

의료 플랜 옵션

	PPO	EPO	HDHP
	최저 급여 범위	최고 급여 범위	해당 없음
조직망 공제액 (표준)	\$660/회원 ¹ \$660/다른 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$1,305/회원 ¹ \$1,305/다른 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$2,000/회원 \$2,000/ 다른 모든 가족 구성원 ²
조직망 공제액 콜 투 헬스(Call to Health)	\$440/회원 ¹ \$440/다른 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$870/회원 ¹ \$870/다른 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$1,500/회원 \$1,500/ 다른 모든 가족 구성원 ²
지출 계좌 호환성	건강관리 FSA	건강관리 FSA	건강 저축 계좌(HSA)
공제액 지급 후 의료 보장 (공동 보험)	회원이 20% 지급	회원이 20% 지급	회원이 20% 지급
조직망 외 혜택	있음	없음	없음
Cigna EAP 서비스	무료로 6회 세션/발행	무료로 6회 세션/발행	무료로 6회 세션/발행
예방 관리 ⁴	100% 보장	100% 보장	100% 보장
Teladoc	\$10 코페이	\$10 코페이	
1차 및 행동 진료실 방문	\$25 코페이	\$40 코페이	
전문가 진료실 방문	\$45 코페이	\$60 코페이	
긴급 진료 방문	\$45 코페이	\$60 코페이	
기본 진단 서비스 (영상, 실험실, 엑스레이 등)	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	\$65 코페이	
고급 영상 (MRI, CAT, PET, 등)	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	\$200 코페이	
물리 치료, 언어 치료, 직업 치료	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	\$40 코페이	
척추 도수치료	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	\$40 코페이	회원은 공제 금액까지 100% 지급; 공제액 지급 후 회원은 20% 지급
보청기 (기기 및 피팅) (3년마다 최대 \$2,500 플랜)	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	
병원 입원 및 외래 환자	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	
응급실	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	
불임 치료 (3-시술 생명 최대)	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	
ABA 치료	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	회원은 공제액 지급 후 20% 지급	
수술 선택	BCBS Blue Distinction Center에서 비만 수술, 무릎 교체 수술, 고관절 교체 수술, 척추 수술 및 이식 수술을 수행할 때 회원은 공제액 지급 후 0%를 지급합니다. 거리에 따라 가족 여행 혜택도 제공됩니다.		



처방약

	PPO	EPO	HDHP
	최저 급여 범위	최고 급여 범위	해당 없음
예방 처방약 일반 소매 (30/90)/우편 (90)	\$5 / \$15 / \$12.50	\$6 / \$18 / \$15	\$6 / \$18 / \$15 HDHP 공제액 대상 아님
예방 처방약 처방집 상표 소매 (30/90)/우편 (90)	\$20 / \$60 / \$50	\$30 / \$90 / \$75	\$30 / \$90 / \$75 HDHP 공제액 대상 아님
일반 소매 (30/90)/우편 (90)	\$10 / \$30 / \$25	\$12 / \$36 / \$30	
처방집 상표 소매 (30/90)	비용의 30%; 30일: 최소 \$20-최대 \$100 90일: 최소 \$60-최대 \$300	비용의 35%; 30일: 최소 \$35-최대 \$150 90일: 최소 \$105-최대 \$450	회원은 공제 금액까지 100% 지급; 공제액 지급 후 회원은 최대 \$150 (30일), \$450 (90일) 또는 \$375 (90일 우편)에 따라 30% 지급
처방집 상표 우편 (90)	비용의 30%; 최소 \$50-최대 \$250	비용의 35%; 최소 \$85-최대 \$375	
처방집 외 상표 소매 (30/90)	비용의 50%; 30일: 최소 \$50-최대 \$150 90일: 최소 \$150-최대 \$450	보장되지 않음	보장되지 않음
처방집 외 상표 우편 (90)	비용의 50%;최소 \$125-최대 \$375	보장되지 않음	보장되지 않음
연간 최대			
의료 본인 부담금 한도액	\$2,200/가족 ¹	\$4,340/가족 ¹	총 최대 본인 부담금의 일부
처방전 최대 본인 부담금	\$3,000 ⁵ (회원 및 가족 결합)	총 최대 본인 부담금의 일부	총 최대 본인 부담금의 일부
총 최대 본인 부담금	\$5,000/회원 ⁶ \$10,000/가족 ⁶	\$5,000/회원 ⁶ \$10,000/가족 ⁶	\$5,000/회원 ⁶ \$10,000/가족 ⁶

안과 검진 혜택

	PPO	EPO	HDHP
안과 검진	VSP 제공업체에서 \$25	VSP 제공업체에서 \$25	VSP 제공업체에서 \$25 ⁷

참조

- 모든 실제 급여 수준의 특정 금액은 PPO 공제액 및 의료 본인 부담금 한도를 참조하십시오. 의료 본인 부담 한도액은 회원이 공동 보험의 형태로 1년 동안 지급할 최대 금액입니다. 코페이, 공제액 또는 처방약 비용은 포함되지 않습니다.
- 보험이 적용되는 배우자 및/또는 자녀가 있는 회원은 자신과 다른 모든 가족 구성원을 합한 두 가지 의료 공제액을 지급해야 합니다.
- 보장되는 배우자 및/또는 자녀가 있는 회원은 가족 전체 공제 금액을 지급해야 합니다.
- 예방 서비스에 대한 보장은 ACA 정의를 초과합니다.
- 처방집 외 상표 의약품에 대한 비용은 처방전 최대 본인 부담금에 포함되지 않습니다.
- 총 최대 본인 부담금에는 조직망 공제액 및 공동 보험이 포함됩니다. 의료 최대 본인 부담금(PPO만 해당); 처방약 본인 부담 한도액(PPO만 해당); 코페이(PPO 및 EPO); 및 처방약 코페이(처방집 외 상표 의약품 제외).
- HDHP에 등록된 개인은 자동으로 VSP 안과 검진 혜택에 등록됩니다. 안과 검진 혜택은 HDHP의 일부로 간주하지 않습니다.