
 혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 의료보험 **플랜** 선택에 도움을 드립니다. SBC에서는 보장되는 의료보험 혜택에 대한 비용을 가입자와 **플랜**에서 분담하는 방식을 보여드립니다. 주: **플랜** 요금(이 플랜에서는 **보험료 또는 요금**이라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. **본 문서는 요약본일 뿐입니다.** 의료보험 혜택에 대한 자세한 정보 또는 의료보험 보장 혜택 사본을 원하시면, www.pensions.org를 방문하거나 가입자 서비스 부서 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 전화하십시오. **허용 금액(allowed amount), 잔액 청구서(balance billing), 공동 부담액(coinsurance), 가입자 부담금(copayment), 공제액(deductible), 의료서비스 제공자(provider)** 또는 밑줄이 그어진 일반적인 용어의 정의는 용어집을 참고하십시오. www.pensions.org에서 용어집을 참고하시거나 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 전화해서 용어집 사본을 요청할 수 있습니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유
공제액 은 얼마인가요?	가입자와 가족 각각: 조직망 내 서비스 이용: 실제 연봉 범위 ¹ 의 1.5% 조직망 외 서비스 이용: 실제 연봉 범위의 2.5%. 합산 2.5%로 제한됩니다. 예방 치료 , 의사 진료 또는 처방약 에는 적용되지 않습니다. 가입자 부담금 및 공동 부담액 은 조직망 공제액 에 포함되지 않습니다.	이 플랜 에서 의료서비스를 보장하기 전까지 가입자는 해당 공제액 을 부담해야 합니다. 공제액 지급이 언제 다시 시작(항상은 아니지만 보통 1월 1일)되는지 보려면 플랜 문서를 확인하십시오. 공제액 을 충족한 후 가입자가 부담하는 금액은 2페이지부터 시작되는 표를 참조하십시오.
공제액 을 충족하기 전에 보장되는 혜택이 있나요?	네.	예방 서비스 , 처방 및 의사 진료 가입자 부담금 .
특정 서비스에 대한 다른 공제액 이 있나요?	아니요.	특정 서비스에 대한 공제액 을 충족할 필요는 없지만 이 플랜 에서 보장하는 서비스에 대한 기타 비용은 2페이지부터 시작되는 표를 참조하십시오.
이 플랜 의 가입자 부담액 한도 는 얼마인가요?	조직망 내 모든 의료서비스(정신/약물 치료, 처방약 포함)에 대한 가입자 부담은 실제 연봉 범위의 5% (가입자 개인은 \$5,000, 전체 가족은 \$10,000로 제한됩니다),	가입자 부담액 한도 는 보장 서비스 비용 중 가입자 부담금에 대해 보장 기간(보통 1년) 동안 부담해야 할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료비용 총 지출을 계획하는 데 도움이 됩니다.

¹공제액 및 공동 부담액은 급여 범위를 기준으로 하며 최저 및 최대 급여가 적용됩니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유
	조직망 외 서비스일 경우는 실제 연봉 범위의 15%입니다. 특별 브랜드 및 특정 비필수 특수 의약품은 제외한 처방약 비용은 가족 공동 부담액 최대 \$3,000로 제한됩니다.	
가입자 부담액 한도 에 포함되지 않는 것은 무엇인가요?	이 플랜 에서 보장하지 않는 보험료 , 잔액 청구서 특정 비필수 전문 약국 약품 및 의료 비용은 최대 가입자 부담액 한도 에 적용되지 않습니다.	이러한 비용을 부담하더라도 가입자 부담액 한도 에 포함되지 않습니다.
조직망 내 의료서비스 제공자 를 이용하면 개인 부담액이 더 적나요?	네. http://www.myghealthpcusa.org 를 참고하시거나 1-855-497-1237번으로 문의하여 조직망 목록을 요청하십시오.	조직망 내 의료서비스 제공자 를 이용할 경우, 이 플랜 은 서비스 비용의 일부 또는 전부를 부담합니다. 조직망 내 의료서비스 제공자 또는 병원이 일부 서비스를 위해 조직망 외 의료서비스 제공자 를 사용할 수도 있습니다. 플랜 은 조직망 내 의료서비스 제공자 에 대해 조직망 내, 계약, 참여라는 용어를 사용합니다. 이 플랜 이 다양한 유형의 의료서비스 제공자 에 대해 어떻게 비용을 부담하는지는 2페이지부터 시작되는 표를 참조하십시오. 플랜 은 조직망 외 서비스에 대해 비용을 부담하지 않으므로 조직망 내 의료서비스 제공자 를 이용하면 가입자 부담이 더 적습니다.
전문의 진료를 받으려면, 담당 의사의 허락 이 필요한가요?	아니요, 전문의 진료는 담당 의사의 허락이 필요 없습니다.	이 플랜 으로는 담당 의사의 허락 없이 원하시는 전문의 에게 진료를 받을 수 있습니다.

 이 차트에 표시된 모든 [가입자 부담금](#) 및 [공동 부담액](#) 비용은, [공제액](#)이 적용될 경우, [공제액](#)을 충족한 이후입니다.

