获得这些福利（需要符合相应资格条件）。



Caregiver KICKS™

看护人的免费乐足鞋

每年都可免费获取 Caregiver Kicks 防滑鞋！无论是木屐鞋、运动鞋、高帮鞋还是平底鞋，Caregiver Kicks 都：

- 舒适。
- 让您在工作中更加安全。
- 可以减轻足部和背部疼痛。

而且，有 70 余款鞋子可供选择，来自流行品牌：Reebok（锐步）和 Skechers（斯凯奇）。

要想获得资格，您必须连续 2 个月每月至少工作 80 小时。



详细了解 Caregiver Kicks：
myseiu.be/oe-kicks

ginger

情绪健康应用程序

如果您感到有压力或不知所措，可以试试 Ginger，一款关注您情绪健康的免费智能应用程序。您可以使用 Ginger 在全天任何时段通过安全的短信与专家交流。您年满 18 周岁的家庭成员也可以免费获得 Ginger 服务。

如果您通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得健康保险，那您也可以与执业治疗师进行安全保密的视频就诊。

要获得 Ginger 服务资格，您必须每月至少工作一小时。



详细了解 Ginger：
myseiu.be/oe-ginger

健康计划 重点

Aetna 是根据您的邮政编码为您提供健康计划。

aetnaSM

您的健康保险提供了多种方式，让您获得自己的健康幸福所需的护理和支持 — 您可以参加各种计划、获得资源和折扣来改善您的生活并保持健康的生活方式。

注册后，Aetna 会将会员 ID 卡邮寄给您。这张卡片上有您在获得护理时需要的重要信息。您还将使用您的会员 ID 在线创建一个 Aetna 账户。如果您没有收到您的会员卡，请致电 **855-736-9469**。

通过在 Aetna 会员网站 **MyAetnaWebsite.com** 上创建账户即可关联您的护理，或使用 Aetna Health 智能手机应用程序访问您的福利。



到您的医生处免费就诊

有了 Aetna 保险，您到初级护理医生（也被称为首要医疗服务提供者或 PCP）处就诊时无需支付挂号费。如果您觉得不舒服，您可以去找 PCP 做健康检查。您可以在 myseiu.be/oe-doctor 上轻松找到 PCP。

有了保险，您也可以通过在线访问或打电话的方式获得方便的高质量护理。包括电话或视频就诊，以及在全天任何时段通过电话获得建议。

情绪健康福利

您的情绪健康和身体健康同等重要。Aetna 保险包括全天候的专家支持、现场或虚拟咨询和有用的在线资源，以及：

- **Aetna AbleTo Support 计划**。通过一个方便的、为期 8 周的电话 / 视频咨询和辅导计划来为您提供真正的帮助。致电 **855-736-9469** 了解更多信息。
- **Aetna 行为健康状况管理计划**。在这个保密计划中，与您的照护团队并肩合作，以获得早期筛查以及您需要的护理和支持。



听力福利，无需挂号费！

通过 EPIC Hearing，您可以为每只耳朵获得价值 1200 美元的听力硬件，无需挂号费，上门就诊或线上就诊皆可。访问 myseiu.be/epic，开始行动吧。

Sean B.
看护人, Seattle



通过使用急诊室的替代方案节省开支。

如果您需要及时护理，寻找最近的紧急照护中心或与您的医生预约当天就诊。这样做可以节省 200 美元。

及时护理与急救护理不同。如果您正遭受危及生命的状况，如心脏病发作或中风，则应该去急诊室。如果您遭遇轻微的身体伤害，比如脚踝扭伤，则应该寻求紧急照护。

初级护理医生 / 在线问诊	免费 *
紧急照护	15 美元挂号费
急诊室	200 美元挂号费

* 到初级护理医生处就诊无需支付挂号费，但如果医生要求您去做检查或化验，则您可能需要支付针对这些服务的挂号费。



更多保险信息，请见
myseiu.be/oe-zh

您的处方药福利

Aetna 使用 Sav-Rx Retail Pharmacy Network 提供处方药福利。该网络涵盖了全国 75000 家药店。您在药店须出示您的 Sav-Rx ID 卡才能获取福利。您会在邮件中收到一张单独的 Sav-Rx 卡。

在 Sav-Rx 门户网站上注册一个账户，以便更好地访问和管理您的药店。访问 savrx.com 开始吧。如果有疑问，请联系 Sav-Rx，电话：**800-228-3108**。

