



보험혜택·보장 요약(Summary of Benefits and Coverage, SBC) 문서는 의료보험을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC에는 가입자와 플랜이 의료 서비스 보장비용을 어떻게 분담하는지에 대해서도 안내되어 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(소위 [보험료](#)) 관련 정보는 별도로 제공됩니다. 이 안내문은 요약에 불과합니다. 보장에 대한 자세한 사항이나 보장 약관 전문을 얻으시려면, www.kp.org/plandocuments를 방문하거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 가입자분담금(Coinsurance), 기본분담금(Copayment), [가입자부담금\(Deductible\)](#), 제공자 또는 그 밖의 밑줄이 그어진 용어와 같은 일반적인 용어의 정의는 용어집을 참조해 주십시오. 용어집은 www.healthcare.gov/sbc-glossary에서 보거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

중요 질문	답변	중요한 이유:
전체 가입자부담금 은 얼마입니까?	\$0	본 플랜 이 보장하는 서비스 비용은 아래의 일반 의료 상황 차트를 참조하십시오.
가입자부담금 을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	해당 없음	이 플랜 은 가입자가 가입자부담금 을 아직 충족하지 못한 경우에도 일부 항목과 서비스를 보장합니다. 단, 기본분담금 또는 가입자부담금 이 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 이 플랜 은 가입자가 가입자부담금 을 충족하기 전, 비용 분담 없이 특정 예방 서비스 를 보장합니다. www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 에서 보장되는 예방 서비스 목록을 참조하십시오.
특정 서비스에 대한 기타 가입자부담금이 있습니까?	없습니다.	특정 서비스에 대해 가입자부담금 을 충족할 필요가 없습니다.
이 플랜 의 가입자 부담 최대 한도액 은 얼마입니까?	\$1,200 개인 / \$2,400 가족	가입자 부담 최대 한도액은 보장 서비스에 대해 가입자가 1년에 지불하는 최대 금액입니다. 이 플랜 에 다른 가족 구성원이 있는 경우 전체 가족의 가입자 부담 최대 한도액 이 충족될 때까지 가족 각자의 가입자 부담 최대 한도액 을 충족해야 합니다.
가입자 부담 최대 한도액 에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?	보험료 , 잔액 청구 비용, 이 플랜 이 보장하지 않는 건강관리 및 2페이지의 차트에 명시된 서비스.	가입자가 이러한 비용을 지불하더라도 이 금액은 가입자 부담 최대 한도액 에 산정되지 않습니다.
네트워크 소속 제공자 를 이용하면 비용을 적게 지불합니까?	그렇습니다. 네트워크 소속 제공자 목록은 www.kp.org 를 참조하거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화하십시오.	이 플랜 은 네트워크 소속 제공자를 이용합니다. 가입자가 플랜 의 네트워크 소속 제공자를 이용할 경우 비용을 덜 지불하게 됩니다. 가입자가 네트워크 외부 제공자 를 이용할 경우, 최대 비용을 지불하게 되며 제공자 가 청구한 요금과 가입자의 플랜 이 지불하는 비용의 차액(잔액 청구)에 대해 제공자로부터 청구서를 받을 수 있습니다. 가입자의 네트워크 소속 제공자 가 일부 서비스(임상 검사(Lab) 업무 등)에 대해 네트워크 외부 제공자 를 사용할 수 있다는 점에 유의하십시오. 서비스를 받기 전에

중요 질문	답변	중요한 이유:
		담당 제공자에게 문의하십시오.
전문 의를 만나기 위해 의뢰서가 필요합니까?	예, 하지만 가입자가 특정 전문 의에게 직접 의뢰할 수도 있습니다.	이 플랜 은 보험적용 서비스에 대해서는 전문 의 진찰을 받는 비용의 일부 또는 전부를 지급하지만, 가입자가 전문 의 진찰을 받기 전에 의뢰서 를 받은 경우에만 가능합니다.



이 차트에 표시된 모든 [기본분담금](#) 및 [가입자분담금](#) 비용은 [가입자부담금](#)이 적용되는 경우 가입자의 [가입자부담금](#)이 충족된 후입니다.

