



2023년도 OPEN ENROLLMENT
(건강 보험을 위한 연례 등록)

건강 혜택 가이드



Evelyn K.
간병인, 데스 모인스

7월 1일부터 7월 20일까지
myseiu.be/oe-ko에서 건강
보험에 가입하거나 변경하십시오.

변경을 원하지 않는 경우에는 조치가 필요하지 않습니다.

올해의 새로운 사항 - Coverage for Kids
(자녀를 위한 보장)!

자녀를 위해 동일한 고품질 의료 및 치과 보장을 받으십시오!

Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록)는 이러한 새로운 혜택을 추가할 수 있는 기회입니다.

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
සෘජුකථාකරන්න: myseiu.be/oe-kh
myseiu.be/oe-ar: عرض باللغة العربية

**질문 또는 언어 도움말:
1-877-606-6705로
전화하십시오.**

오전 8시~오후 6시, 월요일~금요일



SEIU 775
BENEFITS GROUP

간병인 여러분,

7월 1~20일은 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간 동안 고품질의 저비용 의료 보장을 받을 수 있는 기회입니다.

간병인은 사랑하는 사람과 지역 사회가 건강하고 안전하게 지낼 수 있도록 중요한 역할을 합니다. 여러분도 적절한 보살핌을 받을 자격이 있습니다!

이 때문에 SEIU 775 Benefits Group의 건강 플랜은 간병인을 염두에 두고 설계되었습니다. 의료, 치과, 치열 교정, 시력, 청력, 정서적 건강, 처방 혜택 등이 모두 포함되어 있으며 월 \$25의 저비용으로 보장을 받을 수 있습니다.

여러분은 자녀에게도 건강 보장이 적용되는 것이 얼마나 중요한지 말씀해 주셨습니다. 저는 올해의 빅 뉴스인 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 제공할 수 있게 되어 기쁩니다! Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 여러분이 받고 있는 혜택과 동일한 최고의 보장을 귀하의 자녀에게 제공합니다. 4 페이지에서 이러한 새로운 혜택에 대해 자세히 알아보세요.

매년 저희는 여러분과 여러분의 가족에게 차별화된 혜택을 제공하도록 여러분의 의료 보장을 개선하기 위해 노력하고 있습니다.

본 건강 혜택 가이드를 이용하면 다음과 같은 이점을 얻을 수 있습니다.

- 여러분의 건강 플랜에 대해 더욱 잘 이해할 수 있습니다.
- 의료 보장에 처음으로 등록하거나, 현재 보장에 자녀를 추가하거나, 치과 플랜을 변경할 수 있습니다.
- 이용 가능한 다른 혜택에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.

SEIU 775 Benefits Group을 대표하여 다른 사람들을 간병해주셔서 감사합니다! 여러분과 여러분 자녀의 건강 및 웰빙을 위해 고안된 의료 보장을 제공하게 되어 기쁩니다.

건강하십시오.

Merissa Clyde
최고 경영자(CEO)
SEIU 775 Benefits Group



목차

3 귀하를 위한 건강 보장

한 달에 80시간 이상 일하는 경우 의료 및 치과 보험 혜택을 받을 수 있습니다.

4 Coverage for Kids (자녀를 위한 보장)

한 달에 120시간 이상 일하면 자녀를 위한 의료 및 치과 보장 혜택을 받을 수 있습니다.

5 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받는 방법

피부양자 확인서 및 진행해야 할 기타 단계에 대해 자세히 알아보십시오.

6 신청/변경 시기

새로운 보장에 가입하거나 기존 보장을 변경할 수 있는 시기를 확인하십시오.

8 등록/변경 방법

온라인 또는 우편을 통해 보장을 등록하거나 변경하는 방법에 대한 지침을 참조하십시오.

9 보장을 유지하는 방법

보장을 유지하는 방법과 보장을 상실한 경우에 어떻게 해야 하는지 알아보십시오.

10 기타 혜택

삶의 질에 도움이 될 수 있는 다른 무료 혜택에 대해 알아보십시오.

11 건강 보험 요약서

플랜 세부 정보와 보장을 최대한 활용하는 방법을 참조하십시오.

16 치과 옵션

2가지 선택 가능한 치과 플랜인 Delta Dental 및 Willamette Dental에 대해 알아보십시오.

21 일반적인 보험 용어

귀하의 보장에 대해 더욱 잘 이해할 수 있도록 공통적인 일부 보험 약관의 내용을 확인하십시오.

22 COBRA

보장을 상실한 경우 COBRA가 지속적인 의료 보장을 제공하는 방법에 대해 알아보십시오.



Maureen C.
간병인, 스포켄

올해의 새로운 사항!

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장) 받기

한 달에 120시간 이상 일하면 자녀(26세 생일까지)를 귀하의 보장에 추가할 수 있습니다!

다음 두 가지 보장 옵션 중에서 선택하십시오.

- 모든 자녀에 대해 매월 단 \$100로 완전한 의료 및 치과 보장(자신의 보장을 위한 보험료 \$25 추가).*
- 모든 자녀에 대해 단 \$10로 **치과 전용 보장**(자신의 보장을 위한 보험료 \$25 추가).

4페이지와 5페이지에서 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받는 방법에 대해 자세히 알아보십시오.

*귀하를 위한 보장과 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 포함된 월 보험료(공동 보험료)는 \$125입니다.

귀하를 위한 새로운 혜택

올해 귀하의 보장에 대한 변경 사항:

- 선호하는 제네릭 및 선호 브랜드 인슐린에 대한 공동 부담금 \$0.
- 이제 연간 최대 20회까지 보장되는 대체 치료(예: 침술 및 지압요법 치료)에 대한 혜택이 증가했습니다.
- 무제한 자연 요법 치료.
- 임신 필요 사항에 대한 새로운 약국 혜택을 포함하여 개선된 불임 혜택.

13페이지의 플랜 요약에서 보장되는 다른 내용을 확인하십시오.

의료 보장을 위한 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록): 7월 1~20일

이번 7월 20일은 다음 사항에 대한 마감일입니다.