Rx 挂号费 (网络内)	药店 30 天供应量	邮购 90 天供应量
非专利避孕药 *	0 美元	0 美元
基于价值的药物 **	4 美元	8 美元
非专利药物	8 美元	16 美元
首选品牌药物	25 美元	50 美元
非首选专利药物和品牌药物	50 美元	100 美元

* 如果您在一个宗教组织工作，那么您的健康计划将不包括避孕药，这是《平价医疗法案》的宗教相关豁免允许的。然而，只要您注册参加某个健康计划，就可以从 Sav-Rx 免费获得这类药物（且无需采取任何额外行动）。

** 这些基于价值的药物是治疗各种健康问题的非专利药物。



自保 Aetna 计划纲要

生效日期：2023 年 8 月 1 日

这只是福利摘要，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。根据《2010 年患者保护和平价医疗法案》：受抚养子女在 26 岁之前有资格参加这一计划。

福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
计划自付额	无年度自付额	个人自付额：每个日历年度 500 美元 家庭自付额：每个日历年度 1000 美元
个人自付额结转	不适用	第 4 季度结转适用
计划共同保险	无计划共同保险	计划支付最高赔付金额的 80%，您支付 20%。
自费限额	医疗自费限额： 个人：800 美元 家庭：1600 美元 处方药自费限额： 个人：400 美元 家庭：800 美元 以下承保范围内的服务的自付花销包含在自费限额中。 承保范围内的服务的所有成本分摊。	同网络内
既存状况 (PEC) 等待期	无 PEC	与首选医疗机构网络相同
终生最高限额	无限额	与首选医疗机构最高限额相同
门诊病人服务 (寻医就诊)	15 美元挂号费。如果您在 Aetna 网站上指定了初级护理医生，每次在这名医生处就诊都无需支付挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
医院服务	住院病人服务： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊手术： 50 美元挂号费	住院病人服务： 每天 100 美元挂号费 每次住院最多 5 天。自付额和共同保险适用。 门诊手术： 50 美元挂号费，自付额和共同保险适用
处方药 (某些注射用药物可能包含在门诊病人服务之内)	基于价值的 / 首选非专利药 (第一类) / 首选品牌药 (第二类) / 非首选品牌药 (第三类) 的挂号费分别为 4 美元 / 8 美元 / 25 美元 / 50 美元 胰岛素：首选非专利药 (第一类) / 首选品牌药 (第二类) / 非首选品牌药 (第三类) 的挂号费分别为 0 美元 / 0 美元 / 25 美元	首选非专利药 / 首选品牌药 / 非首选品牌药的挂号费分别为 13 美元 / 30 美元 / 55 美元 胰岛素：首选非专利药 (第一类) / 首选品牌药 (第二类) / 非首选品牌药 (第三类) 的挂号费分别为 13 美元 / 30 美元 / 35 美元
处方药邮购	每 90 天供应量可享受 2 倍处方费用分担	不承保
针灸	每个日历年度 20 次就诊，0 美元挂号费	同首选医疗机构就诊限制 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
救护服务	计划支付 80%，您支付 20%	与首选医疗机构福利相同
化学品依赖	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人： 0 美元挂号费	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天，自付额和共同保险适用。 门诊病人： 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用