일반 의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최소)	조직망 외 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최대)	
의료서비스 제공자 의 의원 또는 병원에서 진료받는 경우	부상이나 질병을 치료하기 위한 1차 진료 방문	방문당 \$25의 가입자 부담금	공동 부담액 50%	공제액 또는 가입자 부담 한도 에 포함되지 않습니다
	전문의 진료	방문당 \$45의 가입자 부담금	공동 부담액 50%	공제액 또는 가입자 부담 한도 에 포함되지 않습니다
	예방 진료/검사/	무료	진료에 대한 공동	주치의, 소아과 의사 또는

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

일반 의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최소)	조직망 외 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최대)	
	예방 접종		<u>부담액</u> 50%, 검사 및 예방 접종 비용 무료	산부인과 의사 방문(빈도는 www.pensions.org 에서 예방 진료 일정 참조)
검사를 받는 경우	<u>진단 검사</u> (엑스레이, 혈액 검사)	<u>공동 부담액</u> 20%	<u>공동 부담액</u> 40%	—————없음—————
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	<u>공동 부담액</u> 20%	<u>공동 부담액</u> 40%	<u>사전 인증</u> 필요
질병이나 증상 치료를 위해 약이 필요한 경우 <u>처방약 보장</u> 에 대한 자세한 정보는 www.express-scripts.com 를 참고하십시오. 맞춤형 지원을 받으려면 1-855-497-1237로 전화할 수도 있습니다.	일반 상표 예방약	<u>처방당 \$5의 가입자 부담금</u> (소매점, 30일분); <u>처방당 \$15의 가입자 부담금</u> (소매점, 90일분); <u>처방당 \$12.50의 가입자 부담금</u> (우편, 90일분)	보장되지 않음	<u>사전 승인</u> 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	계약 브랜드 상표 예방약	<u>처방당 \$20의 가입자 부담금</u> (소매점, 30일분); <u>처방당 \$60의 가입자 부담금</u> (소매점, 90일분); <u>처방당 \$50의 가입자 부담금</u> (우편, 90일분)	보장되지 않음	
	비계약 브랜드 상표 예방약	적용되지 않음		
	일반 상표 약	<u>처방당 \$10의 가입자 부담금</u> (소매점, 30일분); <u>처방당 \$30의 가입자 부담금</u> (소매, 90일분); <u>처방당 \$25의 가입자 부담금</u> (우편, 90일분)	<u>처방당 지정된 가입자 부담금</u> (소매점, 30일분 또는 90일분)	<u>사전 승인</u> 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다
	계약 브랜드 상표 약	<u>공동 부담액</u> 30%, 최소 \$20~최대 \$100(소매점, 30일분), <u>공동 부담액</u> 30%, 최소 \$60~최대 \$300(소매점, 90일분),	약정 요금의 30%	

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

일반 의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최소)	조직망 외 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최대)	
		공동 부담액 30%, 최소 \$50~최대 \$250(우편, 90일분)		사전 승인 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	비계약 브랜드 상표 약	공동 부담액 50%, 최소 \$50~최대 \$150(소매점, 30일분), 공동 부담액 50%, 최소 \$150~최대 \$450(소매점, 90일분), 공동 부담액 50%, 최소 \$125~최대 \$375(우편, 90일분)	약정 요금의 50%	
	전문 의약	최대 공동 부담액이 없는 비필수 전문 의약 외 계약 및 비계약 약에 대해 위와 동일한 비율 및 최소 부담 금액과 최대 부담 금액 적용	계약 및 비계약 약에 대해 위와 동일한 약정 요금 적용	
외래 수술을 받는 경우	시설비(예: 외래 수술 센터)	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
	의사/외과 의사 진료비	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
응급실을 이용한 경우	응급실 치료	공동 부담액 20%	공동 부담액 20%	입원 시 48시간 이내 사전 인증 필수
	앰블런스 이용	공동 부담액 20%	공동 부담액 20%	가장 가까운 응급실로 이동
	긴급 진료	진료당 \$45의 가입자 부담금	공동 부담액 40%	————없음————
입원한 경우	시설비(예: 병실)	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	사전 인증 필요
	의사/외과 의사 진료비	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 환자 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	사전 인증 필요
	입원 환자 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	사전 인증 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스의 경우 입원 후 48시간 이내)
임신한 경우	의사 진료	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

일반 의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최소)	조직망 외 의료서비스 제공자 (가입자 부담 최대)	
	출산/분만 전문 의료서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕 절개 후 96시간의 입원을 포함합니다.
	출산/분만 시설 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕 절개 후 96시간의 입원을 포함합니다.
재활 치료나 특별한 의료 장비가 필요한 경우	가정 건강 관리	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	각 진료당 최대 8시간, 연간 100회 진료
	재활 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
	재활 서비스(장애인)	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	의료혜택 안내서를 참조하십시오.
	간호 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	장기 요양 시설 이용은 연 최대 180일로 제한
	내구성 의료 장비	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
	호스피스 서비스	공동 부담액 20%	공동 부담액 40%	————없음————
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	아동 안과 검사	가입자 부담금 \$25(VSP 의료서비스 제공자 이용 시)	가입자 부담금 \$25 이후 최대 \$45 환급	검사는 연 1회로 제한됩니다. 조직망 외 의료서비스 제공자를 이용할 경우 플랜에서 최대 \$45를 환급합니다.
	아동 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	아동 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	

비보장 의료서비스 및 기타 보장 서비스:

플랜 에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(추가 정보 및 기타 제외된 서비스 목록은 증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> 성형 수술 치과 치료 실험적 또는 연구적 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 장기 치료 개인 간호 	<ul style="list-style-type: none"> 정기 족부 관리 체중 감량 프로그램
기타 보장 서비스(서비스 이용 제한이 있습니다. 본 목록은 모든 서비스를 나열하지 않습니다. 플랜 문서를 참조해 주십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> 의사 또는 국가 면허를 받은 침술사가 	<ul style="list-style-type: none"> 카이로프랙틱 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 미국 외부에서 제공되는 대부분의 보장

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

기타 보장 서비스(서비스 이용 제한이 있습니다. 본 목록은 모든 서비스를 나열하지 않습니다. [플랜](#) 문서를 참조해 주십시오.)

- | | | |
|---------|-------------|--------------------|
| 제공하는 침술 | • 불임 치료 | 서비스 |
| • 비만 수술 | • 보청기(및 착용) | • VSP를 통한 정기 시력 검사 |

보장 서비스를 지속하여 받을 권리: 보장 서비스가 종료된 후에도 계속 보장받기를 원하는 경우 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보: 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov. [건강 보험 마켓플레이스](#)를 통한 개별 보험 가입을 포함하여 다른 보장 옵션도 이용할 수 있습니다. [마켓플레이스](#)에 대한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov를 방문하거나 1-800-318-2596번으로 전화하십시오. 보장 서비스를 지속하여 받을 권리에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 문의하십시오.