일반 의료 상황	가입자가 필요로 할 수 있는 서비스	가입자의 지불 내역		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불)	네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불)	
의료 서비스 제공자 의 진료소나 의원 방문	부상이나 질병 치료를 위한 1차 진료 방문	무료	보장되지 않음	없음
	전문의 방문	\$15 / 방문	보장되지 않음	없음
	예방 진료/선별검사/ 예방 주사	무료	보장되지 않음	예방적이지 않은 서비스에 대해서는 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방 서비스인지 제공자에게 문의하십시오. 그런 다음, 플랜 에서 비용을 지불하는 항목인지 확인하십시오.
검사 실시	진단 검사 (엑스레이, 혈액 검사)	무료	보장되지 않음	없음
	영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI)	\$50 / 방문	보장되지 않음	사전 승인 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
질병이나 질환 치료를 위해 약이 필요한 경우 처방약 보험적용 에 대한 자세한 내용은 www.kp.org/formulary 에 서 확인하실 수 있습니다.	가치 기반 의약품	\$4(소매),	보장되지 않음	최대 90일분(소매/우편 주문). 처방집 가이드라인이 적용됩니다.
	선호 제네릭 의약품(티어 1)	\$8(소매), 소매 비용 분담액(우편 주문)/처방전에서 \$5 할인		
	선호 브랜드 약품(티어 2)	\$25(소매), 소매 비용 분담액(우편 주문)/처방전에서 \$5 할인	보장되지 않음	최대 90일분(소매/우편 주문). 처방집 가이드라인이 적용됩니다.
	비선호 의약품(티어 3)	보장되지 않음	보장되지 않음	없음
	전문 의약품	해당 선호 제네릭 또는 선호 브랜드 비용 분담이	보장되지 않음	최대 30일분(소매). 예외 절차를 통해 승인된 경우, 처방집 가이드라인이

일반 의료 상황	가입자가 필요로 할 수 있는 서비스	가입자의 지불 내역		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불)	네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불)	
		적용됩니다.		적용됩니다.
외래 수술을 하는 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	\$50 / 방문	보장되지 않음	없음
	의사/외과의 비용	무료	보장되지 않음	의사/외과의 비용은 시설 사용료에 포함되어 있습니다.
즉각적인 의학 진단이 필요한 경우	응급실 진료	\$200 / 방문	\$200 / 방문	네트워크 외부 제공자에게 입원한 경우 24시간 이내에 Kaiser Permanente에 고지해야 합니다. 초기 응급 상황에만 국한됩니다. 입원환자로 병원에 직접 입원한 경우 <u>기본분담금</u> 이 면제됩니다.
	응급 의료 교통편	20% <u>가입자분담금</u>	20% <u>가입자분담금</u>	없음
	응급 진료	무료	\$200 / 방문	일시적으로 서비스 지역 범위를 벗어난 경우 네트워크 외부 제공자 서비스가 보장됩니다.
입원하는 경우	시설 비용(예: 병실)	\$100/일 최대 \$500/입원, 이후 비용 없음	보장되지 않음	사전 승인이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	의사/외과의 비용	무료	보장되지 않음	의사/외과의 비용은 시설 사용료에 포함되어 있습니다. <u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	무료	보장되지 않음	없음
	입원환자 서비스	\$100/일 최대 \$500/입원, 이후 비용 없음	보장되지 않음	<u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
임산부인 경우	진료 방문	무료	보장되지 않음	서비스 유형에 따라 <u>기본분담금</u> , <u>가입자분담금</u> 또는 <u>가입자부담금</u> 이 적용될 수 있습니다. 임신부 관리에는 SBC의 다른 곳에서 설명 받은 검사 및 서비스(즉, 초음파)가 포함될 수 있습니다.
	출산/분만 전문 서비스	무료	보장되지 않음	전문 서비스는 시설 서비스에