福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
器具、设备和用品 <ul style="list-style-type: none"> 耐用医疗设备 医疗用整型用具 乳房切除后所穿胸罩，每六 (6) 个月限制为两 (2) 件 造口用品 假肢器具 	承保 50%	承保 50%，自付额适用
糖尿病用品	胰岛素、针头、注射器、柳叶刀 — 详见“处方药”。外部胰岛素泵、血糖监测、检测试剂和用品 — 详见“器具、设备和用品”。当器具、设备和用品或处方药在承保范围之内且有福利限制时，糖尿病用品则不受这些限制。	胰岛素、针头、注射器、柳叶刀 — 详见“处方药”。外部胰岛素泵、血糖监测、检测试剂和用品 — 详见“器具、设备和用品”。当器具、设备和用品或处方药在承保范围之内且有福利限制时，糖尿病用品则不受这些限制。
诊断实验室和 X 光服务	住院病人： 包含在医院服务之内 门诊病人： 全部在承保范围内	住院病人： 包含在医院服务之内 门诊病人： 自付额和共同保险适用
急救服务 (如果住院，则免收挂号费)	200 美元挂号费	200 美元挂号费
听力测试 (常规)	15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
听力硬件	通过一项单独的福利参保：EPIC Hearing。无挂号费，您还可以获得最高每 3 年每侧耳朵 1200 美元的助听器补贴。访问 myseiu.be/epic ，了解详细信息	通过一项单独的福利参保：EPIC Hearing。无挂号费，您还可以获得最高每 3 年每侧耳朵 1200 美元的助听器补贴。访问 myseiu.be/epic ，了解详细信息
家庭健康服务	每个日历年度总就诊次数最多为 130 次，全部在承保范围内	同首选医疗机构就诊限制，自付额和共同保险适用。
临终关怀服务	全部在承保范围内	自付额和共同保险适用。
不孕症治疗服务	治疗不孕不育的医疗和外科服务以及包括人工授精、体外受精和药物治疗在内的所有相关服务均在承保范围之内，但要视适用的门诊病人服务成本分摊而定，每人终生最高限额为 5 万美元。 生育药物在承保范围之内，但受自付额和 20% 计划共同保险的限制，终生最高限额为 35000 美元	不承保
推拿疗法	未经事先授权，每个日历年度最多 20 次就诊可承保 0 美元挂号费	就诊限制同网络内 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
按摩服务	15 美元挂号费 (20 次就诊 / 日历年度)	同首选医疗机构就诊限制 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
孕产检服务	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人： 15 美元挂号费。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天，自付额和共同保险适用。 门诊病人： 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用。常规护理无需缴纳门诊病人服务挂号费。
心理健康	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人： 0 美元挂号费	住院病人： 每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天，自付额和共同保险适用 门诊病人： 15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
自然疗法	0 美元挂号费。每个日历年度不限次就诊	同首选医疗机构就诊限制，15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
新生儿服务	初始住院： 详见“医院服务”； 寻医就诊： 详见“门诊病人服务”； 常规精心护理： 详见“预防保健护理”。任何适用于新生儿服务的成本分摊都与母亲的成本分摊分开。	初始住院： 详见“医院服务”； 寻医就诊： 详见“门诊病人服务”； 常规精心护理： 详见“预防保健护理”。任何适用于新生儿服务的成本分摊都与母亲的成本分摊分开。

福利	首选医疗机构网络	非首选医疗机构网络
与肥胖相关的手术 (减肥)	符合医疗标准时，成本分摊在承保范围之内	不承保
器官移植	无限制，无等待周期 住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费	不承保
预防保健护理 (生理保健、免疫接种、宫颈刮片 检查、乳房 X 光摄影检查)	全部在承保范围内 女性的预防保健服务（包括避孕药、避孕器和绝育术） 全部在承保范围内。	女性的预防保健服务（包括避孕药、避孕器和绝育术）受适用的 预防保健护理成本分摊和福利最高限额的限制。 常规乳房 X 光摄影检查：自付额和共同保险适用
康复服务 (康复就诊是指每个日历年所进行 的全部联合疗法就诊)	住院病人：每个日历年度 60 天。心理健康诊断服务在 承保范围之内且无限制。每天 100 美元挂号费，每次 住院最多 5 天 门诊病人：每个日历年度 60 次就诊。心理健康诊断服 务在承保范围之内且无限制。15 美元挂号费	住院病人：天数限制同首选医疗机构福利限制。每天 100 美 元挂号费，每次住院最多 5 天。自付额和共同保险适用 门诊病人：就诊限制同首选医疗机构福利限制。15 美元挂号费， 自付额和共同保险适用
专业护理设施	每个日历年度最多 60 天，全部在承保范围内	天数限制同首选医疗机构福利，自付额和共同保险适用
灭菌 (输精管切除术、输卵管结扎)	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费 女性的绝育手术全部在承保范围内。	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天， 自付额和共同保险适用 门诊病人：15 美元挂号费，自付额和共同保险适用 女性的绝育手术在承保范围之内，但受适用的预防保健护 理成本分摊和福利最高限额的限制。
颞下颌关节 (TMJ) 服务	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天 门诊病人：15 美元挂号费	住院病人：每天 100 美元挂号费，每次住院最多 5 天， 自付额和共同保险适用 门诊病人：15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
戒烟咨询	Quit for Life 计划 — 全部在承保范围内	适用的成本分摊适用
常规视力保健 (每 12 个月就诊 1 次)	15 美元挂号费	15 美元挂号费，自付额和共同保险适用
光学硬件 (镜片，包括 隐形眼镜和镜框)	19 岁以下的会员：每年 1 副框镜或隐形眼镜 (共同保险承担 50%) 19 岁及以上的会员：每 12 个月 300 美元	同首选医疗机构福利