고충 및 이의 제기 권리: 미국 보건복지부는 가입자께서 [청구](#) 거부에 대해 [플랜](#)에 불만이 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 이 불만 사항은 [고충](#) 또는 [이의 제기](#)로 불립니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료비 [청구](#)에 대해 받게 될 혜택 설명서를 참조하십시오. [플랜](#) 문서는 또한 귀하의 [플랜](#)에 어떤 이유로든 [청구](#), [이의 제기](#), 또는 [고충](#)을 제출하는 방법에 대한 완전한 정보를 제공합니다. 가입자의 권리, 이 통지, 지원에 대한 자세한 정보는 퀴엄 헬스 1-855-497-1237 (TTY: 711)로 문의하십시오. 미국 보건복지부에 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov로 연락하실 수도 있습니다.

이 [플랜](#)은 최소한의 필수 보장 서비스를 제공하나요? 네.

이 [플랜](#)은 최소한의 필수 보장 서비스를 제공합니다.

이 [플랜](#)은 최소 가치 기준을 충족하나요? 네.

이 건강 보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 기준을 충족합니다.

언어 접근성 서비스:

스페인어(Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

한국어: 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711)로 전화하십시오.

타갈로그어(Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

중국어(中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

나바호어(Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

이 [플랜](#)에서 표본 의료 상황에 대한 비용을 충당할 수 있는 방법의 예시를 보려면 다음 섹션을 참조하십시오.

보장 예시 정보:



이 예시는 실제 비용을 추정한 것이 아닙니다. 제시된 치료는 [플랜](#)이 의료서비스를 어떻게 보장할지 알려주는 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 의료서비스, [의료서비스 제공자](#)가 청구하는 가격 및 기타 여러 요인에 따라 다릅니다. [비용 분담금\(공제액, 가입자 분담금, 및 공동 부담액\)](#) 및 [플랜](#)에서 [제외된 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 다른 건강 [플랜](#)에 따라 납부할 수 있는 비용 부분을 비교하십시오. 이러한 보장의 예시는 가입자 개인에 대한 보장 서비스만 기반으로 한 것입니다.

Peg는 임신 중입니다

(조식망 내 산전 관리
9개월 및 병원 분만)

- [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$875
- [전문](#)의 [가입자 분담금](#) \$45
- [병원\(시설\)](#) [공동 부담액](#) 20%
- 기타 [공동 부담액](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [전문](#)의 의원 진료([산전 관리](#))
- 출산/분만 전문 서비스
- 출산/분만 시설 서비스
- [진단 검사](#)([초음파](#), [혈액 검사](#))
- [전문](#)의 진료([마취](#))

총 예시 비용 \$12,700

이 예시에서 Peg가 납부할 금액은 다음과 같습니다.

비용 분담	
공제액	\$875
가입자 분담금	\$0
공동 부담액	\$2,365
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Peg가 납부할 총 금액:	\$3,240

Joe의 제2형 당뇨병 관리

(잘 통제된 질병을 1년 동안 조식망 내
서비스로 정기적으로 관리)

- [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$875
- [전문](#)의 [가입자 분담금](#) \$45
- [병원\(시설\)](#) [공동 부담액](#) 20%
- 기타 [공동 부담액](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [주치의](#)의 의원 진료([질병 교육 포함](#))
- [진단 검사](#)([혈액 검사](#))
- [처방약](#)
- [내구성 의료 장비](#)([혈당 측정기](#))

총 예시 비용 \$5,600

이 예시에서 Joe가 납부할 금액은 다음과 같습니다.

비용 분담	
공제액	\$875
가입자 분담금	\$405
공동 부담액	\$945
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Joe가 납부할 총 금액:	\$2,225

Mia의 단순 골절

(조식망 내 응급실 방문
및 사후 관리)

- [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$875
- [전문](#)의 [가입자 분담금](#) \$45
- [병원\(시설\)](#) [공동 부담액](#) 20%
- 기타 [공동 부담액](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [응급실 치료](#)([의료용품 포함](#))
- [진단 검사](#)([엑스레이](#))
- [내구성 의료 장비](#)([목발](#))
- [재활 서비스](#)([물리 치료](#))

총 예시 비용 \$2,800

이 예시에서 Mia가 납부할 금액은 다음과 같습니다.

비용 분담	
공제액	\$875
가입자 분담금	\$0
공동 부담액	\$385
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Mia가 납부할 총 금액:	\$1,260


[플랜](#)에서는 이러한 보장 서비스 예시의 기타 비용을 책임집니다.



혜택 및 보장 요약(Summary of Benefits and Coverage - SBC) 문서는 의료보험 **플랜** 선택에 도움을 드립니다. SBC에서는 보장되는 의료 보험혜택에 대한 비용을 가입자와 **플랜** 에서 분담하는 방식을 보여드립니다. **주: 플랜** 비용(이 플랜에서는 **보험료** 또는 “요금”이라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이것은 요약본일 뿐입니다. 의료보험에 대한 자세한 정보 또는 의료보험 보장 혜택 사본을 원하시면, www.pensions.org을 방문하거나 연금국 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY:711)로 전화하십시오. **허용 금액 (allowed amount), 잔액 청구서 (balance billing), 공동 부담액(coinsurance), 가입자 부담금(copayment), 공제액(deductible), 의료서비스 제공자(provider), 또는 밀줄이 그어진** 일반적인 용어의 정의는 용어집을 참고하십시오. www.pensions.org에서 용어집을 참고하시거나 연금국 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 전화해서 사본을 요청할 수 있습니다

