

2025/2026 의료 플랜 비교



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

의료 플랜 옵션

	PPO		EPO	HDHP
	최저 급여 밴드	최고 급여 밴드	해당 사항 없음	해당 사항 없음
네트워크 공제액 (표준)	\$660/교인 ¹ \$660/그 외 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$1,305/교인 ¹ \$1,305/그 외 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$2,000/교인 \$2,000/그 외 모든 가족 구성원 ²	\$3,000/교인 한정 \$6,000/교인 + 가족 ³
네트워크 공제액 (콜 투 헬스(Call to Health))	\$440/교인 ¹ \$440/그 외 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$870/교인 ¹ \$870/그 외 모든 가족 구성원 ^{1,2}	\$1,500/교인 \$1,500/그 외 모든 가족 구성원 ²	\$2,250/교인 한정 \$4,500/교인+ 가족 ³
지출 계좌 호환성	의료 서비스 FSA		의료 서비스 FSA	건강 저축 계좌(HSA)
공제 후 의료 보장 (공동 부담금)	교인이 20%를 지불합니다		교인이 20%를 지불합니다	교인이 20%를 지불합니다
네트워크 외부 혜택	네		아니요	아니요
예방 검진 ⁴	100% 보장됨		100% 보장됨	100% 보장됨
Teladoc	\$10 본인 부담금		\$10 본인 부담금	교인이 공제액까지 100%를 지불하고, 공제 후 교인이 20%를 지불합니다 ⁵
우선 건강 진료 방문	\$25 본인 부담금		\$40 본인 부담금	
행동 건강 진료 방문	\$25 본인 부담금 ⁵		\$25 본인 부담금 ⁵	
전문의 건강 진료 방문	\$45 본인 부담금		\$60 본인 부담금	
긴급 치료 방문	\$45 본인 부담금		\$60 본인 부담금	
기본 진단 서비스 (영상 촬영, 검사실, X선 등)	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		\$65 본인 부담금	
첨단 영상 촬영 (MRI, CAT, PET 등)	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		\$200 본인 부담금	
물리, 언어 및 작업 치료	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		\$40 본인 부담금	
척추 도수치료	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		\$40 본인 부담금	
보청기 (장치, 피팅 및 수리) (3년마다 최대 플랜 금액 \$2,500)	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		공제 후 교인이 20%를 지불합니다	
병원 입원 환자 및 외래 환자	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		공제 후 교인이 20%를 지불합니다	
응급실	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		공제 후 교인이 20%를 지불합니다	
불임 치료 (평생 최대 3회)	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		공제 후 교인이 20%를 지불합니다	
ABA 치료	공제 후 교인이 20%를 지불합니다		공제 후 교인이 20%를 지불합니다	
일부 수술	BCBS Blue Distinction Center에서 비만 대사 수술, 무릎 관절 치환 수술, 고관절 치환 수술, 척추 수술, 이식 수술 등 일부 수술을 받는 경우 교인은 허용 가능한 시설 요금에 대해 공제 후 0%를 지불합니다. 거리에 따라 이동 비용 혜택도 제공됩니다.			

2025/2026 의료 플랜 비교



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

처방약

	PPO	EPO	HDHP
	최저 급여 밴드	최고 급여 밴드	해당 사항 없음
예방 처방약 일반 소매(30/90)/우편 주문(90)	\$5 / \$15 / \$12.50		\$6 / \$18 / \$15 HDHP 공제 대상 아님
약제 목록 브랜드 예방 처방약 (30/90)/우편 주문(90)	\$20 / \$60 / \$50		\$30 / \$90 / \$75 HDHP 공제 대상 아님
일반 소매(30/90)/우편 주문(90)	\$10 / \$30 / \$25		\$12 / \$36 / \$30
약제 목록 브랜드 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	교인이 공제액까지 100% 지불. 공제 후, \$150(30일), \$450(90일) 또는 \$375(90일 우편 주문)(최고액)에 따라 회원이 30% 지불
약제 목록 브랜드 우편 주문(90)	비용의 30%, 최소 \$50-최대 \$250	비용의 35%, 최소 \$85-최대 \$375	
약제 목록 외 브랜드 소매(30/90)	비용의 50%, 30일: 최소 \$50-최대 \$150 90일: 최소 \$150-최대 \$450	보장되지 않음	보장되지 않음
약제 목록 외 브랜드 우편 주문(90)	비용의 50%, 최소 \$125-최대 \$375	보장되지 않음	보장되지 않음
전문 의약품	약제 목록 브랜드 및 약제 목록 외 브랜드에 대해 위와 동일하며, 특정 비필수 전문 의약품에는 최대 금액이 적용되지 않습니다	약제 목록 브랜드에 대해 위와 동일하며, 특정 비필수 전문 의약품에는 최대 금액이 적용되지 않습니다	약제 목록 브랜드에 대해 위와 동일합니다
연간 최고액			
의료 공동 부담금 최대 본인 부담 한도	\$2,200/가족 ¹	\$4,340/가족 ¹	최대 본인 부담 한도 총액의 일부
처방전 최대 본인 부담 한도	\$3,000 ⁶ (교인 및 가족 합산)	최대 본인 부담 한도 총액의 일부	최대 본인 부담 한도 총액의 일부
최대 본인 부담 한도 총액	\$5,000/교인 ⁷ \$10,000/가족 ⁷	\$5,000/교인 ⁷ \$10,000/가족 ⁷	\$5,000/교인 ⁷ \$10,000/가족 ⁷

시력 검사 혜택

	PPO	EPO	HDHP
시력 검사	VSP 제공 기관에서 \$25 본인 부담금	VSP 제공 기관에서 \$25 본인 부담금	VSP 제공 기관에서 \$25 본인 부담금 ⁸

참고문헌

- 모든 실제 급여 수준의 구체적인 금액은 pensions.org/medical에서 PPO 공제액 및 의료 공동 부담금 최대 본인 부담 한도를 확인하십시오. 의료 공동 부담금 최대 본인 부담 한도는 교인이 공동 부담금의 형태로 1년 동안 지불하게 되는 최대 금액입니다. 여기에는 본인 부담금, 공제액 또는 처방약 비용이 포함되지 않습니다.
- 피보험 배우자 및/또는 자녀가 있는 교인은 두 가지 의료 공제액을 부담하는데 하나는 교인 본인의 공제액이고, 다른 하나는 그 외 모든 가족 구성원의 공제액을 합친 것입니다.
- 피보험 배우자 및/또는 자녀가 있는 교인은 가족 전체 공제액을 부담해야 합니다.
- 예방 서비스에 대한 보장 범위가 ACA 정의를 초과합니다.
- 매년 Spring Health가 제공하는 치료 세션 최대 6번 100% 보장(본인 부담금 없음, 공제액 없음, 공동 부담금 없음).
- 약제 목록 외 브랜드 의약품 및 특정 비필수 전문 의약품에 대한 모든 비용은 처방전 최대 본인 부담 한도에 포함되지 않습니다.
- 최대 본인 부담 한도 총액에는 네트워크 공제액 및 공동 부담금, 의료 본인 부담금 최대 한도(PPO 전용), 처방약 본인 부담금 최대 한도(PPO 전용), 본인 부담금(PPO 및 EPO) 및 처방약 본인 부담금[특정 비필수 전문 의약품(PPO 및 EPO) 및 약제 목록 외 브랜드 의약품 제외]이 포함됩니다.
- HDHP에 가입한 개인은 자동으로 VSP 시력 검사 혜택 대상으로 등록됩니다. 시력 검사 혜택은 HDHP의 일부로 간주되지 않습니다.