Luz C.
看护人, Kennewick

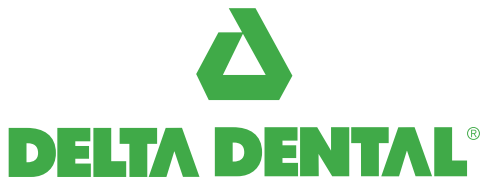
牙科计划 选项

您的牙科保险选择包括在每月 25 美元保险费 (共付保险金) 里。

查看下表, 比较各种牙科计划, 并选择最适合您和您子女的计划。

- 两个牙科计划都提供牙齿矫正福利。
- 如果您已经注册并想要更改牙科计划, 请提交填好的 Health Benefits Application (健康保险福利申请表)。相关机构必须在 7 月 20 日之前收到您填好的申请表, 才能处理您的申请。
- **COVERAGE FOR KIDS (子女保险)**: 您也可以让您的子女参加和您一样的牙科保险, 只需要额外支付 10 美元。更多信息见第 4 页。

	
<p>年度最高赔付额: 2000 美元</p>	<p>年度最高赔付额: 无</p>
<p>自付额: 0 美元</p>	<p>自付额: 0 美元</p>
<p>常规检查: 全部在承保范围内</p>	<p>常规检查: 全部在承保范围内</p>
<p>重点</p> <ul style="list-style-type: none"> • 广泛的卫生保健服务提供者网络, 包括乡村地区。 • 到 PDA 牙医处就诊, 可免费获赠一支 Sonicare 牙刷。 	<p>重点</p> <ul style="list-style-type: none"> • 方便居住在 5 号洲际公路 (I-5 corridor) 的看护人。 • Willamette Dental Group 的牙医, 您不容错过。



PPO 计划

生效日期：2023 年 8 月 1 日

受益期：1/1/2024-12/31/2024

受益期最大值 *

(每人；不适用于第 1 类)：2000 美元

牙齿矫正 — 成人和儿童：

50%，每人终生最高限额

2000 美元

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 **800-554-1907** 联系 Delta Dental 客服部门，或访问 DeltaDentalWA.com。

	Delta Dental PPO 牙医	Delta Dental Premier 牙医	网络外牙医
受益期自付额			
不适用于第 1 类和牙齿矫正 网络外 — 50 美元 (每人)	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%

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。

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。

最大限度利用您的 Delta Dental 福利

选择一名网络内牙医

您的计划让您能够访问 Delta Dental PPO 网络。当您到 Delta Dental PPO 牙医处就诊时，才能最大限度利用您的福利。本计划中还包含访问 Delta Dental Premier® 网络的权限，如果需要，它可以帮助您查找在您区域之外的 PPO 牙医。这意味着您能够避免较高的“网络外”费用。

查找附近的网络内牙医：

1. 访问 DeltaDentalWA.com。
2. 点击 "Online Tools" (在线工具) 并使用 "Find a Dentist" (寻找牙医) 工具。
3. 选择 "Delta Dental PPO" 筛选搜索结果。

	PPO	Premier	网络外
您的计划内牙科网络	●		
最大限度利用福利，意味着最少的自付费用	●		
为您存档索赔表格	●	●	
提供我们的质量管理和费用保护	●	●	
无费用保护，意味着较高的自付费用			●

访问 DeltaDentalWA.com 创建 MySmile® 帐户

全天候随时安全访问您的 ID 证、福利信息、自付费用估算以及其他内容！我们的 "Find your member ID" (查找您的会员 ID) 工具让注册变得无比简单。

定期到牙医处就诊

您的计划覆盖每年的预防保健护理就诊。定期清洁和检查牙齿非常重要，可以保护您的微笑、健康以及预防将来可能出现的问题。

获得自付费用估算

获知要支付的费用可以帮助您和您的牙医对治疗做出计划，以最大限度地利用您的福利。

- **MySmile Cost GenieSM** 让您获得即时费用估算。这对于基础治疗（如补牙）来说非常有用。仅需登录 MySmile 帐户便可获得您的个性化估算。
- 如果需要全面治疗（如戴牙套），请让您的牙医做出“预决定”。您会收到您的牙医发出的**治疗和费用确认**。上面会详细列出治疗计划、您的福利覆盖范围以及您还需付给牙医的治疗费用。