- ✓ 자격이 있고 아직 등록하지 않은 경우 보장을 신청합니다.
- ✓ 이미 등록된 치과 플랜을 변경합니다.
- ✓ Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받으세요!
한 달에 120시간 이상 일한 경우 자녀를 위한 의료 및/또는 치과 보장 혜택을 추가합니다.

작성한 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)를 7월 20일까지 온라인 또는 우편으로 제출하십시오.

신청하는 방법에 대한 자세한 내용은 7 페이지를 참조하십시오.

Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 중 변경된 사항은 2023년 8월 1일부터 적용됩니다. 현재 보장을 변경하지 않는 경우에는 조치가 필요하지 않습니다. 조치를 취하지 않는 경우, 출산 또는 기타 의료 보험 상실과 같은 적격 생활 사건이 없는 한 다음 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간까지 신청하거나 변경할 수 없습니다.

**신청하는 데 도움이 필요하거나 질문이 있습니까?
1-877-606-6705로 전화하십시오.**

귀하를 위한 보장

매월 단 \$25에 고품질
건강 및 치과 보장을 다음
혜택과 함께 받으십시오.

무료 1차 진료

의료

치과

치과교정학

정서적 건강

시력

청력

불임

성 정체성 확증 케어

처방약

대체 치료

지압요법 치료

건강 플랜 요약에 대한 자세한 내용은
11페이지를 참조하십시오.

자격을 얻고 유지하려면 어떻게 해야 하나요?

SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통해 의료 혜택을 받으려면
2개월 연속으로 매월 80시간 이상을 근무해야 하고, 이후에도 계속해서 매월
80시간 이상을 근무해야 보장을 유지할 수 있습니다.

언제 신청할 수 있나요?

다음 세 가지 시점 중 언제든지 보장을 신청할 수 있습니다.

- ✓ 매년 7월 1~20일인 **Open Enrollment**(건강 보증을 위한 연례 등록) 기간 동안.
- ✓ 처음으로 보장을 받을 자격이 되는 경우에.
- ✓ 배우자나 다른 보험사를 통해 받았던 보장이 상실되는 것과 같은
"적격 생활 사건"이 있는 경우. 6페이지에서 자세히 알아보십시오.

어떻게 신청하나요?

다음과 같은 방법으로 보장을 신청할 수 있습니다.

- Health: *My Plan*을 통해 온라인(myseiu.be/oe-myplan).
- 이 패킷에 포함된 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서) 사용.

신청 방법은 7페이지에서 확인할 수 있습니다.

보장은 언제 시작되나요?

자격 기준을 충족하고 Open Enrollment(건강 보증을 위한 연례 등록) 기간 동안
Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 작성한 경우, 귀하의 보장은
2023년 8월 1일에 시작됩니다.

보장을 어떻게 유지할 수 있나요?

보장을 유지할 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

- ✓ 계속해서 월 80시간 이상 근무
- ✓ 계속해서 매월 \$25 보험료(공동 보험료)를 지불

보장을 상실하면 어떻게 됩니까?

보장을 상실한 경우 COBRA를 통해 보장을 지속하는 방법에 대한 정보를
받게 됩니다. 22페이지에서 자세히 알아보십시오. 12개월 이내에 다시
매월 최소 80시간 일을 하기 시작하면 보장이 자동으로 재개됩니다. 자세한
내용은 9페이지를 참조하십시오.

Coverage for Kids

(자녀를 위한 보장)

올해의 새로운 사항! 자녀(26세 생일까지)를 보장에 추가할 수 있습니다.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 통해 자녀는 월 \$100에 의료 및 치과 보장을 받거나 월 \$10에 치과 전용 보장을 받을 수 있습니다. 귀하의 자녀는 정서적 건강, 치아 교정, 건강 방문 등을 포함하여 귀하와 동일한 모든 혜택을 받습니다.

비용은 얼마입니까?

자녀를 의료 및 치과 보장에 등록하는 경우, 월 보험료는 한 달에 \$100이며 자신의 보장을 위한 보험료 \$25가 추가됩니다. 자녀를 치과 보장에만 등록하는 경우, 월 보험료는 한 달에 \$10이며 자신의 보장을 위한 보험료 \$25가 추가됩니다. Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)에 대한 월 보험료는 자녀 수에 관계없이 동일한 금액입니다!

	의료 및 치과	치과 전용
본인만 해당	\$25	제공되지 않음
본인 + 자녀 1인	\$125	\$35
본인 + 자녀 2인	\$125	\$35
본인 + 자녀 3+인	\$125	\$35

질문이 있거나 Coverage for Kids (자녀를 위한 보장) 신청에 도움이 필요한 경우에는 1-877-606-6705로 전화하십시오.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 어떻게 받습니까?

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받으려면 **매월 120시간 이상을 근무해야 하고**, 계속해서 매월 120시간 이상을 근무해야 보장을 유지할 수 있습니다.

현재 120시간 이상 근무하지 않지만 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받으려는 경우에도 Open Enrollment(건강 보장을 위한 연례 등록) 기간 동안 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 작성하십시오. 한 달에 120시간 이상 일하기 시작하면 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 시작됩니다.

언제 신청할 수 있나요?

다음과 같은 경우에 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 신청할 수 있습니다.

- ✓ 매년 7월 1~20일인 **Open Enrollment(건강 보장을 위한 연례 등록) 기간 동안.**
- ✓ **처음으로 보장을 받을 자격이 되는 경우.**
- ✓ 자녀를 갖거나 입양하는 것과 같은 **"적격 생활 사건"이 있는 경우.**
6페이지에서 자세히 알아보십시오.

어떻게 신청합니까?

다음과 같은 방법으로 보장을 신청할 수 있습니다.

- Health: My Plan을 통해 온라인(myseiu.be/oe-myplan).
- 이 패킷에 포함된 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서) 사용.

귀하의 보장에 자녀를 추가하기로 선택한 경우, 추가하는 각 자녀의 관계를 확인하는 피부양자 확인서를 제출해야 합니다. 신청 지침 및 피부양자 확인서에 대한 자세한 내용은 5페이지에서 확인할 수 있습니다.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 언제 시작됩니까?