중요한 질문	답변	중요한 이유
공제액(Deductible)은 얼마인가요?	가입자 \$2,000/가족 \$2,000 예방 치료 , 의사 진료, 검사, 영상 검사, Urgent care, 처방약 에는 적용되지 않습니다. 가입자 부담금 및 공동 부담액 은 공제액 에 포함되지 않습니다.	플랜 에서 의료 서비스를 보장하기 전까지 가입자는 해당 공제액 을 부담해야 합니다. 공제액 지급이 언제 다시 시작되는지 보려면 플랜 문서를 확인하십시오(항상은 아니지만 보통 1월 1일). 공제액 을 충족한 후 의료보험이 보장되기 시작하며 가입자가 부담하는 금액은 2페이지에서 시작하는 표를 참조하십시오.
공제액을 충족하기 전에 보장되는 혜택이 있나요?	네.	예방 서비스(Preventive services) , 약 처방(prescription) 및 의사 진료 가입자 부담금(Copayments) .
특정 서비스에 대한 다른 공제액이 있나요?	아니요.	특정 서비스에 대한 공제액 을 충족할 필요는 없지만 이 플랜 에서 보장하는 서비스에 대한 기타 비용은 2페이지에서 시작하는 표를 참조하십시오.
가입자 부담액 한도(out-of-pocket limit)는 얼마인가요?	최대 부담액 한도- 개인 \$5,000/가족 \$10,000	가입자 부담액 한도 는 보장 서비스 비용 중 가입자 부담금에 대해 보장 기간(보통 1년) 동안 부담해야 하는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료비용 총 지출을 계획하는데 도움이 됩니다.
가입자 부담액 한도에 포함되지 않는 것은 무엇인가요?	보험료 (요금), 잔액 청구서 및 특정 비필수 전문 약국 약품 및 플랜 이 보장하지 않는 의료 비용은 가입자 부담액 한도 에 적용되지 않습니다.	가입자 부담액 한도 에 계산되지 않습니다.
이용하면 개인 부담액 이	네.	조직망 내 의료서비스 제공자 를 이용할 경우, 이 플랜 은 서비스 비용의 일부 또는

중요한 질문	답변	중요한 이유
더 적나요?	www.myghealthpcusa.org 를 참고하시거나 1-855-497-1237 번으로 문의하여 조직망 목록을 요청하십시오.	전부를 부담합니다. 조직망 내 의료서비스 제공자 또는 병원이 일부 서비스를 위해 조직망 외 의료서비스 제공자 를 사용할 수도 있습니다. 플랜은 조직망 내 의료서비스 제공자 에 대해 조직망 내, 계약, 참여라는 용어를 사용합니다. 이 플랜 이 다양한 유형의 의료서비스 제공자 에 대해 어떻게 비용을 부담하는지는 2페이지부터 시작되는 표를 참조하십시오. 플랜 은 조직망 외 서비스에 대해 비용을 부담하지 않으므로 조직망 내 의료서비스 제공자 를 이용하면 가입자 부담이 더 적습니다.
전문의 진료를 받으려면, 허가(Referral)가 필요한가요?	아니요, 전문의 진료는 허가가 필요 없습니다.	플랜 의 허가없이 원하시는 전문의 에게 진료를 받을 수 있습니다.

 이 차트에 표시된 모든 **가입자 분담금** 및 **공동 부담액** 비용은, **공제액**이 적용될 경우, **공제액**을 충족한 이후입니다.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
의료서비스 제공자 의료실 또는 진료실에 방문하는 경우	부상이나 질병을 치료하기 위한 1차 진료 방문	방문당 \$40의 가입자 분담금(copayment)	보장되지 않음	————없음————
	전문의 방문	방문당 \$60의 가입자 분담금	보장되지 않음	————없음————
	예방 진료/검사/ 예방 접종	무료	보장되지 않음	1차 진료의, 소아과 의사 또는 산부인과 의사 방문 시. (빈도는 www.pensions.org 의 예방 진료 일정을 참조하십시오.)
검사를 받는 경우	진단 검사 (엑스레이, 혈액 검사)	방문당 \$65의 가입자 분담금	보장되지 않음	————없음————
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	방문당 \$200의 가입자 분담금	보장되지 않음	사전 인증(Pre-Certificate) 필요
질병이나 증상 치료를 위해 약이 필요한 경우 처방약 보장 에 대한 자세한 정보는 www.express-scripts.com 를 참고하십시오. 맞춤형 지원을	일반 상표 질병 예방약(Preventive generic drugs)	처방당 \$6의 가입자 분담금 (소매, 30일분), 처방당 \$18의 가입자 분담금 (소매, 90일분), 처방당 \$15의 가입자 분담금 (우편, 90일분)	보장되지 않음	사전 승인(Prior authorization) 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	계약 브랜드 상표 질병예방약(Preventive)	처방당 \$30의 가입자 분담금 (소매, 30일분),	보장되지 않음	

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 **플랜**이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
받으려면 1-855-497-1237로 전화할 수도 있습니다.	preferred brand drugs)	처방당 \$90의 가입자 부담금 (소매, 90일분); 처방당 \$75의 가입자 부담금 (우편, 90일분)		
	비계약 브랜드 상표 질병 예방약	적용되지 않습니다		
	일반상표 약(Generic drugs)	처방당 \$12의 가입자 부담금 (소매, 30일분); 처방당 \$36 가입자 부담금 (소매, 90일분); 처방당 \$30의 가입자 부담금 (우편, 90일분)	보장되지 않음	
	계약 브랜드 상표 약(Preferred brand drugs)	35%의 공동 부담액 , 최소 \$35 - 최대 \$150(소매, 30일분), 35%의 공동 부담액 , 최소 \$105 - 최대 \$450(소매, 90일분), 35%의 공동 부담액 , 최소 \$85 - 최대 \$375(우편, 90일분)	보장되지 않음	사전 승인(Prior authorization) 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	비계약 브랜드 상표 약(Non-preferred brand drugs)	보장되지 않음	보장되지 않음	
	전문 의약(Specialty drugs)	최대 공동 보험이 없는 비필수 전문 약국 의약품 이외의 계약 브랜드(Preferred) 상표 약에 대해 위와 동일한 비율 및 최소 부담과 최대 부담	보장되지 않음	
외래 수술을 받는 경우	시설비(예: 외래 수술 센터)	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	————없음————
	의사/외과 의사 진료비	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	————없음————
응급실을 이용한 경우	응급실 치료	20% 공동 부담액	20% 공동 부담액	입원 시 48시간 이내 사전 인증(Pre-certification) 필수
	앰블런스 이용	20%의 공동 부담액	20%의 공동 부담액	가장 가까운 응급실로 이동