일반 의료 상황	가입자가 필요로 할 수 있는 서비스	가입자의 지불 내역		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불)	네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불)	
				포함됩니다. 입원 후 24시간 이내에 또는 의학적으로 가능한 한 빨리 Kaiser Permanente에 통지해야 합니다. 신생아 서비스 <u>비용 분담</u> 은 산모의 분담액과 별도입니다.
	출산/분만 시설 서비스	\$100/일 최대 \$500/입원, 이후 비용 없음	보장되지 않음	입원 후 24시간 이내에 또는 의학적으로 가능한 한 빨리 Kaiser Permanente에 통지해야 합니다. 신생아 서비스 <u>비용 분담</u> 은 산모의 분담액과 별도입니다.
회복에 도움이 필요하거나 다른 특별한 의학적 요구가 있는 경우	<u>가정 간호</u>	무료	보장되지 않음	<u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	<u>재활 서비스</u>	외래환자: 무료 입원환자: \$100/일 최대 \$500/입원, 이후 비용 없음	보장되지 않음	교육(Habilitation) 서비스와 결합: 외래환자: 60회/년 방문 제한. 입원환자: 60회/년 방문 제한, <u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	<u>교육 서비스</u>	외래환자: 무료 입원환자: \$100/일 최대 \$500/입원, 이후 비용 없음	보장되지 않음	재활 서비스와 결합: 외래환자: 60회/년 방문 제한. 입원환자: 60회/년 방문 제한, <u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	<u>전문 요양 서비스</u>	무료	보장되지 않음	60일/년 제한. <u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	<u>내구성 의료장비</u>	50% <u>가입자분담금</u>	보장되지 않음	<u>처방집</u> 가이드라인이 적용됩니다. <u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
	<u>호스피스 서비스</u>	무료	보장되지 않음	<u>사전 승인</u> 이 필요하거나 보장되지 않습니다.
자녀에게 치과 또는 안과 서비스가 필요한 경우	자녀의 안과 검진	굴절 검사 비용 없음	보장되지 않음	1회 검사/12개월로 제한
	자녀의 안경	비용 없음, <u>가입자부담금</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	19세 이상 회원은 \$300/12개월로 제한; 19세 미만 회원은 1년에 한 쌍의 안경테와 렌즈로 제한되거나 50%

일반 의료 상황	가입자가 필요로 할 수 있는 서비스	가입자의 지불 내역		제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보
		네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불)	네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불)	
				<u>가입자분담금</u> 으로 콘택트렌즈 보장
	자녀의 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	없음

제외 서비스 및 기타 보험적용 서비스:

<u>플랜</u> 이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 정보 및 기타 <u>제외 서비스</u> 목록은 계약증서 또는 <u>플랜</u> 문서 참조)			
• 미용 수술 • 치과 관리(성인 및 아동) • 청력 보조장치	• 장기 치료 • 미국 이외 지역을 여행할 때 비응급 치료 • 개인 간호 요양	• 정기 발 관리 • 체중 감량 프로그램	
기타 보장 서비스(해당 서비스에는 제한이 적용될 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. <u>플랜</u> 문서를 참조해 주십시오.)			
• 침술(20회/년 방문 제한) • 비만 수술	• 카이로프랙틱 진료(20회/년 방문 제한) • 불임 치료(의료 한도 \$50,000, 의약품 한도 \$35,000/평생)	• 정기 안과 관리(성인)	

보험혜택 지속에 대한 가입자 권리: 보험혜택이 종료된 후에도 보장을 계속 유지하려는 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처 정보는 아래 차트에 나와 있습니다. [건강보험](#) 마켓플레이스를 통해 개인 보험 가입 등 다른 보장 옵션을 이용하실 수 있습니다. 마켓플레이스에 대한 자세한 사항은 www.HealthCare.gov를 참조하거나 1-800-318-2596번으로 전화하십시오.

불만 사항 및 이의신청에 대한 가입자 권리: 청구 거부에 대해 플랜에 불만이 있는 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 이 불만을 고충 또는 이의신청이라고 합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 사항은 해당 의료 청구에 대해 받게 될 혜택 설명서를 참조하십시오. 플랜 문서는 어떤 사유로든 플랜에 청구, 이의신청 또는 고충을 제출하는 방법에 대한 완전한 정보를 제공합니다. 가입자 권리, 이 통지 또는 지원에 대한 자세한 사항은 아래 차트의 기관에 문의하십시오.