자격 기준을 충족하고 Open Enrollment(건강 보장을 위한 연례 등록) 기간 동안 작성된 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 제출하면 2023년 8월 1일부터 보장이 시작됩니다.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 어떻게 유지합니까?

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 유지하려면 다음 조건을 지켜야 합니다.

- ✓ 계속해서 월 120시간 이상 근무해야 합니다.
- ✓ 귀하와 귀하의 부양 자녀를 위해 월 보험료(공동 보험료)를 계속 지불해야 합니다.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 상실하면 어떻게 됩니까?

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 상실한 경우 COBRA를 통해 보장을 지속하는 방법에 대한 정보를 받게 됩니다. 22페이지에서 자세히 알아보십시오. 다시 매월 최소 120시간 일을 하기 시작하면 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 자동으로 재개됩니다. 한 달에 80시간 이상 근무하는 이상 개인 보장은 지속됩니다.

Coverage for Kids (자녀를 위한 보장)를 받는 방법

한 달에 120시간 이상 일하면 부양 자녀(26세 생일까지)에 대한 의료 및/또는 치과 보장을 받을 수 있습니다!

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받는 방법

귀하의 보장에 자녀를 추가하려면:

- ✓ 한 달에 최소 120시간 일하십시오.
- ✓ Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)의 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장) 섹션을 작성하여 온라인 또는 우편으로 제출하십시오. 자녀를 위한 보장 옵션을 선택해야 합니다(\$100에 의료 및 치과 또는 \$10에 치과 전용).
- ✓ Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 작성하여 자녀와의 관계를 확인하는 피부양자 확인서를 제출하십시오.
- ✓ 자녀를 위해 선택한 보장 옵션에 필요한 월 보험료를 지불하십시오(의료 및 치과 보장의 경우 \$100, 치과 전용 보장의 경우 \$10). 여기에는 귀하의 개인 공동 보험료 금액이 포함되지 않습니다. 자세한 내용은 4페이지를 참조하십시오.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)에 누구를 추가할 수 있습니까?

적격한 자녀(26세 생일까지)를 추가할 수 있습니다.

적격 부양 자녀의 몇 가지 예를 들면 다음과 같습니다.

- 생물학적 자녀.
- 입양아.
- 동거인의 의붓자녀 또는 자녀.

부양 자녀 자격이 있는 사람에 대한 전체 목록을 보려면 myseiu.be/cfk-ko를 방문하십시오.

피부양자 확인

부양 자녀를 등록할 때, 보장을 시작하기 전에 자녀와의 관계를 확인해야 합니다. 등록하는 각 자녀에 대해 문서를 보내야 합니다.

작성된 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)과 함께 피부양자 확인서를 제출하도록 권장합니다. 그렇게 할 수 없는 경우 **9월 30일**까지 피부양자 확인서를 제출해야 합니다. 피부양자 확인서를 별도로 보낼 경우 이름과 성, 사회보장번호의 마지막 4자리를 기재해 주십시오.

피부양자 확인을 위해 허용되는 문서

피부양자 확인에 사용할 수 있는 문서의 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 자녀의 출생 증명서 사본.
- 자녀의 양부모, 법적 후견인 또는 입양 증명서 사본.
- 피부양자가 명시된 최근의 연방 세금 보고서 사본.

동거인의 자녀를 추가하는 경우 추가 양식을 작성해야 합니다. 허용되는 전체 문서 목록을 보려면 myseiu.be/cfk-ko를 방문하십시오. 등록하는 각 자녀에 대해 하나의 피부양자 확인서를 제출해야 합니다.

신청 또는 변경 시점

처음으로 자격이 되었을 때, Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 중 또는 적격 생활 사건이 있는 경우 고품질의 저비용 의료 보험을 신청할 수 있습니다.

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

Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록)은 매년 보장을 신청하거나 변경할 수 있는 기회입니다. 7월 20일은 다음 사항에 대한 마감일입니다.

- 자격이 있고 아직 등록하지 않은 경우 보장을 신청합니다.
- 이미 등록된 치과 플랜을 변경합니다.
- Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 받으세요! 한 달에 120시간 이상 일하면 자녀를 위해 동일한 고품질 보장을 받을 수 있습니다.

Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)이 처리되려면 7월 20일까지 접수되어야 합니다. Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 중 변경된 사항은 2023년 8월 1일부터 적용됩니다.

보장을 변경하지 않으려는 경우에는 조치가 필요하지 않습니다. 현재와 동일한 보장을 계속 받으실 것입니다! 적격 생활 사건이 없는 한 다음 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간까지 신청하거나 변경할 수 없습니다.

적격 생활 사건(QLE) 특별 등록 기간

적격 생활 사건은 자녀를 갖거나 다른 보장을 상실하는 것과 같은 생활 상황의 변화로서, 30일 특별 등록 기간에 대한 자격이 되어 연례 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 이외의 건강 보험에 등록할 수 있습니다. 30일 기간은 사건이 발생한 시점에 시작되며 30일 기간 내에 신청서를 작성하여 제출해야 합니다.

QLE 특별 등록 기간의 자격이 될 수 있는 생활 사건:

- 아기를 갖거나 입양.
- 다른 의료 보장 상실.
- 이혼.



Luz C.
간병인, 케너워

Health: My Plan에서 로그인 생성



Health: My Plan에 대한 로그인을 생성할 때, 보장을 간편하게 신청하거나 변경할 수 있습니다.
myseiu.be/oe-myplan으로 이동하거나 QR 코드를 스캔하고 다음 단계를 따르십시오.

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

5 단계: 사용자 이름, 비밀번호 및 보안 질문을 작성합니다.

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

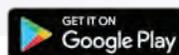
6 단계: 연락처 정보 입력하고 연락 방법을 저장합니다.

3 단계: 우편 번호와 생년월일을 입력합니다.

4 단계: 이용 약관을 검토하고 동의합니다.

7 단계: 저장을 확인합니다.

