

건강 보험 혜택 요약



Washington POS 플랜 요약

발효일: 2019년 8월 1일

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 분담액과 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.

보장되는 필수 건강 혜택의 달러 가치에 대한 평생 최대 혜택은 더 이상 적용되지 않습니다. 이 플랜에서 평생 한도에 도달하여 보장이 종료된 회원은 이 플랜에 등록할 수 있습니다.

혜택	내부 네트워크	외부 네트워크
공제액 계획	연간 공제 금액 없음	개인 공제액: 연간 \$500
개인 공제액 이월	해당 없음	제4분기 이월 적용됨
공동 보험 계획	공동 보험 계획 없음	플랜이 허용된 금액의 80%를 지불하고 20%를 지불합니다.
본인 부담 한도	개인 부담 한도: \$1,200 다음 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용은 본인 부담 한도에 포함됩니다. 보장되는 서비스에 대한 모든 비용 분담	본인 부담 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. 다음 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용은 본인 부담 한도에 포함됩니다. 보장되는 서비스에 대한 모든 비용 분담
기존 질병 (PEC) 대기 기간	PEC 없음	네트워크 내외 동일
평생 최대 혜택	무제한	네트워크 내 최대 혜택과 동일
외래 환자 서비스 (진료실 방문)	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
병원 서비스	입원 환자 서비스: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 수술: \$50 공동 부담금	입원 환자 서비스: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 수술: \$50 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
처방약 (일부 주사 약물은 외래 환자 서비스로 보장될 수 있습니다.)	가치 기반/선호 제네릭(Tier 1)/선호 브랜드(Tier 2)/비선호(Tier 3) 30일 분량당 \$4/\$8/\$25/\$50 공동 부담금	선호 제네릭/선호 브랜드/비선호 30일 분량당 \$13/\$30/\$55 공동 부담금
처방전 우편 주문	30일 분량당 \$5 할인	보장되지 않음
침술	사전 승인 없이 연간 의료 진단당 최대 8회의 방문과 플랜의 승인이 있는 경우 \$15 공동 부담금으로 추가 방문이 보장됩니다.	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
구급차 서비스	플랜 부담 80%, 가입자 부담 20%	네트워크 내외 동일
약물 의존	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$0 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용

Kaiser Permanente of Washington POS Health Plan 혜택 요약, 계속

혜택	내부 네트워크	외부 네트워크
장치, 장비 및 소모품	50% 보장 <ul style="list-style-type: none"> • 내구성 의료 기기 • 정형 외과 장비 • 유방 절제술 후 브래지어는 매 6개월에 2회로 제한됩니다. • 조루술 용품 • 보철 장치 	50% 보장, 공제액 적용
당뇨병 용품	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜셋 - 처방약 참조. 외부 인슐린 펌프, 혈당 측정기, 검사 시약 및 소모품 - 장치, 장비 및 소모품 참조 장치, 장비 및 소모품 또는 처방약이 보장되고 혜택 한도가 있는 경우, 당뇨병 용품에는 이러한 한도가 적용되지 않습니다.	인슐린, 바늘, 주사기 및 랜셋 - 처방약 참조. 외부 인슐린 펌프, 혈당 측정기, 검사 시약 및 소모품 - 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	입원 환자: 병원 서비스에서 보장됨 외래 환자: 완전한 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.	입원 환자: 병원 서비스에서 보장됨 외래 환자: 공제액 및 공동 보험 적용 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)	\$200 공동 부담금	\$200 공동 부담금
청력 검사(일반)	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
청력 하드웨어	보장되지 않음	보장되지 않음
가정 건강 서비스	완전히 보장됩니다. 방문 제한이 없습니다.	방문 제한이 없습니다. 공제액 및 공동 보험 적용
호스피스 서비스	완전한 보장	공제액 및 공동 보험 적용
불임 치료 서비스	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. 불임 약물은 보장이 되며 20% 공동 보험 계획에 적용되며, 평생 최대 혜택 \$5,000로 제한됩니다	보장되지 않음
수기 요법	사전 승인 없이 연간 최대 10회 방문 보장 \$15 공동 부담금	방문 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
마사지 서비스	재활 서비스 참조	재활 서비스 참조
출산 서비스	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용. 외래 환자 서비스 공동 부담금이 적용되지 않는 정기 간호.
정신 건강	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$0 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용

Kaiser Permanente of Washington POS Health Plan 혜택 요약, 계속

혜택	내부 네트워크	외부 네트워크
신생아 서비스	최초 입원: 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 분담금은 산모에 대한 비용 분담금과는 별도로입니다.	최초 입원: 병원 서비스 참조, 진료실 방문: 외래 환자 서비스 참조, 일반 웰 케어: 예방 치료 참조. 신생아 서비스에 대한 해당 비용 분담금은 산모에 대한 비용 분담금과는 별도로입니다.
비만 관련 서비스	의료 기준이 충족될 때 비용 분담금에서 보장됨	의료 기준이 충족될 때 비용 분담금에서 보장됨
장기 이식	무제한, 대기 기간 없음 입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금	네트워크 내에서 공유 입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
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.	공제액 및 공동 보험 적용 여성의 예방 치료 서비스(피임약 및 기구와 불임 시술 포함)에는 해당 예방 치료 비용 분담금과 최대 혜택이 적용됩니다. 일반 유방조영술, 공제액 및 공동 보험 적용
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 외래 환자: 연간 60회 방문, 정신 건강 진단이 있는 서비스는 한도 없이 보장됩니다. \$15 공동 부담금	입원 환자: 일간 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: 방문 한도는 네트워크 내에서 공유됩니다. \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
숙련된 간호 시설	연간 최대 60일까지 완전 보장	네트워크 내 혜택과 공유되는 일간 한도, 공제액 및 공동 보험 적용
불임 시술(혈관 절제술, 난관 결찰)	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금 여성의 불임 시술은 완전히 보장됩니다.	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용 여성의 불임 시술에는 해당 예방 치료 비용 분담금과 최대 혜택이 적용됩니다.
턱관절 (TMJ) 서비스	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 외래 환자: \$15 공동 부담금	입원 환자: 입원 당 최대 5일간 하루 \$100의 공동 부담금 공제액 및 공동 보험 적용 외래 환자: \$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
금연 카운셀링	금연 프로그램 - 완전 보장	해당 비용 분담금 적용
일반 시력 관리 (12개월마다 1회 방문)	\$15 공동 부담금	\$15 공동 부담금, 공제액 및 공동 보험 적용
광학 하드웨어 콘택트 렌즈를 포함한 렌즈 렌즈 및 안경테	19세 미만 회원: 연간 1개의 안경테 및 렌즈 또는 50% 공동 보험으로 보장되는 콘택트 렌즈 19세 이상 회원: 12개월당 \$300	네트워크 내에서 공유