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		제한, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
	긴급 진료(Urgent care)	방문당 \$60의 가입자 부담금	보장되지 않음	—————없음—————
입원한 경우	시설비(예: 병실)	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요
	의사/외과 의사 진료비	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	—————없음—————
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 환자 서비스	20% 공동 부담액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요
	입원 환자 서비스	20% 공동 부담액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스를 위해 입원 후 48시간 이내)
출산 산부인과를 이용하는 경우	의사 진료	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	—————없음—————
	출산/분만 전문 서비스	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕 절개 후 96시간의 입원을 포함합니다.
	출산/분만 시설 서비스	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕 절개 후 96시간의 입원을 포함합니다.
재활 치료나 특별한 의료 장비가 필요한 경우	가정 건강 관리	20% 공동 부담액	보장되지 않음	각 최대 8시간 동안 연간 100회 방문
	재활 서비스	방문당 \$40의 가입자 부담금	40%의 공동 부담액	—————없음—————
	재활 서비스(정신)	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	의료 혜택 안내를 참조하십시오.
	간호 서비스	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	연장 요양 시설에 대한 연간 최대 한도 180일
	내구성 의료 장비	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	—————없음—————
	호스피스 서비스	20%의 공동 부담액	보장되지 않음	—————없음—————
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	아동 안과 검사	\$25의 가입자 부담금 (VSP 조직망 이용 시)	보장되지 않음	검사는 연 1회로 제한합니다. 조직망 외 서비스를 이용할 경우 최대 \$45를 환급합니다.
	아동 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	아동 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 [플랜](#)이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

비보장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스:

플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스 (추가 정보 및 기타 제외된 서비스는 증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> • 성형 수술 • 치과 치료 • 실험적 또는 연구적 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 장기 치료 • 개인 간호 	<ul style="list-style-type: none"> • 정기 족부 관리 • 체중 감량 프로그램

기타 보장 서비스(서비스 이용 제한이 있습니다. 이는 완전한 목록이 아닙니다. 플랜 문서를 참조해 주십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> • 의사 또는 국가 면허를 받은 침술사가 제공하는 침술 • 비만 수술 	<ul style="list-style-type: none"> • 카이로프랙틱 치료 • 불임 치료 • 보청기(및 착용) 	<ul style="list-style-type: none"> • 대부분의 보장은 미국 외부에서 제공 • VSP를 통한 정기 안과 검사

의료서비스를 받을 권리(Your Rights to Continue Coverage): 의료보험 보장이 종료된 후에도 계속 보장받기를 원하는 경우 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보: 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov. **건강 보험 마켓플레이스**를 통한 개별 보험 가입을 포함하여 다른 보장 옵션도 이용할 수 있습니다. **마켓플레이스**에 대한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov 를 방문하거나 1-800-318-2596번으로 전화하십시오. 보장을 계속할 수 있는 권리에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스에 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 문의하십시오.

고충 및 이의 제기 권리(Your Grievance and Appeals Rights): 미국 보건 복지부는 **청구** 거부에 대해 **플랜**에 불만이 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 불만 사항은 **고충** 또는 **이의 제기**로 불립니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료비 **청구**에 대해 받게 될 혜택 설명을 참조하십시오. **플랜** 문서는 또한 귀하의 **플랜**에 어떤 이유로든 **청구**, **이의 제기**, 또는 **고충**을 제출하는 방법에 대한 완전한 정보를 제공합니다. 권리, 통지 또는 지원에 대한 자세한 정보는 쿼텀 헬스(Quantum Health) 1-855-497-1237 (TTY: 711) 로 문의하십시오. 미국 보건복지부 연락처 정보: 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov.

이 플랜은 최소한의 필수 보장을 제공하나요? 네.

이 플랜은 최소한의 필수 보장을 제공합니다.

이 플랜은 최소 가치 기준을 충족하나요? 네.

이 건강 보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 기준을 충족합니다.

언어 서비스:

스페인어(Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

한국어: 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711)로 전화하십시오.

타갈로그어(Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

중국어(中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

나바호어(Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

이 플랜에서 표본 의료 상황에 대한 비용을 충당할 수 있는 방법의 예시를 보려면 다음 섹션을 참조하십시오.

* 제한 및 예외 사항에 대한 자세한 내용은 **플랜**이나 www.pensions.org의 정책 문서를 참고하십시오.

보장 예시 정보:



이것은 비용 추정이 아닙니다. 보여드리는 치료는 **플랜**이 적용되는 방법의 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, **제공자**가 청구하는 가격 및 기타 여러 요인에 따라 다릅니다. **비용 분담금**(**공제액**, **가입자 분담금**, 및 **공동 부담액**) 및 **플랜**에서 **제외된 서비스**에 중점을 둡니다. 이 정보를 사용하여 다른 건강 **플랜**에 따라 납부할 수 있는 비용 부분을 비교하십시오. 이러한 보장의 예시는 개인 전용 보장을 기반으로 합니다.