스마트 폰에 MyCreateHealth 모바일 앱을 다운로드해서 Health: My Plan을 간편하게 사용합니다.
MyCreateHealth 모바일 앱은 iPhone의 App Store 또는 Android 휴대폰의 Google Play Store에서 구할 수 있습니다.



신청 또는 변경 방법

자신이나 자녀를 위해 보장을 변경하거나 신청하는 가장 쉬운 방법은 Health: My Plan을 통해 온라인으로 하는 것입니다.

Health: My Plan myseiu.be/oe-myplan

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: Health: My Plan을 통해 가입 절차를 진행합니다.

- Home Employer(홈 고용주)를 선택합니다. Home Employer(홈 고용주)가 월급에서 공동 보험료를 공제할 것입니다. 고용주가 둘 이상인 경우 Home Employer(홈 고용주)는 가장 많은 시간을 함께 일하는 고용주로 자동 설정됩니다. 1-877-606-6705로 전화하여 Home Employer(홈 고용주)를 변경할 수 있습니다.
- 각 혜택에 대한 자격 정보가 표시됩니다.

3 단계: 다음과 같은 기본 설정을 편집하십시오.

- 전화, 이메일 또는 우편과 같은 연락 방법 기본 설정을 확인합니다.
- 선호하는 언어를 지정합니다.
- 자녀 정보를 추가합니다(해당되는 경우).

4 단계: 건강 보장을 가입하거나 변경합니다.

- 의료 플랜: 플랜은 우편 번호에 따라 지정됩니다.
- 치과 플랜: 플랜을 비교하고 사용 가능한 치과 플랜 옵션 중에서 선택하십시오.
- 귀하의 보장에 자녀를 추가합니다(해당되는 경우).

5 단계: 선택 사항을 검토하십시오.

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

7 단계: 보장에 추가한 자녀와의 관계를 확인합니다.

- 5페이지에서 자세히 알아보십시오.

플랜 검토 및 변경

1 단계: Health: My Plan에 로그인해서 보장 혜택을 검토하거나 변경하십시오.

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

- 보장 요약서를 찾습니다.
- 자격 및 혜택 정보를 확인합니다.
- 적격 생활 사건을 보고합니다(해당되는 경우).
- 근무 시간을 확인합니다.
- 자기 지불 등을 실행하십시오!

질문이 있습니까? 1-877-606-6705

태평양 표준시 기준으로
월요일~금요일 오전 8시부터 오후 6시까지
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.

우편 또는 팩스로 신청 또는 변경하려면:

작성된 신청서(해당하는 경우 피부양자 확인서 포함)를 Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)에 기재된 주소 또는 팩스 번호를 통해 우편 또는 팩스로 보내십시오. 미국 소인이 필요합니다. 신청서가 처리되려면 7월 20일까지 접수되어야 합니다.

보장을 유지하는 방법

보험에 가입한 후에는 계속해서 매월 필요한 시간을 근무해야 하며 지속적인 건강 보장을 유지하려면 월 보험료(공동 보험료)를 제때 납부해야 합니다. 귀하의 보장 또는 자녀에 대한 보장을 상실하지 않으려면 귀하의 근무 시간을 고용주에게 정시에 보고해야 합니다.

보장을 유지하려면:

- ✓ 매월 80시간 이상 근무해야 합니다.
- ✓ 근무한 달의 60일 이내에 시간을 보고해야 합니다.
- ✓ 매월 25달러를 납부해야 합니다.

Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 유지하려면:

- ✓ 매월 120시간 이상 근무해야 합니다.
- ✓ 근무한 달의 60일 이내에 시간을 보고해야 합니다.
- ✓ 귀하와 귀하의 부양 자녀에 대한 월 보험료를 전액 납부해야 합니다.

매월 최소 80시간 이상 120시간 미만으로(80~119시간) 일한 경우, 귀하의 보장은 계속 유효하지만 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 종료됩니다.

근무 시간: 보장이 영향을 받는 방식과 시점.

첫 번째 달에 근무한 시간은 세 번째 달의 보장에 영향을 미칩니다. 예를 들어, 1월에 근무한 시간은 3월 보장에 영향을 미칩니다. 충분한 시간을 근무하지 않아서 보장을 상실한 경우, 다시 일을 시작해서 필요한 근무 시간을 채우면 보장이 자동으로 다시 시작됩니다.

근무 시간:	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
보장되는 월:	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	2월

의료 보장과 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)에 필요한 시간 요건은 다르기 때문에 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 상실한 상태에서 의료 보장을 계속 유지할 수 있습니다.

예를 들어, 첫 번째 달에 80시간 이상 120시간 미만 근무한 경우, Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 세 번째 달에 종료되지만 귀하는 여전히 보장을 받게 됩니다.

1개월차	2개월차	3개월차	4개월차
80~119시간을 근무합니다.	120시간 이상 근무합니다.	1개월의 근무 시간에 따라 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 줄어들지만 귀하는 여전히 보장됩니다.	2개월의 근무 시간에 따라 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 복원됩니다.

참고: 12개월 이상의 보장 공백이 있는 경우 의료 보장을 다시 신청해야 합니다.

또한 귀하는 보장을 상실한 사람들이 이용할 수 있는 의료 보장인 COBRA에 대한 자격이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 22페이지를 참조하십시오.

더 많은 시간이 필요합니까?

