
 이 혜택 및 보장 범위 요약(SBC) 문서는 의료보험 플랜을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC 문서에서는 보장되는 의료 서비스 비용을 가입자와 플랜이 어떤 방식으로 부담하는지 보여드립니다. 메모: 이 플랜의 비용(보험료 또는 이 플랜의 '회비'라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이 문서는 요약일 뿐입니다. 보장 범위에 대한 자세한 내용을 확인하거나, 전체 보장 약관의 사본을 얻으려면 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)를 참조하거나 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN(1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 공동 부담금, 본인 부담금, 공제액, 의료 제공자 또는 그 밖의 밑줄로 강조된 용어처럼 자주 사용되는 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 참조하십시오. [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 용어집을 참조하거나 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유
전체 <u>공제액</u> 이란 무엇입니까?	<p>각 가입자/가족의 경우: 네트워크: 가입자 보상 밴드의 1.5%<sup>1</sup></p> <p>네트워크 외: 가입자 보상 밴드의 2.5%, 합산 2.5%로 제한됩니다. <u>예방 검진</u>, 건강 진료 방문 또는 <u>처방약</u>에는 적용되지 않습니다.</p> <p><u>본인 부담금</u> 및 <u>공동 부담금</u> 금액은 <u>네트워크 공제액</u>에 포함되지 않습니다.</p>	<p>가입자는 이 <u>플랜</u>이 가입자가 이용하는 보장 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 <u>공제액</u> 금액까지 모든 비용을 지불해야 합니다. <u>플랜</u> 문서를 확인하여 <u>공제액</u>이 언제처음부터 다시 시작되는지(항상 그렇지 않지만 통상 1월 1일) 확인하십시오. <u>공제액</u> 충족 후 보장 서비스에 대해 지불하는 금액에 대한 내용은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.</p>
<u>공제액</u> 을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	네.	<u>예방 서비스</u> , <u>처방</u> , 건강 진료 방문, <u>본인 부담금</u> .
특정 서비스에 대한 기타 <u>공제액</u> 이 있습니까?	아니요.	특정 서비스에 대해서는 <u>공제액</u> 을 충족할 필요가 없습니다. 그러나 이 <u>플랜</u> 에서 보장하는 서비스의 기타 비용에 대해서는 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.

<sup>1</sup> 공제액 및 공동 부담금 금액은 최소 및 최대 급여에 따른 급여 범위를 기준으로 합니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유
이 플랜의 본인 부담 한도란 무엇입니까?	모든 <a href="#">네트워크</a> 의료, 행동 건강, <a href="#">처방약</a> 비용(개인 합산 \$5,000, 가족 합산 \$10,000로 제한)의 경우 가입자 보상 밴드의 5%, 가족 합산 시 네트워크 외 가입자 보상 밴드의 15%. <a href="#">처방약</a> , 비지정 브랜드 의약품 이외의 약품 및 특정 비필수 전문 약국 의약품은 가족 <a href="#">공동 부담금</a> 은 최대 \$3,000으로 제한됩니다.	이 <a href="#">본인 부담 한도</a> 는 보장 기간(통상 1년) 동안 보장 서비스 비용의 부담금에 대해 가입자가 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료 비용을 계획하는 데 도움이 됩니다.
<a href="#">본인 부담 한도</a> 에 포함되지 않은 사항은 무엇입니까?	이 <a href="#">플랜</a> 이 보장하지 않는 <a href="#">보험료</a> (회비), <a href="#">잔액 청구</a> 요금, 비지정 브랜드 의약품, 특정 비필수 전문 약국 의약품 및 의료 비용은 총 최대 <a href="#">본인 부담 한도</a> 에 적용되지 않습니다.	이러한 비용을 지불하더라도, 해당 비용은 <a href="#">본인 부담 한도</a> 에 포함되지 않습니다.
<a href="#">네트워크 제공자</a> 를 이용할 경우 지불 비용이 줄어듭니까?	네. <a href="#">네트워크 제공자</a> 목록을 보려면 <a href="http://www.myqhealthpcusa.org">www.myqhealthpcusa.org</a> 를 참조하거나 1-855-497-1237로 전화하십시오.	<a href="#">네트워크 내 제공자</a> 또는 다른 의료 <a href="#">제공자</a> 를 이용할 경우, 이 <a href="#">플랜</a> 에서는 보장 서비스 비용의 일부 또는 전부를 지불합니다. 가입자의 <a href="#">네트워크 내 제공자</a> 또는 병원에서는 일부 서비스를 위해 <a href="#">네트워크 외부 제공자</a> 를 이용할 수도 있습니다. <a href="#">플랜</a> 에서는 <a href="#">네트워크</a> 에 있는 <a href="#">네트워크</a> 내, 지정 또는 참여 <a href="#">의료 제공자</a> 용어를 사용합니다. 이 <a href="#">플랜</a> 에서 여러 유형의 <a href="#">의료 제공자</a> 에게 비용을 지불하는 방식은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오. <a href="#">플랜</a> 의 <a href="#">네트워크</a> 내에 있는 <a href="#">의료 제공자</a> 를 이용할 경우 적은 금액을 지불하게 됩니다. <a href="#">네트워크 외 의료 제공자</a> 를 이용할 경우 가장 많은 비용을 지불하게 되며, <a href="#">의료 제공자</a> 는 의료 제공자의 요금과 <a href="#">플랜</a> 에서 지불하는 비용( <a href="#">잔액 청구</a> ) 간의 차액을 청구합니다.
<a href="#">전문의</a> 의 진료를 받으려면 <a href="#">추천</a> 이 필요합니까?	아니요. <a href="#">전문의</a> 의 진료를 받으려는 경우 <a href="#">추천</a> 이 필요하지 않습니다.	이 <a href="#">플랜</a> 의 승인 없이 가입자 본인이 선택한 <a href="#">전문의</a> 의 진료를 받을 수 있습니다.