获得免费的 Sonicare 牙刷

对于 Delta Dental 成员，如果您是
新患者，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

有疑问？ 请致电 Delta Dental 800-554-1907

周一至周五上午 7 点至下午 5 点

由 Willamette Dental of Washington, Inc 承保。本计划提供广泛的承保服务，以诊断和治疗牙齿及其支持组织的各种疾病或问题。下面的列表提供了您的计划所承保的一些最常见的手术的信息。访问 myseiu.be/oe-willamette，了解更多信息。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
一般性及畸齿矫正寻医就诊	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 **
综合畸齿矫正治疗	您要支付 2500 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，则挂号费计入综合畸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。

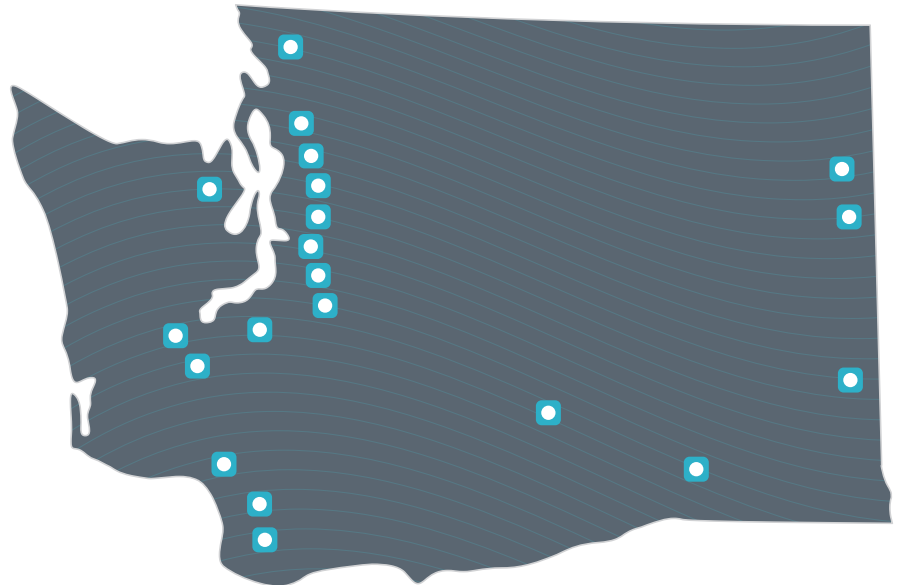
最大限度利用您的 Willamette Dental 福利

高质量、可负担的牙科保险

有了 Willamette Dental，您将不会有年度最高赔付额。也就是说，如果您一年需要进行很多牙科治疗，比如手术或多次洗牙，那么所产生的费用将继续在承保范围内。

查找您附近的牙医

Willamette Dental 在华盛顿西部设有很多便利的地点，如果您住在 5 号洲际公路 (I-5 corridor) 沿线，那您很容易就能找到一位 Willamette 牙医。要找到距您最近的牙医，请访问 locations.willamettedental.com，然后在搜索栏输入您的邮政编码。您还可以找到有关 Willamette 牙医的最新信息，包括地址、说明、工作时间以及患者评级和评论。



预约就诊

首次预约牙科，请致电 1-855-433-6825（太平洋时间周一至周五上午 7 点至下午 5:30；周六上午 7 点至下午 1 点）。



有疑问?详情请见：
myseiu.be/oe-willamette

常见保险术语

初级护理服务提供者

初级医疗服务提供者是指您可以前去看诊以便获得继续护理的医生或其他卫生保健服务提供者，比如护士或助理医师。您可以通过健康计划的网站选择初级医疗服务提供者。有些计划可能会为您分配一位提供者，但您可以随时更改。

放弃或放弃保险

如果您不愿意参加健康保险或希望终止您或您的（已参保）受抚养人的保险，则可以在 Health: My Plan 上填写一份在线表格，或致电客户服务申请一份纸质表格。如果您选择放弃保险，您可能直到下一个 Open Enrollment（健康保险年度申请期）期间或者您发生了符合资格的生活事件时，才能做出变更。