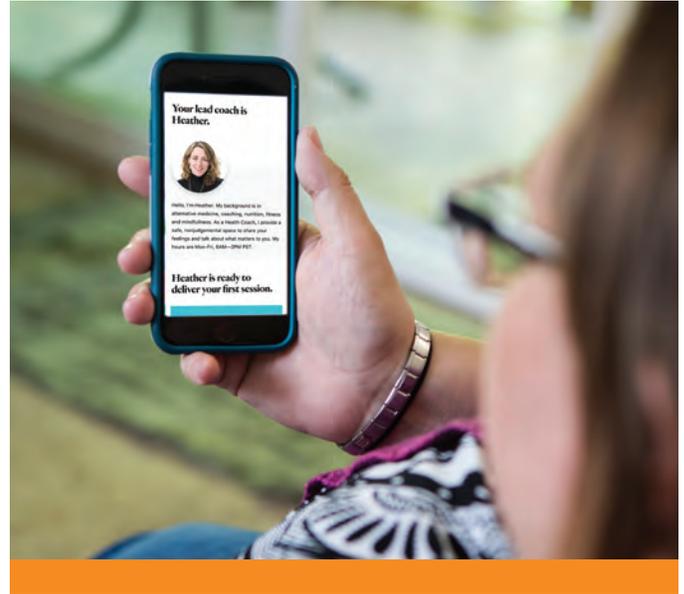
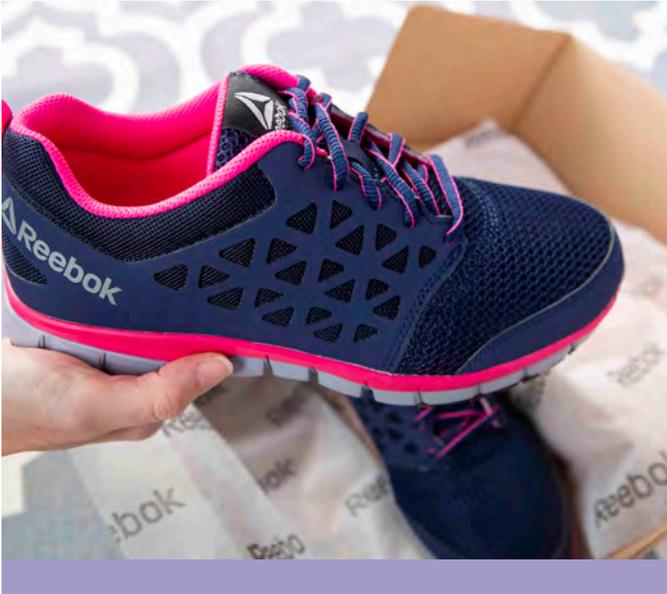
몇 시간이 부족한 경우, 유급 휴가(PTO) 또는 유급 교육 시간을 사용하여 필요한 시간을 채울 수 있습니다.



귀하가 개인 서비스 제공자(IP)이고 보장을 유지하기 위해 다른 클라이언트로부터 더 많은 시간이 필요한 경우, 클라이언트를 추가로 찾을 수 있도록 지원하는 무료 구직 웹사이트인 Carina를 이용해 보십시오. 자세한 내용은 myseiu.be/oe-carina를 참조하십시오.

기타 혜택

건강을 유지하고, 스트레스를 줄이고, 직장에서 더 안전하게 생활하고, 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 준비된 더 많은 무료 혜택을 이용할 수 있습니다. SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통한 의료 보험이 없는 경우에도 이러한 혜택을 받을 수 있습니다(자격 규칙 적용).



Caregiver KICKS™

간병인을 위한 무료 신발

매년 무료로 제공되는 미끄럼 방지 신발인 Caregiver Kicks를 받으십시오! 클로그, 운동화, 하이탑 또는 플랫이든 상관 없이 Caregiver Kicks는 다음과 같습니다.

- 편안합니다.
- 직장에서 안전하게 지내도록 해줍니다.
- 발과 허리 통증을 줄일 수 있습니다.

또한, Reebok(리복) 및 Skechers(스케처스)와 같은 유명 브랜드에서 70개 이상의 스타일로 제공됩니다.

혜택을 받을 자격이 되려면 2개월 연속으로 매월 80시간을 일해야 합니다.

ginger

정서적 건강 앱

스트레스를 받거나 압도감을 느낀다면 정서적 건강을 위한 무료 스마트폰 앱인 Ginger를 사용해 보세요. Ginger를 사용하면 연중무휴로 보안 문자 메시지를 통해 코치와 채팅할 수 있습니다. 18세 이상의 가족 구성원도 Ginger를 무료로 받을 수 있습니다.

SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통해 의료 보장을 받는 경우, 유자격 치료사로부터 안전하고 비밀이 보장되는 비디오 방문을 받을 수도 있습니다.

Ginger를 받을 자격이 되려면 한 달에 최소 1시간을 일해야 합니다.



Caregiver Kicks에 대한 자세한 내용을 알아보십시오.
myseiu.be/oe-kicks



Ginger에 대한 자세한 내용:
myseiu.be/oe-ginger

건강 보험 요약서

Kaiser Permanente of Washington HMO는 우편번호에 따라 제공되는 건강 플랜입니다.



의료 보장은 코칭, 맞춤형 프로그램, 보다 건강한 삶을 위한 신뢰할 수 있는 지침 등을 통해 건강과 웰빙에 대한 관리 및 지원을 받을 수 있는 다양한 방법을 제공합니다.

등록이 완료되면 Kaiser Permanente에서 회원 ID 카드를 우편으로 보내드립니다. 이 카드에는 치료를 받을 때마다 필요한 중요 정보가 들어 있습니다. 카드를 받지 못한 경우 **1-888-844-4607**로 전화하십시오.

회원 ID 카드를 사용하여 안전한 계정을 만들고 **kp.org/wa** 및 Kaiser Permanente 스마트폰 앱에서 온라인으로 건강을 관리할 수 있습니다.



무료 의사 진료

Kaiser Permanente 보장에 따라 주치의(주치의 또는 PCP라고도 함) 진료를 받을 때 공동 부담금이 없습니다. 질병에 걸리거나 전문의에게 의뢰해야 하는 경우 PCP의 건강 검진을 받을 수 있습니다. **myseiu.be/oe-doctor**에서 PCP를 쉽게 찾을 수 있습니다.

또한, 보장을 통해 온라인 또는 전화로 고품질의 진료도 편리하게 받을 수 있습니다. 여기에는 Care Chat, 온라인 방문, 전화 또는 영상 방문 및 연중무휴 전화 진단이 포함됩니다.

정서적 건강 혜택

정서적 건강은 신체적 건강만큼 중요합니다. Kaiser Permanente 보장에는 다음과 같은 전문적인 지원, 약물 치료, 그룹 치료 및 대체 치료 등이 포함됩니다.