 이 차트에 표시된 모든 [본인 부담금](#) 및 [공동 부담금](#) 비용은 [공제액](#)이 적용될 경우 해당 [공제액](#)을 충족한 이후의 비용입니다.

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
의료 서비스 <b>제공자</b> 의 진료실 또는 클리닉에 건강 진료 목적으로 방문할 경우	부상 또는 질병을 치료하기 위한 주치의 진료 방문	\$25 <b>본인 부담금</b> /진료 방문	50% <b>공동 부담금</b>	<b>공제액</b> 또는 <b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않음
	<b>전문</b> 의 진료 방문	\$45 <b>본인 부담금</b> /진료 방문	50% <b>공동 부담금</b>	<b>공제액</b> 또는 <b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않음
	<b>예방 검진/검진/</b> 예방접종	비용 없음	건강 진료 방문 시 50% <b>공동 부담금</b> , 검진 및 예방접종 시 무료	주치의, 소아과 의사 또는 산부인과 의사를 방문하는 경우(방문 빈도에 대해서는 <a href="http://www.pensions.org">www.pensions.org</a> 의 예방 일정을 참조하십시오.)
검사를 받을 경우	<b>진단 검사</b> (X선, 혈액 검사)	20% <b>공동 부담금</b>	40% <b>공동 부담금</b>	—————없음—————
	영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI)	20% <b>공동 부담금</b>	40% <b>공동 부담금</b>	<b>사전 인증</b> 필요
질병이나 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우 <b>처방약 보장 범위</b> 에 대한 자세한 정보는 <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> 에서 제공됩니다. 1-855-497-1237로 전화하여 맞춤형 지원을 받을 수도 있습니다.	예방적 복제약	\$5 <b>본인 부담금/처방약</b> (소매 약국, 30일분 조제), \$15 <b>본인 부담금/처방약</b> (소매 약국, 90일분 조제), \$12.50 <b>본인 부담금/처방약</b> (우편 주문, 90일분 조제)	보장되지 않음	<b>사전 승인</b> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	예방적 지정 브랜드 의약품	\$20 <b>본인 부담금/처방약</b> (소매 약국, 30일분 조제), \$60 <b>본인 부담금/처방약</b> (소매 약국, 90일분 조제), \$50 <b>본인 부담금/처방약</b> (우편 주문, 90일분 조제)	보장되지 않음	
	예방적 비지정 브랜드 의약품		적용되지 않음	

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 **플랜** 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
	복제약	\$10 <u>본인 부담금/처방약</u> (소매 약국, 30일분 조제), \$30 <u>본인 부담금/처방약</u> (소매 약국, 90일분 조제), \$25 <u>본인 부담금/처방약</u> (우편 주문, 90일분 조제)	지정된 <u>본인 부담금/처방약</u> (소매 약국, 90일분 조제)	<u>사전 승인</u> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.
	지정 브랜드 의약품	30% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$20 ~ 최대 \$100(소매 약국, 30일분 조제), 30% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$60 ~ 최대 \$300(소매 약국, 90일분 조제), 30% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$50 ~ 최대 \$250(우편 주문, 90일분 조제)	약정 요금의 30%	
	비지정 브랜드 의약품	50% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$50 ~ 최대 \$150(소매 약국, 30일분 조제), 50% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$150 ~ 최대 \$450(소매 약국, 90일분 조제), 50% <u>공동 부담금</u> , 최소 \$125 ~ 최대 \$375(우편 주문, 90일분 조제)	약정 요금의 50%	
	<u>전문 의약품</u>	비필수 전문 약국 의약품 이외의 지정 브랜드 및 비지정 브랜드에 대해 위와 동일한 비율(%), 최소 및 최대 금액. 최대 공동 부담금은 없음	지정 브랜드 및 비지정 브랜드에 대해 위와 동일한 약정 요금 비율(%)	

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
외래 수술을 받은 경우	시설 사용료(예: 외래 수술 센터)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————
즉각적인 치료가 필요한 경우	<a href="#">응급실 진료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	입원 시 48시간 이내에 <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">응급 병원 수술</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	가장 가까운 적절한 시설로 이동
	<a href="#">긴급 치료</a>	\$45 <a href="#">본인 부담금</a> /진료 방문	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————
입원을 하는 경우	시설 사용료(예: 병실)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	\$25 <a href="#">본인 부담금</a> /건강 진료 방문 및 기타 외래 서비스의 경우 20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	입원 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">사전 인증</a> 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스의 경우 입원 후 48시간 이내)
임신 중인 경우	건강 진료 방문	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————
	출산/분만 전문 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함
	출산/분만 시설 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함
	<a href="#">재택 치료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	각각 최대 8시간의 연간 100회 방문, <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">재활 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	—————없음—————

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
회복에 도움이 필요하거나 기타 특별한 건강상의 도움이 필요한 경우	<a href="#">훈련 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">의료 혜택 안내를 참조하십시오.</a>
	<a href="#">전문 간호</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	장기 요양 시설에 대한 최대 연간 한도는 180일, <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">내구 의료 장비</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">사전 인증</a> 필요(\$1,500 이상의 모든 렌트 및 구매)
	<a href="#">호스피스 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	40% <a href="#">공동 부담금</a>	<a href="#">사전 인증</a> 필요
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	자녀 시력 검사	\$25 <a href="#">본인 부담금</a> (VSP <a href="#">제공자</a> 이용 시)	\$25 <a href="#">본인 부담금</a> 이후 최대 \$45 환급	검사는 연간 1회로 제한됩니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 플랜에서는 최대 \$45를 환급합니다.
	자녀용 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	자녀 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