共付保险金 / 保险费

保险费是您每月健康保险的全部费用。共付保险金是您支付的全部健康保险的百分比或固定金额。例如，个人保险的共付保险金是每月 25 美元。如果您为受抚养人注册，牙科保险为 10 美元，Coverage for Kids（子女保险）为 100 美元。

共同保险

共同保险是在您达到自付额之后（如果计划中有自付额的话），您为所使用的医疗服务支付的费用的百分比。

挂号费

挂号费是到医生处看诊、看急诊和开处方时所付的费用。有些计划要求您支付挂号费，而不是要求达到自付额。还有些计划可能要求您两者都支付。您的挂号费不计入自付额，但计入自费限额。

会员 ID

您的会员 ID 是关联您身份的唯一号码，卫生保健服务提供者及其工作人员可以借此核实您的保险范围并安排服务付款。这也是健康保险公司用来查找特定会员的号码。您的会员 ID 编号可从会员 ID 卡上找到。

门诊病人服务和住院病人服务

住院病人服务要求您留在医院或医疗机构过夜。例如，生孩子或做手术。门诊病人服务即不要求您留在医院或医疗机构的任何服务。

受抚养人

受抚养人是指有资格通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得您计划中的保险的子女（在他们满 26 岁前）。有关符合资格的受抚养人的完整清单，请访问 myseiu.be/cfk-zh。

网络

您的网络由设施、卫生保健服务提供者（医生、护士）和供应商组成，您的健康计划与他们签订了提供卫生保健服务的合同。

网络内和网络外

网络内服务是指您的健康计划覆盖的服务，您可以支付较低的挂号费 / 共同保险或不需要挂号费 / 共同保险，即可获得这些服务。网络外服务是指那些可能仍然包含在或不包含在您的保险范围内的服务，但较之网络内服务，需要支付更高的挂号费或共同保险。

资格要求

如果您连续两个月每月工作的工时至少达 80 小时，即有资格通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得个人健康保险。要保持健康保险的资格，您每月工作的工时必须连续达 80 小时。如果您每月工作 120 小时或以上，则您有资格为您的受抚养人注册参加保险。

自费限额

自费限额是指在您的计划开始支付今年剩余时间 100% 的医疗费用之前，您必须支付的总额。一般来说，挂号费、自付额、共同保险和覆盖的网络内付款都计入这个限额。

自付额

自付额是在您的计划开始支付之前，您在保险期内（通常为一年）为所覆盖的卫生保健服务支付的金额。自付额可能不适用于所有的服务，也不是所有计划都有自付额。对于某些计划，自付额可能只适用于网络外服务。



Teresa M.
看护人, Spokane

COBRA

什么是 COBRA ?

COBRA (统一综合预算协调法案) 通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 帮助失去健康保险的看护人及其子女。通过 COBRA, 当您失去您的保险或 Coverage for Kids (子女保险) 时, 您支付月度保费即可继续享受健康保险。

如果发生以下情况, 您的 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 保险将终止:

您一个月的工时没有达到参保要求 (您的保险需要 80 小时, Coverage for Kids [子女保险] 需要 120 小时)。如果您有 Coverage for Kids (子女保险), 而您每月的工时不足 120 小时, 那么您子女的保险将终止, 但如果您每月工作 80 小时或以上, 您的保险将继续。因此, 及时报告工时很重要。

如果工时不足, 您的保险会在 2 个月后终止。如果发生这种情况, 您将在邮件中获得有关 COBRA 的信息以及如何申请。

需要更多工时?

如果您是个人护理服务提供者 (IP) 且需要更多工时以继续享受通过 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 获得的保险, 请试试 Carina, 一个将看护人与其所在地区的客户进行匹配的免费、安全的网站。详情请见 myseiu.be/oe-carina。

COBRA 当前每月费用 (截至 2023 年 8 月 1 日)

COBRA	医疗	Delta Dental	Willamette Dental
看护人	973.08 美元	60.18 美元	59.16 美元
看护人和子女	1673.82 美元	140.76 美元	131.58 美元

其他健康保险

如果您已不再从事看护工作且需要寻找长期的健康保险, 请访问 Washington Healthplanfinder。您可以访问 wahealthplanfinder.org, 了解自己是否有资格享受免费的 Washington Apple Health, 或者比较其他健康保险。

对 COBRA 保险有疑问?