- Kaiser의 Behavioral Health Access Line(행동 건강 액세스 라인). **1-888-287-2680**으로 전화하거나 **myseiu.be/kaiser-bh**를 방문하십시오.
- 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 **myseiu.be/carechat**에서 정신 건강 상담 채팅.
- 마음챙김, 명상 및 수면 앱인 Calm에 무료로 액세스할 수 있습니다. **myseiu.be/calm-kp**에서 Calm을 받는 방법에 대해 알아보세요(먼저 로그인해야 함).



공동 부담금이 없는 청력 혜택!

EPIC Hearing을 통해 직접 또는 온라인 진료를 포함하여 공동 부담금 없이 각 귀에 최대 \$1,200 상당의 청력 보조기 지원을 받을 수 있습니다.

myseiu.be/epic에서 시작하십시오.

Sean B.
간병인, 시애틀



응급실 사용에 대한 이러한 대안으로 비용을 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.

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

*주치의를 방문하는 경우 공동 부담금이 없지만, 주치의가 검사나 임상 진단을 처방하는 경우 해당 서비스에 대한 공동 부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

처방전 혜택

처방전 혜택은 Kaiser Permanente 보장에 포함되어 있으며 처방전 이전은 간단합니다! Kaiser Permanente 온라인 계정에 로그인하거나 1-888-901-4636으로 Kaiser 담당자에게 전화하십시오.

처방전을 집으로 무료로 보내드립니다.

우편 주문은 처방전을 받을 수 있는 가장 저렴한 옵션입니다. 온라인, 전화 또는 Kaiser Permanente of Washington 스마트폰 앱을 사용하여 처방전을 기재하십시오.

30일 분량에 대한 Rx 공동 부담금(네트워크 내)	약국	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

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

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



myseiu.be/oe-ko에서
보장에 대해 자세히
알아보십시오.



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. 피부양 자녀는 26세 생일까지 이 플랜에 가입할 수 있습니다.

혜택	내부 네트워크
공제액 계획	연간 공제 금액 없음
개인 공제액 이월	해당 없음
공동 보험 플랜	공동 보험 플랜 없음
본인 부담 한도	<ul style="list-style-type: none"> 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 부담
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	<ul style="list-style-type: none"> 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.)	<ul style="list-style-type: none"> 가치 기반/선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2) 30일 분량당 \$4/\$8/\$25 공동 부담금 선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2) \$0/\$0 공동 부담금
처방전 우편 주문	30일 분량당 \$5 할인
침술	사전 승인 없이 연간 의료 진단당 최대 20회의 방문과 플랜의 승인이 있는 경우 추가 방문이 완전히 보장됩니다.

혜택	내부 네트워크
구급차 서비스	플랜 부담 80%, 가입자 부담 20%
약물 의존	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>50% 보장. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내구성 의료 기기 • 정형 외과 장비 • 유방 절제술 후 브래지어는 매 6개월에 2회로 제한됩니다. • 조루술 용품 • 보철 장치
당뇨병 용품	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜셋 - 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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/epic 에서 자세한 내용을 알아보십시오.
가정 건강 서비스	완전히 보장됩니다. 방문 제한이 없습니다. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다.
호스피스 서비스	완전히 보장됩니다. 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지 않으면 보장되지 않습니다.
불임 치료 서비스	<p>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.</p> <p>불임 약물은 보장이 되며 20% 공동 보험 플랜에 적용되며, 평생 최대 혜택 \$35,000로 제한됩니다</p>
수기 요법	사전 승인 없이 연간 최대 20회 방문 보장 - \$0 공동 부담금.
마사지 서비스	재활 서비스 참조
출산 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 • 외래 환자: \$0 공동 부담금. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.

혜택	내부 네트워크
정신 건강	<ul style="list-style-type: none"> 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 무제한 방문 완전히 보장됩니다.
신생아 서비스	최초 입원: 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 건강 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 부담금은 산모에 대한 비용 부담금과는 별도입니다.
비만 관련 서비스	의료 기준이 충족될 때 비용 부담금에서 보장됨
장기 이식	<ul style="list-style-type: none"> 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 60회 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 19세 미만 회원: 연간 1개의 안경테 및 렌즈 또는 50% 공동 보험으로 보장되는 콘택트 렌즈 19세 이상 회원: 12개월 당 \$300



Luz C.
간병인, 케너워

치과 플랜 옵션

선택한 치과 보장은 \$25 월 보험료(공동 보험료)에 포함됩니다.

아래 표를 참조하여 치과 플랜을 비교하고 본인과 자녀에게 가장 적합한 플랜을 선택하십시오.

- 두 치과 플랜 모두 교정 혜택을 제공합니다.
- 이미 등록되어 있고 치과 플랜을 변경하고 싶은 경우, Health Benefits Application(건강 혜택 신청서)을 작성하여 제출하십시오. 작성된 신청서가 처리되려면 7월 20일까지 접수되어야 합니다.
- **Coverage for Kids(자녀를 위한 보장):** \$10를 추가로 내면 동일한 치과 보장에 자녀를 추가할 수도 있습니다. 4페이지에서 자세히 알아보십시오.

	
연간 최대 금액: \$2,000	연간 최대 금액: 없음
공제액: \$0	공제액: \$0
정기 검사: 완전한 보장	정기 검사: 완전한 보장
<p>요약</p> <ul style="list-style-type: none"> • 농촌 지역을 포함한 광범위한 제공 업체 네트워크 • PDA 치과 의사의 검진을 받고 무료 Sonicare 칫솔을 받으십시오. 	<p>요약</p> <ul style="list-style-type: none"> • I-5 Corridor에 거주하는 간병인에게 편리함 • Willamette 치과 서비스 제공자의 검진을 받아야 합니다.

혜택 기간: 1/1/2024-12/31/2024

최대 혜택 기간*
(1인당, 클래스 I에는 적용되지 않음): \$2,000

치열 교정— 성인 및 아동:
1인당 50%에
평생 최대 \$2,000까지

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. 질문이 있는 경우 Delta Dental 고객 서비스 부서의 연락처 **800-554-1907**로 전화하거나 **DeltaDentalWA.com**을 방문하십시오.