**제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스:**

<b>플랜</b> 에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용은 정책 또는 <b>플랜</b> 문서 및 기타 <b>제외되는 서비스</b> 목록 확인).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>성형 수술</li> <li>치과 치료</li> <li>연구 또는 임상시험 관련 의학 치료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>장기 요양</li> <li>개인 간호</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정기적인 발 관리</li> <li>체중 감량 프로그램</li> </ul>

<b>기타 보장 서비스</b> (이러한 서비스에는 제한 사항이 적용될 수 있으며, 이는 전체 목록은 아닙니다. <b>플랜</b> 문서를 참조하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>의사 또는 주정부 면허가 있는 침술사가 시술하는 침술</li> <li>비만 수술</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>카이로프랙틱 치료</li> <li>불임 치료</li> <li>보청기(및 부속품)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미국 외에서 제공되는 대부분의 보장 범위</li> <li>VSP를 통한 정기 시력 검사</li> </ul>

**보장을 지속할 수 있는 권리:** 보장이 종료된 후에도 보장을 지속하려는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보는 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov)입니다. **건강보험마켓플레이스**를 통해 개별 보험 보장 범위를 구매하는 경우를 포함하여, 다른 보장 범위 옵션도 사용할 수 있습니다. **마켓플레이스**에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)를 참조하거나 1-800-318-2596으로 전화하여 문의하십시오. 보장을 지속할 권리에 대한 자세한 내용은 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오.

**고충 및 이의 제기 권리:** **청구** 거부와 관련하여 **플랜**에 대해 불만이 있는 경우 미국 보건복지부에서 도움을 드릴 수 있습니다. 이러한 불만을 **고충** 또는 **이의 제기**라고 합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 해당 의료 **청구**에 대해 받게 될 혜택 관련 설명을 참조하십시오. **플랜** 문서는 **플랜**에 대한 여하한 이유로 인해 **청구**, **이의 제기** 또는 **고충**을 제출하는 방법에 대한 전체 정보도 제공합니다. 가입자의 권리, 이러한 고지 사항 또는 지원에 대한 자세한 내용은 Quantum Health에 1-855-497-1237(청각 장애인용 전화: 711)로 전화하여 문의하십시오. 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov)를 통해 미국 보건복지부에 문의할 수도 있습니다.

**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니까? 네.**  
**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니다.**

**이 플랜은 최소 가치 표준을 충족합니까? 네.**  
**이 건강 보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 표준을 충족합니다.**

**언어 접근 서비스:**

- Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).
- 한국어(한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752(청각 장애인용 전화: 711)로 전화하십시오.
- Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).
- Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).
- Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

*이 **플랜**이 샘플 의료 상황에 대한 비용을 어떤 방식으로 보장하는지 예시를 보려면 다음 섹션을 참조하십시오.*

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 **플랜** 또는 정책 문서를 참조하십시오.

이러한 보장 범위 예시에 대한 정보:



이것은 비용 추정 계산기가 아닙니다. 제시된 치료는 이 [플랜](#)이 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, [의료 제공자](#)가 청구하는 요금 및 기타 여러 요인에 따라 달라집니다. [플랜](#)에 따른 [비용 분담](#) 금액([공제액](#), [본인 부담금](#), [공동 부담금](#)), [제외되는 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 여러 가지 건강 [플랜](#)에 따라 지불하게 될 수 있는 비용 부분을 비교할 수 있습니다. 이러한 보장 범위 예시는 자체 전용 보장 범위를 기준으로 합니다.

**Peg의 출산 사례**

(9개월 동안 네트워크 내 산전 관리 및 병원 분담)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$875**
- [전문의 본인 부담금](#) **\$45**
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

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

**총 예시 비용 \$12,700**

이 예시에서 Peg가 지불할 금액

*비용 분담*

<a href="#">공제액</a>	\$875
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$2,365

*보장되지 않는 사항*

제한 사항 또는 제외 사항 \$0

**Peg가 지불할 총액 \$3,240**

**Joe의 제2형 당뇨병 관리**

(잘 관리된 상태로 1년간 정기적인 네트워크 내 진료를 받은 경우)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$875**
- [전문의 본인 부담금](#) **\$45**
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [주치의](#) 건강 진료 방문(질환 교육 포함)
- [진단 검사](#)(혈액 검사)
- [처방약](#)
- [내구 의료 장비](#)(혈당 측정기)

**총 예시 비용 \$5,600**

이 예시에서 Joe가 지불할 금액

*비용 분담*

<a href="#">공제액</a>	\$875
<a href="#">본인 부담금</a>	\$405
<a href="#">공동 부담금</a>	\$945

*보장되지 않는 사항*

제한 사항 또는 제외 사항 \$0

**Joe가 지불할 총액 \$2,225**

**Mia의 단순 골절**

(네트워크 내 응급실 방문 및 후속 치료)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$875**
- [전문의 본인 부담금](#) **\$45**
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [응급실 진료](#)(의료용품 포함)
- [진단 검사](#)(X선)
- [내구 의료 장비](#)(목발)
- [재활 서비스](#)(물리치료)

**총 예시 비용 \$2,800**

이 예시에서 Mia가 지불할 금액

*비용 분담*

<a href="#">공제액</a>	\$875
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$385

*보장되지 않는 사항*

제한 사항 또는 제외 사항 \$0

**Mia가 지불할 총액 \$1,260**

이 [플랜](#)은 이러한 예시에 언급된 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.