Peg는 임신 중입니다

(네트워크 내부 산전 관리
9개월 및 병원 분만)

- **플랜**의 전체 **공제액** \$2,000
- **전문의** 가입자 분담금 \$60
- 병원(시설) **공동 부담액** 20%
- 기타 **공동 부담액** 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- 전문의** 의원 방문(산전 관리)
- 출산/분만 전문 서비스
- 출산/분만 시설 서비스
- 진단 검사** (초음파, 혈액 검사)
- 전문의** 방문(마취)

총 예시 비용 \$12,700

이 예시에서 Peg는 다음을 납부합니다.

비용 분담	
공제액	\$2,000
가입자 분담금	\$0
공동 부담액	\$2,140
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Peg가 납부할 총 금액은	\$4,140

Joe의 제2형 당뇨병 관리

(잘 통제된 상태로 네트워크 내부에서
1년 동안 정기적으로 관리)

- **플랜**의 전체 **공제액** \$2,000
- **전문의** 가입자 분담금 \$60
- 병원(시설) **공동 부담액** 20%
- 기타 **공동 부담액** 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- 주치의** 의원 방문(질병 교육 포함)
- 진단 검사** (혈액 검사)
- 처방약**
- 내구성 의료 장비** (혈당 측정기)

총 예시 비용 \$5,600

이 예시에서 Joe는 다음을 납부합니다.

비용 분담	
공제액	\$2,000
가입자 분담금	\$420
공동 부담액	\$720
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Joe가 납부할 총 금액은	\$3,140

Mia의 단순 골절

(네트워크 내부 응급실 방문
및 사후 관리)

- **플랜**의 전체 **공제액** \$2,000
- **전문의** 가입자 분담금 \$60
- 병원(시설) **공동 부담액** 20%
- 기타 **공동 부담액** 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.


- 응급실 치료** (의료용품 포함)
- 진단 검사** (엑스레이)
- 내구성 의료 장비** (목발)
- 재활 서비스** (물리 치료)

총 예시 비용 \$2,800

이 예시에서 Mia는 다음을 납부합니다.

비용 분담	
공제액	\$2,000
가입자 분담금	\$320
공동 부담액	\$160
보장되지 않는 사항	
제한 또는 제외 사항	\$0
Mia가 납부할 총 금액은	\$2,480

플랜은 이 예시 도표의 서비스 이외에 발생한 비용을 부담합니다.

 **혜택 및 보장 요약(Summary of Benefits and Coverage - SBC)** 문서는 의료보험 **플랜** 선택에 도움을 드립니다. SBC에서는 보장되는 의료 보험혜택에 대한 비용을 가입자와 **플랜** 에서 분담하는 방식을 보여드립니다. **주: 플랜** 비용(이 플랜에서는 **보험료** 또는 "요금"이라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. **이것은 요약본일 뿐입니다.** 의료보험에 대한 자세한 정보 또는 의료보험 보장 혜택 사본을 원하시면, www.pensions.org을 방문하거나 연금국 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 전화하십시오. **허용 금액(allowed amount), 잔액 청구서(balance billing), 공동 부담액(coinsurance), 가입자 부담금(copayment), 공제액(deductible), 의료서비스 제공자(provider),** 또는 밑줄이 그어진 일반적인 용어의 정의는 용어집을 참고하십시오. www.pensions.org에서 용어집을 참고하시거나 연금국 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 전화해서 사본을 요청할 수 있습니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유
공제액(Deductible) 은 얼마인가요?	\$3,000 개인/\$6,000 가족 가입자 부담금 및 공동 부담액 은 공제액 에 포함되지 않습니다.	의료보험에서 의료 서비스를 보장하기 전까지 가입자는 해당 공제액 을 부담해야 합니다.. 공제액 지급이 언제 다시 시작되는지 보려면 플랜 문서를 확인하십시오(항상은 아니지만 보통 1월 1일). 공제액 을 충족한 후 의료보험이 보장되기 시작하며 가입자가 부담하는 금액은 2페이지에서 시작하는 표를 참조하십시오.
공제액 을 충족하기 전에 보장되는 혜택이 있나요?	네.	예방 서비스(Preventive services).
특정 서비스에 대한 공제액 이 있습니까?	아니요.	특정 서비스에 대한 공제액 을 충족할 필요는 없지만 이 플랜 에서 보장하는 서비스에 대한 기타 비용은 2페이지에서 시작하는 표를 참조하십시오.
가입자 부담액 한도(out-of-pocket limit) 는 얼마인가요?	최대 부담액 한도: \$5,000 개인/\$10,000 가족.	가입자 부담액 한도 는 보장 서비스 비용 중 가입자 부담금에 대해 보장 기간(보통 1년) 동안 부담해야 하는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료비용 총 지출을 계획하는 데 도움이 됩니다.
가입자 부담액 한도 에 포함되지 않는 것은 무엇인가요?	의료 보험료 , 잔액 청구서 및 의료 비용은 이 가입자 부담액 한도 에 적용되지 않습니다.	가입자 부담액 한도 에 계산되지 않습니다.
조직망 내 서비스를 이용하면 개인 부담액이 더 적나요?	네. www.myqhealthpcusa.org 를 참고하시거나 1- 855-497-1237 번으로 문의하여 조직망 목록을 요청하십시오.	조직망 내 또는 다른 의료서비스를 이용할 경우, 의료보험 은 서비스 비용의 일부 또는 전부를 보장합니다. 조직망 내 의사 또는 병원이 일부 서비스를 조직망 외에서 사용할 수도 있습니다. 거래하는 또는 조직망 에 참여하는 의사/병원을 조직망 (In network) 이라고 합니다. 조직망 내 또는 외 의사/병원을 이용 시 의료보험 보장 차이를 2페이지에서 시작하는 표를 참조하십시오. 조직망 내 의료 서비스 를 이용하면 가입자 부담이 더 적습니다.
전문의 진료를 받으려면,	아니요, 전문의 진료는 허가가 필요 없습니다.	플랜의 허가없이 원하시는 전문의 에게 진료를 받을 수 있습니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유
허가(Referral)가 필요한가요?		