보장을 지속할 수 있는 가입자 권리와 고충 및 이의신청 권리에 대한 연락처 정보:

Kaiser Permanente Member Services(Kaiser Permanente 회원 서비스)	1-888-901-4636(TTY: 711) 또는 www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration(노동부 근로자복지보장국)	1-866-444-EBSA(3272) 또는 www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight(보건복지부 소비자정보 및 보험감독센터)	1-877-267-2323 x61565 또는 www.cciio.cms.gov
Washington Department of Insurance(워싱턴 보험국)	1-800-562-6900 또는 www.insurance.wa.gov

이 플랜은 최소 필수 보장 범위를 제공합니까? 그렇습니다.

최소 필수 보장에는 일반적으로 [플랜](#), [마켓플레이스](#)를 통해 이용 가능한 [건강보험](#) 또는 기타 개별 마켓 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보장이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 필수 보장에 대한 자격이 있는 경우, [보험료 세금 공제](#) 대상이 되지 않을 수 있습니다.

이 플랜이 최소 가치 기준을 충족합니까? 그렇습니다.

플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 않는 경우, 마켓플레이스를 통해 플랜 비용을 지불하는 데 도움이 되는 보험료 세금 공제 자격이 있을 수 있습니다.

언어 이용 서비스:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

이 플랜이 예시적 의료 상황에 대해 비용을 어떻게 적용하는지 확인하려면 다음 섹션을 참조해 주십시오.

보험적용 범위의 예:



이것은 비용 추정기가 아닙니다. 명시된 치료는 이 [플랜](#)이 어떻게 의료 서비스를 보장할 수 있는지에 대한 예일 뿐입니다. 가입자의 실제 비용은 받은 실제 진료, 담당 [제공자](#)가 부과하는 비용 및 기타 여러 요인에 따라 다릅니다. [플랜](#)에 따라 [비용 분담](#)(가입자부담금, 기본분담금, [가입자부담금](#)) 및 [제외 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 다양한 건강 [플랜](#)에 따라 지불할 수 있는 비용 부분을 비교하십시오. 이러한 보장 예시는 자기 전용 보장을 기반으로 합니다.

아기를 출산하는 Peg

(네트워크 내 산전 관리 9개월 및 병원 분만)

■ 플랜 의 전체 가입자부담금	\$0
■ 전문의 기본분담금	\$15
■ 병원(시설) 기본분담금	\$100
■ 기타(혈액 검사) 가입자부담금	\$0

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

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

총 예시 비용	\$12,700
---------	----------

이 예시에서 Peg가 지불할 내역:

비용 분담	
가입자부담금	\$0
기본분담금	\$200
가입자부담금	\$0
미보장 내역	
제한 또는 예외 사항	\$20
Peg의 총 지불 금액	\$220

Joe의 제2형 당뇨병 관리

(잘 통제된 상태에 대한 정기 네트워크 소속 치료 1년)

■ 플랜 의 전체 가입자부담금	\$0
■ 전문의 기본분담금	\$15
■ 병원(시설) 기본분담금	\$100
■ 기타(혈액 검사) 가입자부담금	\$0

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

1차 진료의 진료 방문([질병 교육 포함](#))
진단 검사([혈액 검사](#))
처방약
내구성 의료장비([포도당 측정기](#))

총 예시 비용	\$5,600
---------	---------

이 예시에서 Joe가 지불할 내역:

비용 분담	
가입자부담금	\$0
기본분담금	\$600
가입자부담금	\$0
미보장 내역	
제한 또는 예외 사항	\$0
Joe의 총 지불 금액	\$600

Mia의 단순 골절

(네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 치료)

■ 플랜 의 전체 가입자부담금	\$0
■ 전문의 기본분담금	\$15
■ 병원(시설) 기본분담금	\$100
■ 기타(엑스레이) 가입자부담금	\$0

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

응급실 진료([의료용품 포함](#))
진단 검사([엑스레이](#))
내구성 의료장비([목발](#))
재활 서비스([물리치료](#))

총 예시 비용	\$2,800
---------	---------

이 예시에서 Mia가 지불할 내역:

비용 분담	
가입자부담금	\$0
기본분담금	\$400
가입자부담금	\$300
미보장 내역	
제한 또는 예외 사항	\$0
Mia의 총 지불 금액	\$700

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