이 혜택 및 보장 범위 요약(SBC) 문서는 의료보험 **플랜**을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC 문서에서는 보장되는 의료 서비스 비용을 가입자와 **플랜**이 어떤 방식으로 분담하는지 보여드립니다. 메모: 이 **플랜**의 비용(**보험료** 또는 이 플랜의 '회비'라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이 문서는 요약일 뿐입니다. 보장 범위에 대한 자세한 내용을 확인하거나, 전체 보장 약관의 사본을 얻으려면 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)를 참조하거나 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN(1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오. **허용 금액, 잔액 청구, 공동 부담금, 본인 부담금, 공제액, 의료 제공자** 또는 그 밖의 **밑줄로 강조된 용어**처럼 자주 사용되는 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 참조하십시오. [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 용어집을 참조하거나 1-800-PRESPLAN(1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유
전체 <b>공제액</b> 이란 무엇입니까?	개인 \$2,000/가족 \$2,000  <b>네트워크 공제액</b> 은 건강 진료 방문, <b>예방 검진</b> 서비스, 진단 검사, 영상 검사, 긴급 치료, <b>처방약</b> 경비에는 적용되지 않습니다.  <b>본인 부담금</b> 및 <b>공동 부담금</b> 금액은 <b>네트워크 공제액</b> 에 포함되지 않습니다.	가입자는 이 <b>플랜</b> 이 가입자가 이용하는 보장 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 <b>공제액</b> 금액까지 모든 비용을 지불해야 합니다. <b>플랜</b> 문서를 확인하여 <b>공제액</b> 이 언제 처음부터 다시 시작되는지(항상 그렇지는 않지만 통상 1월 1일) 확인하십시오. <b>공제액</b> 충족 후 보장 서비스에 대해 지불하는 금액에 대한 내용은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.
<b>공제액</b> 을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	네.	<b>예방 서비스, 처방, 건강 진료 방문, 진단 검사, 영상 촬영 본인 부담금</b> 입니다.
특정 서비스에 대한 기타 <b>공제액</b> 이 있습니까?	아니요.	특정 서비스에 대해서는 <b>공제액</b> 을 충족할 필요가 없습니다. 그러나 이 <b>플랜</b> 에서 보장하는 서비스의 기타 비용에 대해서는 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.
이 <b>플랜</b> 의 <b>본인 부담 한도</b> 란 무엇입니까?	총 본인 부담금은 개인 \$5,000/가족 \$10,000입니다.	이 <b>본인 부담 한도</b> 는 보장 기간(통상 1년) 동안 보장 서비스 비용의 부담금에 대해 가입자가 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료 비용을 계획하는 데 도움이 됩니다.
<b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않은 사항은 무엇입니까?	이 <b>플랜</b> 이 보장하지 않는 <b>보험료(회비), 잔액 청구</b> 요금, 특정 비필수 전문 약국 의약품 및 의료 비용은 총 최대 <b>본인 부담 한도</b> 에 적용되지 않습니다.	이러한 비용을 지불하더라도, 해당 비용은 <b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않습니다.

<p><b>네트워크 제공자를 이용할 경우 지불 비용이 줄어듭니까?</b></p>	<p>네. <u>네트워크 제공자</u> 목록을 보려면 <a href="http://www.myghealthpcusa.org">www.myghealthpcusa.org</a>를 참조하거나 1-855-497-1237로 전화하십시오.</p>	<p><u>네트워크 내 제공자</u> 또는 다른 의료 <u>제공자</u>를 이용할 경우, 이 <u>플랜</u>에서는 보장 서비스 비용의 일부 또는 전부를 지불합니다. 가입자의 <u>네트워크 내 제공자</u> 또는 병원에서는 일부 서비스를 위해 <u>네트워크 외부 제공자</u>를 이용할 수도 있습니다. <u>플랜</u>에서는 <u>네트워크</u>에 있는 <u>네트워크</u> 내, 지정 또는 참여 <u>의료 제공자</u> 용어를 사용합니다. 이 <u>플랜</u>에서 여러 유형의 <u>의료 제공자</u>에게 비용을 지불하는 방식은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오. <u>플랜</u>은 네트워크 외 서비스에 대한 비용을 지불하지 않으므로, <u>네트워크 의료 제공자</u>를 이용하는 비용이 더 낮습니다.</p>
<p><b>전문의의 진료를 받으려면 추천이 필요합니까?</b></p>	<p>아니요. <u>전문의</u>의 진료를 받으려는 경우 추천이 필요하지 않습니다.</p>	<p>이 <u>플랜</u>의 승인 없이 가입자 본인이 선택한 <u>전문의</u>의 진료를 받을 수 있습니다.</p>

 이 차트에 표시된 모든 본인 부담금 및 공동 부담금 비용은 공제액이 적용될 경우 해당 공제액을 충족한 이후의 비용입니다.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
의료 서비스 <u>제공자</u> 의 진료실 또는 클리닉에 건강 진료 목적으로 방문할 경우	부상 또는 질병을 치료하기 위한 주치의 진료 방문	\$40 <u>본인 부담금</u> /진료 방문	보장되지 않음	—————없음—————
	<u>전문의</u> 진료 방문	\$60 <u>본인 부담금</u> /진료 방문	보장되지 않음	—————없음—————
	<u>예방 검진/검진/예방접종</u>	비용 없음	보장되지 않음	주치의, 소아과 의사 또는 산부인과 의사를 방문하는 경우. (방문 빈도에 대해서는 <a href="http://www.pensions.org">www.pensions.org</a> 의 예방 일정을 참조하십시오.)
검사를 받을 경우	<u>진단 검사</u> (X선, 혈액 검사)	\$65 <u>본인 부담금</u> /진료 방문	보장되지 않음	—————없음—————
	영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI)	\$200 <u>본인 부담금</u> /진료 방문	보장되지 않음	<u>사전 인증</u> 필요