! 이 차트에 표시된 모든 **가입자 부담금** 및 **공동 부담액** 비용은, **공제액**이 적용될 경우, **공제액**을 충족한 이후입니다.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		한도, 예외, 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
의사/병원에서 진료받는 경우	부상이나 질병을 치료하기 위한 1차 진료 방문	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	전문의 방문	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	예방 진료/검사/예방 접종	요금 없음	보장되지 않음	1차 진료 의사, 소아과 의사, 산부인과 의사를 방문하는 경우(빈도는 www.pensions.org 에서 예방 일정에서 확인.)
검사를 받는 경우	진단 검사 (X-레이, 혈액 검사)	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI)	20% 공동 보험액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-Certificate) 필요
질병이나 증상 치료를 위해 약이 필요한 경우 처방약 보장 에 대한 자세한 정보는 www.express-scripts.com 를 참고하십시오. 맞춤형 지원을 받으려면 1-855-497-1237로 전화할 수도 있습니다.	일반 상표 질병 예방약(Preventive generic drugs)	\$6 가입자 부담금/처방약 (소매, 30일 복용량); \$18 가입자 부담금/처방약 (소매, 90일 복용량); \$15 가입자 부담금/처방약 (우편, 90일 복용량) 공제액 대상이 아님	보장되지 않음	사전 승인(Prior authorization) 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	계약 브랜드 상표 질병예방약(Preventive preferred brand drugs)	\$30 가입자 부담금/처방약 (소매, 30일 복용량); \$90 가입자	보장되지 않음	

* 한도 및 예외에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 [플랜](#) 또는 증권 문서를 www.pensions.org에서 확인하십시오.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		한도, 예외, 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
		<u>분담금/처방약</u> (소매, 90일 복용량); \$75 <u>가입자</u> <u>분담금/처방약</u> (우편, 90일 복용량) <u>공제액</u> 대상이 아님		
	비계약 브랜드 상표 질병 예방약	적용되지 않음		
	일반상표 약(Generic drugs)	30% <u>공동 보험액</u> , 조건: 최대 \$150 <u>가입자</u>		<u>사전 승인(Prior authorization)</u> 또는 단계 요법 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	계약 브랜드 상표 약(Preferred brand drugs)	<u>분담금/처방약</u> (소매, 30일 복용량); 최대 \$450 <u>가입자</u> <u>분담금/처방약</u> (소매, 90일 복용량); 최대 \$375 <u>가입자</u> <u>분담금/처방약</u> (우편, 90일 복용량)	보장되지 않음	
	비계약 브랜드 상표 약(Non-preferred brand drugs)	보장되지 않음	보장되지 않음	
	전문 의약(<u>Specialty drugs</u>)	계약 브랜드(Preferred) 상표 약에 대해 위와 동일한 비율 및 최소 부담과 최대 부담	보장되지 않음	
외래 수술을 받은 경우	시설 이용료 (예. 외래 수술 센터)	20% <u>공동 보험액</u>	보장되지 않음	————— 없음 —————
	의사/외과의사 수수료	20% <u>공동 보험액</u>	보장되지 않음	————— 없음 —————
즉각적인 의학적 조치가 필요한 경우	<u>응급실 치료</u>	20% <u>공동 보험액</u>	20% <u>공동 보험액</u>	입원 시 48시간 이내 <u>사전 인증(Pre-certification)</u> 필수
	엠블런스 이용	20% <u>공동 보험액</u>	20% <u>공동 보험액</u>	가장 가까운 응급실로 이동
	긴급 진료(Urgent care)	20% <u>공동 보험액</u>	보장되지 않음	————— 없음 —————

* 한도 및 예외에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 [플랜](#) 또는 증권 문서를 www.pensions.org에서 확인하십시오.

의료 서비스	필요한 서비스	부담 금액		한도, 예외, 기타 중요 정보
		조직망 내 (가입자 부담 적음)	조직망 외 (가입자 부담 더 큼)	
입원한 경우	시설 이용료(예. 병실)	20% 공동 보험액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요
	의사/외과의사 수수료	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요
	입원환자 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	사전 인증(Pre-certification) 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스를 위해 입원 후 48시간 이내)
출산 산부인과를 이용하는 경우	의사 진료	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	출산/분만 전문 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간 입원; 제왕절개 후 96시간 입원 포함
	출산/분만 시설 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간 입원; 제왕절개 후 96시간 입원 포함
재활 치료나 특별 의료 장비가 필요한 경우	가정 건강 관리	20% 공동 보험액	보장되지 않음	1회당 최대 8시간 연간 100회 방문
	재활 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	재활 서비스(정신)	20% 공동 보험액	보장되지 않음	헬스케어 혜택 가이드 참조
	간호 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	장기 요양 시설에 대해 연간 최대 180일 한도
	내구성 의료 장비	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
	호스피스 서비스	20% 공동 보험액	보장되지 않음	없음
자녀가 치과 또는 안과 치료가 필요한 경우	아동 안과 검진	\$25의 가입자 부담금 (VSP 조직망 이용 시)	보장되지 않음	연간 1회 검사로 제한됨 조직망 외 제공업체를 이용하는 경우 플랜은 최대 \$45까지 배상함. HDHP에 등록된 개인은 자동으로 VSP 안과 검진 혜택에 등록됩니다. 안과 검진 혜택은 HDHP의 일부로 간주하지 않습니다.
	아동 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	아동 치과 진료	보장되지 않음	보장되지 않음	

* 한도 및 예외에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 [플랜](#) 또는 증권 문서를 www.pensions.org에서 확인하십시오.

비보장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스:

의료보험에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스 (자세한 정보 및 기타 [제외 서비스](#) 목록은 보험 증권 또는 [플랜](#) 서류 확인.)

- 성형 수술
- 치과 치료
- 실험적 또는 연구적 치료
- 장기 돌봄
- 개인 간호
- 정기적인 발 치료
- 체중 감소 프로그램

기타 보장 서비스(서비스 이용 제한이 있습니다. 이는 완전한 목록이 아닙니다. [플랜](#) 문서를 참조해 주십시오.)