	Delta Dental PPO 치과 전문의	Delta Dental Premier 치과 전문의	네트워크 외 치과의사
혜택 기간 공제액			
클래스 I 및 치열 교정에는 적용되지 않음 네트워크 외 - \$50(1인당)	\$0	\$50	\$50
클래스 1- 진단 및 예방			
검사 클리닝 불소 X-레이 실란트	100%	80%	80%
클래스 II - 복원			
복원 구치부 복합 충전재 치내요법(근관) 치주학 구강 외과	100%	60%	60%
클래스 III - 주요 시술			
틀니 부분 의치 임플란트 브릿지 크라운	80%	40%	40%

치과 응급: 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.

PDA 치과에서 받는 치과 치료는 최대 \$2,000까지 전액 보장되며, 클래스 III - 주요 서비스의 경우 공동 보험료가 면제됩니다.

Delta Dental 혜택 최대한 활용하기

네트워크 치과 의사 선택

귀하의 플랜은 Delta Dental PPO 네트워크에 대한 액세스를 제공합니다. Delta Dental PPO 치과 의사를 방문하는 경우에 혜택이 가장 큼니다. 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.

네트워크에 가입된 치과 의사를 찾으려면:

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.

	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			●

DeltaDentalWA.com에서 MySmile® 계정 생성

연중무휴로 ID 카드, 혜택 정보, 예상 자기 부담금 등을 안전하게 액세스할 수 있습니다!
"Find your member ID(회원 ID 찾기)"도구를 사용하면 간편하게 등록할 수 있습니다.

정기적으로 치과 의사를 방문하십시오

플랜은 매년 예방 치료 방문을 보장합니다. 정기적인 클리닝 및 점검은 건강한 미소를 유지하고 향후 문제를 예방하기 위해 필수적입니다.

추정되는 본인 부담 비용 알아보기

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

- **MySmile Cost GenieSM**는 예상 비용을 즉시 제공합니다. 충전제와 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.



무료
Sonicare
칫솔 받기

Pacific Dental Alliance(PDA)
제공자에게 처음 진료를 받는
Delta Dental 회원은 무료
Sonicare 칫솔을 받을 수 있습니다.



전체 PDA 서비스
제공자 목록 보기:
myseiu.be/oe-pda

질문이 있습니까?
Delta Dental에
전화하십시오.
800-554-1907

월요일~금요일, 오전 7시~오후 5시

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. 아래 목록은 플랜에서 보장하는 가장 일반적인 시술에 대한 정보를 제공합니다. 자세한 내용은 myseiu.be/oe-willamette를 방문하십시오. 제한 사항 및 제외 사항 목록을 보려면 myseiu.be/willamette-exclusions를 방문하십시오.

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 \$5000입니다. **환자가 치료 계획에 동의하는 경우 공동 부담금은 포괄적 치열 교정 치료에 적용됩니다. **치과 응급:** 참여 서비스 제공자는 진료 시간에 치과 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다. 회사는 치과 응급 치료를 위해 참여 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 참여 서비스 제공자 진료실에서 50마일 이상 떨어져 있는 등록자의 경우, 비참여 제공자로부터 치과 응급 상황에 대한 치료를 받을 수 있습니다.

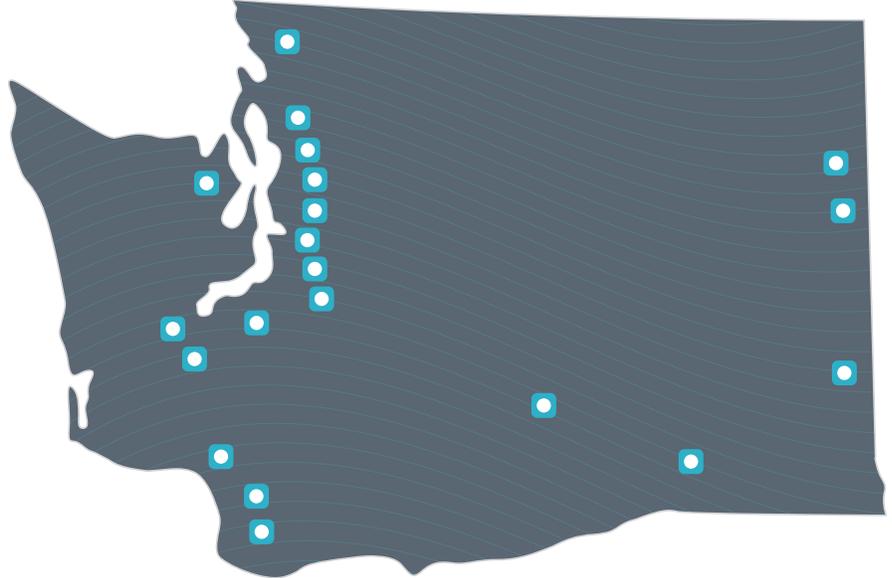
Willamette Dental 혜택 최대한 활용하기

고품질의 저비용 치과 보장

Willamette Dental에는 연간 최대 금액이 없습니다. 즉, 1년에 수술이나 여러 차례의 클리닝과 같이 많은 치과 시술이 필요한 경우 비용이 계속 보장됩니다.

가까운 치과 의사 찾기

Willamette Dental에는 워싱턴 서부의 편리한 위치에 있는 치과가 많이 가입되어 있어서, I-5 Corridor를 따라 거주하는 경우에 Willamette 치과 의사를 쉽게 찾을 수 있습니다. 가까운 치과 의사를 찾으려면 locations.willamettedental.com을 방문하여 검색창에 우편번호를 입력하십시오. 주소, 약도, 운영 시간, 환자 평가 및 댓글을 비롯하여 Willamette 치과 의사에 대한 최신 정보도 찾을 수 있습니다.



예약하기

태평양 표준시를 기준으로 월요일~금요일 오전 7시~오후 5시 30분, 토요일 오전 7시~오후 1시에 1-855-433-6825로 전화하여 첫 번째 치과 예약을 잡으십시오.