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 플랜 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
<p>질병이나 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우</p> <p><a href="#">처방약 보장 범위</a>에 대한 자세한 정보는 <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>에서 제공됩니다.</p> <p>1-855-497-1237로 전화하여 맞춤형 지원을 받을 수도 있습니다.</p>	예방적 복제약	<p>\$6 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제),</p> <p>\$18 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제),</p> <p>\$15 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p>	보장되지 않음	<p><a href="#">사전 승인</a> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.</p>
	예방적 지정 브랜드 의약품	<p>\$30 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제),</p> <p>\$90 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제),</p> <p>\$75 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p>	보장되지 않음	
	예방적 비지정 브랜드 의약품	적용되지 않음		
	복제약	<p>\$12 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제),</p> <p>\$36 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제),</p> <p>\$30 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p>	보장되지 않음	<p><a href="#">사전 승인</a> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.</p>
	지정 브랜드 의약품	<p>35% <a href="#">공동 부담금</a>, 최소 \$35 ~ 최대 \$150 (소매 약국, 30일분 조제),</p> <p>35% <a href="#">공동 부담금</a>, 최소 \$105 ~ 최대 \$450(소매 약국, 90일분 조제),</p> <p>35% <a href="#">공동 부담금</a>, 최소 \$85 ~ 최대 \$375 (우편 주문, 90일분 조제)</p>	보장되지 않음	

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
	비지정 브랜드 의약품	보장되지 않음	보장되지 않음	
	<a href="#">전문 의약품</a>	비필수 전문 약국 의약품 이외의 지정 브랜드 의약품에 대해 위와 동일한 비율(%), 최소 및 최대 금액. 최대 공동 부담금은 없음	보장되지 않음	
외래 수술을 받은 경우	시설 사용료(예: 외래 수술 센터)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
즉각적인 치료가 필요한 경우	<a href="#">응급실 진료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	입원 시 48시간 이내에 <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">응급 병원 수술</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	가장 가까운 적절한 시설로 이동
	<a href="#">긴급 치료</a>	\$60 <a href="#">본인 부담금</a> /진료 방문	보장되지 않음	————없음————
입원을 하는 경우	시설 사용료(예: 병실)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	입원 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스의 경우 입원 후 48시간 이내)
임신 중인 경우	건강 진료 방문	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
	출산/분만 전문 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함
	출산/분만 시설 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
회복에 도움이 필요하거나 기타 특별한 건강상의 도움이 필요한 경우	<a href="#">재택 치료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	각각 최대 8시간의 연간 100회 방문, <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">재활 서비스</a>	\$40 <a href="#">본인 부담금</a> /진료 방문	40% <a href="#">공동 부담금</a>	————없음————
	<a href="#">훈련 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">의료 혜택 안내를 참조하십시오.</a>
	<a href="#">전문 간호</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	장기 요양 시설에 대한 최대 연간 한도는 180일, <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">내구 의료 장비</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요(\$1,500 이상의 모든 렌트 및 구매)
	<a href="#">호스피스 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	자녀 시력 검사	\$25 <a href="#">본인 부담금</a> (VSP <a href="#">제공자</a> 이용 시)	보장되지 않음	검사는 연간 1회로 제한됩니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 플랜에서는 최대 \$45를 환급합니다.
	자녀용 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	자녀 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

**제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스:**

<b>플랜</b> 에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용은 정책 또는 <b>플랜</b> 문서 및 기타 <b>제외되는 서비스</b> 목록 확인).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>성형 수술</li> <li>치과 치료</li> <li>연구 또는 임상시험 관련 의학 치료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>장기 요양</li> <li>개인 간호</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정기적인 발 관리</li> <li>체중 감량 프로그램</li> </ul>

<b>기타 보장 서비스</b> (이러한 서비스에는 제한 사항이 적용될 수 있으며, 이는 전체 목록은 아닙니다. <b>플랜</b> 문서를 참조하십시오.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>의사 또는 주정부 면허가 있는 침술사가 시술하는 침술</li> <li>비만 수술</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>카이로프랙틱 치료</li> <li>불임 치료</li> <li>보청기(및 부속품)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미국 외에서 제공되는 대부분의 보장 범위</li> <li>VSP를 통한 정기 시력 검사</li> </ul>

**보장을 지속할 수 있는 권리:** 보장이 종료된 후에도 보장을 지속하려는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보는 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov)입니다. **건강보험마켓플레이스**를 통해 개별 보험 보장 범위를 구매하는 경우를 포함하여, 다른 보장 범위 옵션도 사용할 수 있습니다. **마켓플레이스**에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)를 참조하거나 1-800-318-2596으로 전화하여 문의하십시오. 보장을 지속할 권리에 대한 자세한 내용은 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오.

**고충 및 이의 제기 권리:** **청구** 거부와 관련하여 플랜에 대해 불만이 있는 경우 미국 보건복지부에서 도움을 드릴 수 있습니다. 이러한 불만을 **고충** 또는 **이의 제기**라고 합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 해당 의료 **청구**에 대해 받게 될 혜택 관련 설명을 참조하십시오. **플랜** 문서는 **플랜**에 대한 여하한 이유로 인해 청구, 이의 제기 또는 고충을 제출하는 방법에 대한 전체 정보도 제공합니다. 가입자의 권리, 이러한 고지 사항 또는 지원에 대한 자세한 내용은 Quantum Health에 1-855-497-1237(청각 장애인용 전화: 711)로 전화하여 문의하십시오. 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov)를 통해 미국 보건복지부에 문의할 수도 있습니다.

**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니까? 네.**

**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니다.**

**이 플랜은 최소 가치 표준을 충족합니까? 네.**

**이 건강 보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 표준을 충족합니다.**

**언어 접근 서비스:**

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

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

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

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

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

*이 **플랜**이 샘플 의료 상황에 대한 비용을 어떤 방식으로 보장하는지 예시를 보려면 다음 섹션을 참조하십시오.*

이러한 보장 범위 예시에 대한 정보:



이것은 비용 추정 계산기가 아닙니다. 제시된 치료는 이 [플랜](#)이 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, [의료 제공자](#)가 청구하는 요금 및 기타 여러 요인에 따라 달라집니다. [플랜](#)에 따른 [비용 분담](#) 금액([공제액](#), [본인 부담금](#), [공동 부담금](#)), [제외되는 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 여러 가지 건강 [플랜](#)에 따라 지불하게 될 수 있는 비용 부분을 비교할 수 있습니다. 이러한 보장 범위 예시는 자체 전용 보장 범위를 기준으로 합니다.