- 의사 또는 주 면허 침술가가 제공한 경우 침술
- 비만 수술
- 척추 지압 치료
- 불임 치료
- 보청기(및 피팅)
- 미국 밖에서 제공된 대부분의 보장
- VSP를 통한 정기적인 안과 검진

의료서비스를 받을 권리(Your Rights to Continue Coverage): 의료보험 보장이 종료된 후에도 계속 보장받기를 원하는 경우 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보: 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov. [건강 보험 마켓플레이스](#)를 통한 개별 보험 가입을 포함하여 다른 보장 옵션도 이용할 수 있습니다. [마켓플레이스](#)에 대한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov를 방문하거나 1-800-318-2596번으로 전화하십시오. 보장을 계속할 수 있는 권리에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스에 1-800-773-7752(1-800-PRESPLAN) (TTY: 711)로 문의하십시오.

고충 및 이의 제기 권리(Your Grievance and Appeals Rights): 미국 보건 복지부는 [청구](#) 거부에 대해 [플랜](#)에 불만이 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 불만 사항은 [고충](#) 또는 [이의 제기](#)로 불립니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료비 [청구](#)에 대해 받게 될 혜택 설명을 참조하십시오. [플랜](#) 문서는 또한 귀하의 [플랜](#)에 어떤 이유로든 [청구](#), [이의 제기](#), 또는 [고충](#)을 제출하는 방법에 대한 완전한 정보를 제공합니다. 권리, 통지 또는 지원에 대한 자세한 정보는 쿼텀 헬스 855-497-1237 (TTY: 711)로 문의하십시오. 미국 보건복지부 연락처 정보: 1-877-267-2323(내선 61565)번 또는 www.cciio.cms.gov.

이 [플랜](#)은 최소 필수 보장을 제공하나요? 예.

이 [플랜](#)은 최소 필수 보장을 제공합니다.

이 [플랜](#)은 최소 가치 표준을 충족합니까? 예.

이 의료 보장은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 표준을 충족합니다.

언어 서비스:

스페인어 (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711)로 전화하십시오.

타갈로그어 (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

중국어 (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

나바호어 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

이 [플랜](#)이 의료 상황에 대한 비용을 보장하는 방법에 대한 예시를 확인하기 위해 다음 섹션을 확인하십시오.

보장 예시 정보:



이것은 비용 계산기가 아닙니다. 아래 치료는 의료보험이 보장하는 방법에 대한 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, [제공자](#)가 청구하는 가격 및 기타 여러 요인에 따라 다릅니다. [비용 분담](#) 금액 ([공제액](#), [가입자 분담금](#), 및 [공동 보험액](#)) 및 [플랜](#)에 따른 [제외 서비스](#)에 주목하십시오. 다른 건강 [플랜](#)에 따라 귀하가 지불할 비용의 부분을 비교하기 위해 이 정보를 이용하십시오. 이러한 보장 예시는 본인 전용 보장을 기초로 함을 유의하십시오.

Peg는 임신 중입니다

(조직망 내 산전 케어 9개월 및 병원)

- [플랜의 총 공제액](#) \$6,000
- [전문의 분담금](#)
- 병원 (시설) [공동 보험액](#) 20%
- 기타 [공동 보험액](#) 20%

이 예시 이벤트는 다음과 같은 서비스를 포함합니다:

- [전문의](#) 진료소 방문 ([산전 케어](#))
- 출산/분만 전문 서비스
- 출산/분만 시설 서비스
- [진단 검사](#) ([초음파](#) 및 [혈액 검사](#))
- [전문의](#) 진료 ([마취](#))

예시 총 비용 \$12,700

이 예시에서 Peg가 지불할 금액:

비용 분담	
공제액	\$6,000
가입자 분담금	\$0
공동 보험액	\$1,340
보장되지 않는 항목	
한도 또는 제외	\$0
Peg가 지불할 총 금액	\$7,340

Joe의 2형 당뇨병 관리 (1년간)

상태 관리를 위해 정기적인 조직망

- [플랜의 총 공제액](#) \$3,000
- [전문의 분담금](#)
- 병원 (시설) [공동 보험액](#) 20%
- 기타 [공동 보험액](#) 20%

이 예시 이벤트는 다음과 같은 서비스를 포함합니다:

- [1차 진료의](#) 진료실 방문 ([질병 교육 포함](#))
- [진단 검사](#) ([혈액 검사](#))
- [처방약](#)
- [내구성 의료 장비](#) ([혈당 측정기](#))

예시 총 비용 \$5,600

이 예시에서 Joe가 지불할 금액:

비용 분담	
공제액	\$3,000
가입자 분담금	\$0
공동 보험액	\$520
보장되지 않는 항목	
한도 또는 제외	\$0
Joe가 지불할 총 금액	\$3,520

Mia의 단순 골절

(조직망 내 응급실 방문 및 후속 치료)

- [플랜의 총 공제액](#) \$6,000
- [전문의 분담금](#)
- 병원 (시설) [공동 보험액](#) 20%
- 기타 [공동 보험액](#) 20%

이 예시 이벤트는 다음과 같은 서비스를 포함합니다:

- [응급실 진료](#) ([의료용품 포함](#))
- [진단 검사](#) ([X-레이](#))
- [내구성 의료 장비](#) ([목발](#))
- [재활 서비스](#) ([물리 치료](#))

예시 총 비용 \$2,800

이 예시에서 Mia가 지불할 금액:

비용 분담	
공제액	\$2,800
가입자 분담금	\$0
공동 보험액	\$0
보장되지 않는 항목	
한도 또는 제외	\$0
Mia가 지불할 총 금액	\$2,800

[플랜](#)은 이 예시 도표의 서비스 이외에 발생한 비용을 부담합니다.