질문이 있습니까? 자세한 내용
myseiu.be/oe-willamette

일반적인 보험 용어

공동 보험

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

공동 보험료/보험료

보험료는 건강 보장을 받기 위한 매월 전체 비용입니다. 공동 보험료는 전체 건강 보장에 대해 귀하가 지불하는 일정 비율 또는 금액입니다. 예를 들어, 개인 보험에 대한 공동 보험료는 한 달에 \$25에 불과합니다. 피부양자를 등록하기로 선택한 경우, 치료 보장은 \$100이고 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)는 \$100입니다.

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.

네트워크

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

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 보장되거나 보장되지 않을 수 있지만, 네트워크 내 서비스보다 공동 부담금 또는 공동 보험을 더 높은 비용으로 지불해야 할 수 있습니다.

보장 포기

건강 보험에 등록하고 싶지 않거나 귀하 또는 귀하의 피부양자(등록된 경우)에 대한 보장을 종료하려는 경우, Health: My Plan에서 온라인 양식을 작성하거나 고객 서비스에 전화해서 서류 양식을 받을 수 있습니다. 보장을 포기하는 경우, 다음 Open Enrollment(건강 보험을 위한 연례 등록) 기간(매년 7월 1일-20일)까지 또는 적격 생활 사건이 발생할 때까지 다시 등록하지 못할 수 있습니다.

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.

외래 서비스 / 입원 서비스

입원 서비스는 하루 동안 병원 또는 의료 시설에 밤새 입원해야 하는 서비스입니다. 예를 들면 출산이나 수술이 있습니다. 외래 서비스는 병원 또는 의료 시설에 입원할 필요가 없는 서비스입니다.

자격

최소 2개월 연속으로 매월 최소 80시간 이상 유급 근무한 후에 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 개인 건강 보험 혜택을 받을 수 있습니다. 보장 혜택을 유지하려면 계속해서 매월 80시간 근무해야 합니다. 한 달에 120시간 이상 근무하는 경우, 피부양자를 보장에 등록할 수 있습니다.

주치의

주치의는 지속적인 치료를 받을 수 있는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자(예를 들어, 간호사 또는 조무사)입니다. 건강 플랜의 웹 사이트를 통해 주치의를 선택할 수 있습니다. 일부 플랜은 할당될 수 있지만 언제든지 변경 가능합니다.

피부양자

피부양자는 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통해 귀하의 플랜에서 보장을 받을 수 있는 자녀(26세 생일까지)입니다. 피부양자의 전체 문서 목록을 보려면 myseiu.be/cfk-ko를 방문하십시오.

회원 ID

귀하의 회원 ID는 의료 서비스 제공자와 의료진이 귀하의 보장 상태를 확인하고 서비스 대금을 결제할 수 있도록 귀하와 연결된 고유 번호입니다. 건강 보험 회사가 특정 회원을 조회하기 위해 사용하는 번호이기도 합니다. 회원 ID 번호는 회원 ID 카드에 있습니다.



Teresa M.
간병인, 스포켄

COBRA

COBRA란?

COBRA(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)는 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통해 받는 의료 혜택을 상실한 간병인과 자녀를 지원합니다. 귀하의 보장 또는 Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)를 상실한 경우, COBRA를 통해 월 보험료로 계속해서 의료 보장을 받을 수 있습니다.

SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 보장은 다음과 같은 경우 종료됩니다.

한 달 동안 보장에 필요한 충분한 시간을 일하지 않는 경우(자신의 보장에는 80시간, Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)에는 120시간). Coverage for Kids(자녀를 위한 보장)가 있고 근무 시간이 월 120시간 미만으로 떨어지는 경우, 자녀의 보장은 줄어들지만 한 달에 80시간 이상 일하는 경우에 보장은 지속됩니다. 이 때문에 근무 시간을 적시에 보고해야 합니다.

근무 시간이 줄어든 후 2개월이 지나면 보장이 종료됩니다. 이런 경우에는 우편을 통해 COBRA에 대한 정보와 신청 방법을 받게 됩니다.

더 많은 시간이 필요합니까?

귀하가 개인 서비스 제공자(IP)이고 SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust를 통한 보장을 유지하기 위해 더 많은 근무 시간이 필요한 경우, 해당 지역의 클라이언트와 간병인을 연결해 주는 무료 보안 웹사이트인 Carina를 이용해 보십시오. myseiu.be/oe-carina에서 자세한 내용을 알아보십시오.

기타 의료 보장 혜택

간병을 중단했는데 장기 의료 보장을 찾아야 하는 경우 Washington Healthplanfinder를 방문하십시오. 무료 Washington Apple Health를 이용할 자격이 있는지 확인하거나 wahealthplanfinder.org에서 다른 건강 관리 옵션을 비교할 수 있습니다.

COBRA의 현재 월 비용(2023년 8월 1일 기준)

COBRA	의료	Delta Dental	Willamette Dental
간병인	\$880.26	\$60.18	\$59.16
간병인 및 자녀	\$1,510.62	\$140.76	\$131.58

COBRA 보장에 대해 질문이 있습니까?

1-877-606-6705로 고객 서비스 센터에 문의하십시오.

중요 연락처

고객 지원 센터

신청, 언어, 보장에 대한 질문,
COBRA 등에 대한 지원을 받을
수 있습니다.

1-877-606-6705
(오전 8시~오후 6시, 월요일~금요일)

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Kaiser Permanente of Washington

Member Services

1-888-901-4636

myseiu.be/kp-member

신규 회원 서비스

1-888-844-4607

myseiu.be/kp-new-member

정신 건강 서비스

1-888-287-2680

myseiu.be/kp-mh

간호사 헬프라인

1-800-297-6877

myseiu.be/kp-nurse

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.
간병인, 골든데일

질문 또는 언어 도움말:
1-877-606-6705로
전화하십시오.

오전 8시~오후 6시, 월요일~금요일

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

සිංහල භාෂාවෙන්: 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 Kaiser Foundation Health Plan of Washington
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)