**Peg의 출산 사례**

(9개월 동안 네트워크 내 산전 관리 및 병원 분만)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$2,000
- [전문의 본인 부담금](#) \$60
- 병원(시설) [공동 부담금](#) 20%
- 기타 [공동 부담금](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

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

총 예시 비용	\$12,700
이 예시에서 Peg가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$2,000
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$2,140
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Peg가 지불할 총액</b>	<b>\$4,140</b>

**Joe의 제2형 당뇨병 관리**

(잘 관리된 상태로 1년간 정기적인 네트워크 내 진료를 받은 경우)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$2,000
- [전문의 본인 부담금](#) \$60
- 병원(시설) [공동 부담금](#) 20%
- 기타 [공동 부담금](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [주치의](#) 건강 진료 방문([질환 교육 포함](#))
- [진단 검사](#)([혈액 검사](#))
- [처방약](#)
- [내구 의료 장비](#)([혈당 측정기](#))

총 예시 비용	\$5,600
이 예시에서 Joe가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$2,000
<a href="#">본인 부담금</a>	\$420
<a href="#">공동 부담금</a>	\$720
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Joe가 지불할 총액</b>	<b>\$3,140</b>

**Mia의 단순 골절**

(네트워크 내 응급실 방문 및 후속 치료)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) \$2,000
- [전문의 본인 부담금](#) \$60
- 병원(시설) [공동 부담금](#) 20%
- 기타 [공동 부담금](#) 20%

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [응급실 진료](#)([의료용품 포함](#))
- [진단 검사](#)([X선](#))
- [내구 의료 장비](#)([목발](#))
- [재활 서비스](#)([물리치료](#))

총 예시 비용	\$2,800
이 예시에서 Mia가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$2,000
<a href="#">본인 부담금</a>	\$320
<a href="#">공동 부담금</a>	\$160
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Mia가 지불할 총액</b>	<b>\$2,480</b>

이 [플랜](#)은 이러한 예시에 언급된 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.



이 혜택 및 보장 범위 요약(SBC) 문서는 의료보험 **플랜**을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC 문서에서는 보장되는 의료 서비스 비용을 가입자와 **플랜**이 어떤 방식으로 분담하는지 보여드립니다. 메모: 이 **플랜**의 비용(보험료 또는 이 플랜의 '회비'라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이 문서는 요약일 뿐입니다. 보장 범위에 대한 자세한 내용을 확인하거나, 전체 보장 약관의 사본을 얻으려면 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)를 참조하거나 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN(1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오. [허용 금액](#), [잔액 청구](#), [공동 부담금](#), [본인 부담금](#), [공제액](#), [의료 제공자](#) 또는 그 밖의 밑줄로 강조된 용어처럼 자주 사용되는 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 참조하십시오. [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 용어집을 참조하거나 1-800-773-77(청각 장애인용 전화: 711)으로 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유
전체 <b>공제액</b> 이란 무엇입니까?	개인 \$3,000/가족 \$6,000  <a href="#">본인 부담금</a> 및 <a href="#">공동 부담금</a> 금액은 <a href="#">네트워크 공제액</a> 에 포함되지 않습니다.	가입자는 이 <b>플랜</b> 이 가입자가 이용하는 보장 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 <b>공제액</b> 금액까지 모든 비용을 지불해야 합니다. 가족 구성원을 등록할 경우, 플랜이 보장 서비스에 대한 비용을 지불하기 전에 가족 공제액을 충족해야 합니다. <b>플랜</b> 문서를 확인하여 <b>공제액</b> 이 언제처음부터 다시 시작되는지(항상 그렇지는 않지만 통상 1월 1일) 확인하십시오. <b>공제액</b> 충족 후 보장 서비스에 대해 지불하는 금액에 대한 내용은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.
<b>공제액</b> 을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	네.	<a href="#">예방 서비스</a> .
특정 서비스에 대한 기타 <b>공제액</b> 이 있습니까?	아니요.	특정 서비스에 대해서는 <b>공제액</b> 을 충족할 필요가 없습니다. 그러나 이 <b>플랜</b> 에서 보장하는 서비스의 기타 비용에 대해서는 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오.
이 <b>플랜</b> 의 <b>본인 부담 한도</b> 란 무엇입니까?	총 본인 부담금은 개인 \$5,000/가족 \$10,000입니다.	이 <b>본인 부담 한도</b> 는 보장 기간(통상 1년) 동안 보장 서비스 비용의 부담금에 대해 가입자가 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도는 의료 비용을 계획하는 데 도움이 됩니다.
<b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않은 사항은 무엇입니까?	이 <b>플랜</b> 이 보장하지 않는 <b>보험료</b> (회비), <b>잔액 청구</b> 요금 및 의료 비용은 총 최대 <b>본인 부담 한도</b> 에 적용되지 않습니다.	이러한 비용을 지불하더라도, 해당 비용은 <b>본인 부담 한도</b> 에 포함되지 않습니다.