请致电 1-877-606-6705 联系客户服务。

重要联系信息

客户服务

获得申请帮助、语言帮助，以及关于
保险、COBRA 和其他方面疑问的解答。

1-877-606-6705

(周一至周五早上 8 点至下午 6 点)

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Aetna

会员服务

855-736-9469

aetna.com

行为健康

800-424-4047

aetna.com

24 小时护士热线

800-556-1555

aetna.com

找到合适的 PCP

888-982-3862

aetna.com

Delta Dental

1-800-554-1907

deltadentalwa.com

Willamette Dental

1-855-433-6825

myseiu.be/oe-willamette

EPIC Hearing

1-866-956-5400

myseiu.be/epic



Lucky M.
看护人, Goldendale

有疑问或需要语言方面的帮助：
致电 1-877-606-6705

周一至周五早上 8 点至下午 6 点

Ver en español: myseiu.be/oe-es

查看中文版: myseiu.be/oe-zh

한국어로 보기: myseiu.be/oe-ko

Посмотреть на русском: myseiu.be/oe-ru

Переглянути укр: myseiu.be/oe-ua

Xem bằng Tiếng Việt: myseiu.be/oe-vi

Ku eeg Af-Soomaali: myseiu.be/oe-so

ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ: myseiu.be/oe-pa

ភាសាជាតិខ្មែរ: myseiu.be/oe-kh

عرض باللغة العربية: myseiu.be/oe-ar

For questions about this application or language assistance, call **1-877-606-6705**

Health Benefits Application

If you are already enrolled, you do not need to fill out an application unless you want to make changes to your coverage. The fastest and easiest way to enroll or make changes is online using Health: *My Plan* at myseiu.be/oe-myplan.

THIS IS AN APPLICATION, NOT A GUARANTEE OF ENROLLMENT FOR COVERAGE.

- If you submit an application and are eligible, you will receive an enrollment confirmation letter at the beginning of your coverage month. If you do not get a letter within 30 days of submitting an application please call **1-877-606-6705**.
- If you are not eligible at this time, you can still submit a completed application, but coverage will not be effective until you become eligible. Your application will remain on file until you become eligible, for up to 1 year.

I am Applying for coverage Changing my dental plan Adding/removing a child (dependent)	Check One Open Enrollment New Employee Qualifying Life Event	Check One for Qualifying Life Event (Documents may be required) Marriage/Domestic Partnership Involuntary Loss of Coverage Birth Divorce Court Order/Adoption/Legal Guardianship
For more information or if your Qualifying Life Event is not listed here, call 1-877-606-6705.		

1. HOME EMPLOYER* INFORMATION (Required)

Employer Name:	Agency Branch (APs) or IPOne # (IPs):
----------------	---------------------------------------

*This is the employer who will deduct your monthly co-premium from your paycheck. Your home employer may be reassigned in the future to another employer, based on your number of monthly hours worked.

2. CONTACT INFORMATION

First Name:	MI:	Last Name:	
Social Security Number:	Gender:	Male Female	Date of Birth:
Home Address:	City:	State:	ZIP:
Phone (Home):	(Cell):	Preferred Language:	
Preferred Method of Contact:	Phone Email	Personal Email Address:	

3. MEDICAL AND DENTAL PLANS

Medical: Your plan is assigned by ZIP code and is Aetna Life Insurance Company
Dental: Select your plan* Delta Dental of Washington Willamette Dental of Washington, Inc.**

*If you are enrolling and have not selected a dental plan, Delta Dental of Washington will be selected for you.
 **Willamette Dental requires use of in-network dentists. For more information, please reference your Health Benefits Guide.

PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.

4. COVERAGE FOR KIDS (DEPENDENT) ENROLLMENT INFORMATION

ELIGIBILITY FOR COVERAGE FOR KIDS

If you work 120 hours or more per month, you can enroll your dependent children for coverage. Dependent children can be covered up to their 26th birthday regardless of marital status, student status or eligibility for other group coverage. If children of the primary insured are covered, children of Domestic Partners are covered on the same basis. Caregivers and their children can only be on one plan through SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust at a time.

You can choose between 2 coverage types for each child:

- Medical and dental Coverage for Kids for \$100 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.
- Dental-only Coverage for Kids for just \$10 per month, plus \$25 for your medical and dental coverage.

Your total monthly premium cost for coverage will not exceed \$100 for all dependents covered, plus \$25 for your coverage.

	Medical & Dental	Dental Only
Just You	\$25	-
You + 1 kid	\$125	\$35
You + 2 kids	\$125	\$35
You + 3 or more kids	\$125	\$35

YOU CAN ADD KIDS TO YOUR COVERAGE:

- When you enroll for the first time.
- If you have a Qualifying Life Event
- During the annual Open Enrollment period (July 1-20).

If you are not currently working at least 120 hours per month and you want Coverage for Kids, you can still apply and submit your Dependent Verification; Coverage for Kids will begin when you start working at least 120 hours per month.

KEEPING COVERAGE

If you fall below 120 hours worked per month, your child(ren) will be automatically be dropped from your coverage. To get and keep coverage for yourself, you only need to work 80 hours or more per month.

For questions about this application or language assistance, call
1-877-606-6705

TO ADD CHILD DEPENDENT(S), YOU MUST:

- ✓ Submit your **Health Benefits Application** online using Health: *My Plan* at myseiu.be/oe-myplan or by using this paper form. Paper applications must be mailed to the address on the last page.
- ✓ Submit a **Dependent Verification** document that verifies your relationship to your child(ren).
- ✓ Begin paying your **monthly payment (co-premium)** through automatic payroll deduction.

APPLICATION

For each child you enroll, you must provide their information, Social Security number and select the coverage type. This is required by federal regulations.

You can add up to 3 children on one application. If you want to add more dependent children, you can use additional applications to do so.

DEPENDENT VERIFICATION

When you enroll your dependent children, you will need to submit a document that verifies your relationship to them before coverage can begin. You must send a document for each child you enroll.

Some examples of documents that can be used for Dependent Verification include:

- A copy of your child's birth certificate.
- A copy of your child's foster, legal guardianship or adoption certificate.
- A copy of your most recent federal tax return that lists your dependent(s).

If you are adding the child of a domestic partner, you will need to fill out an additional form. Contact customer service at 1-877-606-6705 for more information.

It is recommended that you submit your Dependent Verification document(s) with your Health Benefits Application. If you are unable to do so, you must submit your Dependent Verification document(s) within 60 days of submitting your Application. If you send your Dependent Verification separately, please make sure to label it with your first and last name and the last four digits of your Social Security number.

PLEASE CONTINUE TO FOLLOWING PAGE TO COMPLETE AND SIGN YOUR HEALTH BENEFITS APPLICATION.

COVERAGE FOR KIDS ENROLLMENT INFORMATION

If you are adding Coverage for Kids, you will need to choose between medical and dental coverage for \$100 or dental-only for \$10, for each child you enroll. If you do not choose an option, you will automatically get the medical and dental option (\$100).

1. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		
2. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		
3. Name (Last, First, MI):		Relationship to Employee:	Gender:
Add Remove		Child	Male Female
Social Security Number:	Select Coverage:	Date of Birth (MM/DD/YY):	
	Medical and Dental (\$100) Dental-only (\$10)		

VERY IMPORTANT: YOU MUST READ AND SIGN THIS FORM FOR COVERAGE TO TAKE EFFECT

I hereby apply for enrollment or change of enrollment in SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust health coverage as indicated on this application. I understand that the SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust and its claims administrators may collect, use and disclose protected health information about each individual enrolled under this application in order to carry out their routine business functions, including but not limited to, determining eligibility for benefits, paying claims, coordinating benefits with other insurance carriers or payers, underwriting and conducting case management, care management and quality reviews. The undersigned acknowledges that the Trust will rely on the information provided. It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

By signing below, I agree to the required monthly payroll deduction for my health coverage. In the event of an involuntary loss of Trust coverage, if minimum hour eligibility requirements are met again within 12 months from the date of coverage loss, coverage will be automatically reinstated. I understand if my hours drop below 80 through my primary employer, the Trust may combine my hours from other home care agencies or the state to meet the 80 hour requirement and keep me enrolled in my health plan. I understand that if I do not work 120 hours, and/or do not pay the premium, my eligible dependent will lose their health coverage. I understand that in order for them to be reinstated, I am responsible for paying the owed co-premiums for said dependents. I understand that if I voluntarily drop coverage, I will not have COBRA rights and will not be able to apply for coverage again until the next annual Open Enrollment or if there is a qualifying life event.

PLEASE RETURN YOUR FORM BY MAIL TO:

SEIU 775 Benefits Group
 PO Box 24811, Seattle WA 98124
 Or fax it to: 516-723-7395

 Signature

 Date Signed

 Name (please print)