중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유
<b>네트워크 제공자</b> 를 이용할 경우 지불 비용이 줄어듭니까?	네. <b>네트워크 제공자</b> 목록을 보려면 <a href="http://www.myqhealthpcusa.org">www.myqhealthpcusa.org</a> 를 참조하거나 1-855-497-1237로 전화하십시오.	<b>네트워크 내 제공자</b> 또는 다른 의료 <b>제공자</b> 를 이용할 경우, 이 <b>플랜</b> 에서는 보장 서비스 비용의 일부 또는 전부를 지불합니다. 가입자의 <b>네트워크 내 제공자</b> 또는 병원에서는 일부 서비스를 위해 <b>네트워크 외부 제공자</b> 를 이용할 수도 있습니다. <b>플랜</b> 에서는 <b>네트워크</b> 에 있는 <b>네트워크</b> 내, 지정 또는 참여 <b>의료 제공자</b> 용어를 사용합니다. 이 <b>플랜</b> 에서 여러 유형의 <b>의료 제공자</b> 에게 비용을 지불하는 방식은 2페이지에서 시작되는 차트를 참조하십시오. <b>플랜</b> 은 네트워크 외 서비스에 대한 비용을 지불하지 않으므로, <b>네트워크 의료 제공자</b> 를 이용하는 비용이 더 낮습니다.
<b>전문의</b> 의 진료를 받으려면 <b>추천</b> 이 필요합니까?	아니요. <b>전문의</b> 의 진료를 받으려는 경우 추천이 필요하지 않습니다.	이 <b>플랜</b> 의 승인 없이 가입자 본인이 선택한 <b>전문의</b> 의 진료를 받을 수 있습니다.

**!** 이 차트에 표시된 모든 **본인 부담금** 및 **공동 부담금** 비용은 **공제액**이 적용될 경우 해당 **공제액**을 충족한 이후의 비용입니다.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
의료 서비스 <b>제공자</b> 의 진료실 또는 클리닉에 건강 진료 목적으로 방문할 경우	부상 또는 질병을 치료하기 위한 주치의 진료 방문	20% <b>공동 부담금</b>	보장되지 않음	————없음————
	<b>전문의</b> 진료 방문	20% <b>공동 부담금</b>	보장되지 않음	————없음————
	<b>예방 검진/검진/</b> 예방접종	비용 없음	보장되지 않음	주치의, 소아과 의사 또는 산부인과 의사를 방문하는 경우. (방문 빈도에 대해서는 <a href="http://www.pensions.org">www.pensions.org</a> 의 예방 일정을 참조하십시오.)
검사를 받을 경우	<b>진단 검사</b> (X선, 혈액 검사)	20% <b>공동 부담금</b>	보장되지 않음	————없음————
	영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI)	20% <b>공동 부담금</b>	보장되지 않음	<b>사전 인증</b> 필요

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 **플랜** 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
<p>질병이나 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우 <a href="#">처방약 보장 범위</a>에 대한 자세한 정보는 <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>에서 제공됩니다. 1-855-497-1237로 전화하여 맞춤형 지원을 받을 수도 있습니다.</p>	예방적 복제약	<p>\$6 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제), \$18 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제), \$15 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p> <p><a href="#">공제액</a> 대상 아님</p>	보장되지 않음	<p><a href="#">사전 승인</a> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.</p>
	예방적 지정 브랜드 의약품	<p>\$30 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제), \$90 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제), \$75 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p> <p><a href="#">공제액</a> 대상 아님</p>	보장되지 않음	
	예방적 비지정 브랜드 의약품	적용되지 않음		
	복제약	<p>30% <a href="#">공동 부담금</a> 최대 \$150 적용 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 30일분 조제), 최대 \$450 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (소매 약국, 90일분 조제), 최대 \$375 <a href="#">본인 부담금/처방약</a> (우편 주문, 90일분 조제)</p>	보장되지 않음	<p><a href="#">사전 승인</a> 또는 단계적 치료 프로그램이 적용될 수 있습니다.</p>
	지정 브랜드 의약품			

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
	비지정 브랜드 의약품	보장되지 않음	보장되지 않음	
	<a href="#">전문 의약품</a>	지정 브랜드 의약품에 대해 위와 동일한 비율, 최소 및 최대 금액	보장되지 않음	
외래 수술을 받은 경우	시설 사용료(예: 외래 수술 센터)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
즉각적인 치료가 필요한 경우	<a href="#">응급실 진료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	입원 시 48시간 이내에 <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">응급 병원 수술</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	가장 가까운 적절한 시설로 이동
	<a href="#">긴급 치료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
입원을 하는 경우	시설 사용료(예: 병실)	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	의사/외과 의사 비용	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
	입원 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요(정신 건강 및 약물 남용 입원 환자 서비스의 경우 입원 후 48시간 이내)
임신 중인 경우	건강 진료 방문	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	————없음————
	출산/분만 전문 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함
	출산/분만 시설 서비스	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	자연 분만 후 최소 48시간, 제왕절개 후 최소 96시간의 입원 기간 포함
회복에 도움이 필요하거나 기타	<a href="#">재택 치료</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	각각 최대 8시간의 연간 100회 방문, <a href="#">사전 인증</a> 필요

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

일반적인 의료 이벤트	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	가입자가 지불할 항목		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료 제공자 (가입자가 최소 비용 지불)	네트워크 외 의료 제공자 (가입자가 최고 비용 지불)	
특별한 건강상의 도움이 필요한 경우	<a href="#">재활 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	—————없음—————
	<a href="#">훈련 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">의료 혜택 안내를 참조하십시오.</a>
	<a href="#">전문 간호</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	장기 요양 시설에 대한 최대 연간 한도는 180일, <a href="#">사전 인증</a> 필요
	<a href="#">내구 의료 장비</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요(\$1,500 이상의 모든 렌트 및 구매)
	<a href="#">호스피스 서비스</a>	20% <a href="#">공동 부담금</a>	보장되지 않음	<a href="#">사전 인증</a> 필요
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	자녀 시력 검사	\$25 <a href="#">본인 부담금</a> (VSP <a href="#">제공자</a> 이용 시)	보장되지 않음	검사는 연간 1회로 제한됩니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 플랜에서는 최대 \$45를 환급합니다. HDHP에 가입한 개인은 자동으로 VSP 시력 검사 혜택 대상으로 등록됩니다. 시력 검사 혜택은 HDHP의 일부로 간주되지 않습니다.
	자녀용 안경	보장되지 않음	보장되지 않음	
	자녀 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	

\* 제한 사항 및 예외 사항에 대한 자세한 정보는 [www.pensions.org](http://www.pensions.org)에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

**제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스:**

<b>플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용은 정책 또는 플랜 문서 및 기타 제외되는 서비스 목록 확인).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성형 수술</li> <li>• 치과 치료</li> <li>• 연구 또는 임상시험 관련 의학 치료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장기 요양</li> <li>• 개인 간호</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정기적인 발 관리</li> <li>• 체중 감량 프로그램</li> </ul>

<b>기타 보장 서비스(이러한 서비스에는 제한 사항이 적용될 수 있으며, 이는 전체 목록은 아닙니다. 플랜 문서를 참조하십시오.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사 또는 주정부 면허가 있는 침술사가 시술하는 침술</li> <li>• 비만 수술</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 카이로프랙틱 치료</li> <li>• 불임 치료</li> <li>• 보청기(및 부속품)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 외에서 제공되는 대부분의 보장 범위</li> <li>• VSP를 통한 정기 시력 검사</li> </ul>

**보장을 지속할 수 있는 권리:** 보장이 종료된 후에도 보장을 지속하려는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 미국 보건복지부 연락처 정보는 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)입니다. [건강보험마켓플레이스](#)를 통해 개별 보험 보장 범위를 구매하는 경우를 포함하여, 다른 보장 범위 옵션도 사용할 수 있습니다. [마켓플레이스](#)에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)를 참조하거나 1-800-318-2596으로 전화하여 문의하십시오. 보장을 지속할 권리에 대한 자세한 내용은 가입자 상담 서비스팀에 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752)(청각 장애인용 전화: 711)으로 문의하십시오.

**고충 및 이의 제기 권리:** 청구 거부와 관련하여 플랜에 대해 불만이 있는 경우 미국 보건복지부에서 도움을 드릴 수 있습니다. 이러한 불만을 **고충** 또는 **이의 제기**라고 합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 해당 의료 **청구**에 대해 받게 될 혜택 관련 설명을 참조하십시오. **플랜** 문서는 **플랜**에 대한 여하한 이유로 인해 청구, 이의 제기 또는 고충을 제출하는 방법에 대한 전체 정보도 제공합니다. 가입자의 권리, 이러한 고지 사항 또는 지원에 대한 자세한 내용은 Quantum Health에 1-855-497-1237(청각 장애인용 전화: 711)로 전화하여 문의하십시오. 1-877-267-2323(내선 번호 61565) 또는 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 통해 미국 보건복지부에 문의할 수도 있습니다.

**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니까? 네.**  
**이 플랜에서는 최소 필수 보장을 제공합니다.**

**이 플랜은 최소 가치 표준을 충족합니까? 네.**  
**이 건강 보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 표준을 충족합니다.**

**언어 접근 서비스:**  
 Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).  
 한국어(한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (청각 장애인용 전화: 711) 로 전화하십시오.  
 Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).  
 Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).  
 Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

*이 플랜이 샘플 의료 상황에 대한 비용을 어떤 방식으로 보장하는지 예시를 보려면 다음 섹션을 참조하십시오.*

이러한 보장 범위 예시에 대한 정보:



이것은 비용 추정 계산기가 아닙니다. 제시된 치료는 이 [플랜](#)이 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, [의료 제공자](#)가 청구하는 요금 및 기타 여러 요인에 따라 달라집니다. [플랜](#)에 따른 [비용 분담](#) 금액([공제액](#), [본인 부담금](#), [공동 부담금](#)), [제외되는 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 여러 가지 건강 [플랜](#)에 따라 지불하게 될 수 있는 비용 부분을 비교할 수 있습니다. 이러한 보장 범위 예시는 자체 전용 보장 범위를 기준으로 합니다.

**Peg의 출산 사례**

(9개월 동안 네트워크 내 산전 관리 및 병원 분만)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$6,000**
- [전문의 본인 부담금](#)
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

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

<b>총 예시 비용</b>	<b>\$12,700</b>
이 예시에서 Peg가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$6,000
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$1,340
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Peg가 지불할 총액</b>	<b>\$7,340</b>

**Joe의 제2형 당뇨병 관리**

(잘 관리된 상태로 1년간 정기적인 네트워크 내 진료를 받은 경우)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$3,000**
- [전문의 본인 부담금](#)
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [주치의](#) 건강 진료 방문([질환 교육 포함](#))
- [진단 검사](#)([혈액 검사](#))
- [처방약](#)
- [내구 의료 장비](#)([혈당 측정기](#))

<b>총 예시 비용</b>	<b>\$5,600</b>
이 예시에서 Joe가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$3,000
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$520
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Joe가 지불할 총액</b>	<b>\$3,520</b>

**Mia의 단순 골절**

(네트워크 내 응급실 방문 및 후속 치료)

- 이 [플랜](#)의 전체 [공제액](#) **\$6,000**
- [전문의 본인 부담금](#)
- 병원(시설) [공동 부담금](#) **20%**
- 기타 [공동 부담금](#) **20%**

이 예시 이벤트에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- [응급실 진료](#)([의료용품 포함](#))
- [진단 검사](#)([X선](#))
- [내구 의료 장비](#)([목발](#))
- [재활 서비스](#)([물리치료](#))

<b>총 예시 비용</b>	<b>\$2,800</b>
이 예시에서 Mia가 지불할 금액	
<i>비용 분담</i>	
<a href="#">공제액</a>	\$2,800
<a href="#">본인 부담금</a>	\$0
<a href="#">공동 부담금</a>	\$0
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 사항 또는 제외 사항	\$0
<b>Mia가 지불할 총액</b>	<b>\$2,800</b>

이 [플랜](#)은 이러한 예시에 언급된 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.