

개인 및 가족 HMO 및 HSP 플랜

Covered California를 통해 이용혜택을 받으시려면
www.CoveredCA.com을 방문하셔서 오늘 신청하십시오!



본 문서는 건강 보장 요약서일 뿐입니다. 귀하는 가입 전에 플랜의 **플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(Evidence of Coverage, EOC)**를 살펴볼 권리가 있습니다. 이러한 문서의 사본을 원하시는 경우 **1-877-609-8711**번을 이용해 귀하의 승인된 Health Net 에이전트 또는 귀하의 Health Net 영업 담당자에게 문의하십시오. 귀하께서 가입한 후 받게 될 플랜의 **플랜 계약서 및 EOC**에는 귀하의 Health Net 보장에 대한 운영 및 정확한 계약 조항뿐만 아니라 조건이 명시되어 있습니다. 본 문서 및 플랜의 **플랜 계약서 및 EOC**를 받으신 후 반드시 주의 깊게 읽어보십시오. 특히 특별한 의료 서비스가 필요하신 분들은 해당 섹션을 자세히 검토하십시오. 본 문서에는 귀하의 보장 혜택 비교에 도움이 될 건강 혜택 및 보장에 관한 표가 포함되어 있습니다.

본 공개 양식에 설명된 보장은 의료보험 개혁법(Affordable Care Act, ACA)에 따른 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits) 보장 요구조건을 준수합니다. 필수 건강 혜택은 연간 달러 제한에 적용되지 않습니다.

본 공개 양식에서 설명하는 혜택은 인종, 민족, 국적, 성별, 연령, 장애, 성적 취향, 유전 정보 또는 종교를 근거로 차별하지 않으며 기존 질병 또는 제외 기간에 영향을 받지 않습니다.

다음 정보를 읽어 보시면 누구 또는 어떤 그룹의 서비스 제공자에게 건강 관리를 받을 수 있는지 알게 되실 것입니다.

Health Net HMO CommunityCare 네트워크 건강 플랜 서비스 지역 및 CommunityCare 네트워크 의사 및 병원 서비스 제공자 이용에 관한 본 중요 통지 사항을 꼭 읽어보십시오

응급 의료 서비스가 필요한 경우를 제외하고, Health Net HMO CommunityCare 네트워크("CommunityCare 네트워크") 플랜에 따른 의사 및 병원 서비스에 대한 혜택은 귀하가 CommunityCare 네트워크 서비스 지역에 거주하고 CommunityCare 네트워크 의사 또는 병원을 이용하는 경우에만 받으실 수 있습니다. 귀하가 본 CommunityCare 네트워크 플랜에

가입하시면 CommunityCare 네트워크 내의 의사 또는 병원만 이용하실 수 있으며 CommunityCare 네트워크 일차 진료 의사(PCP)를 반드시 선택하셔야만 합니다. 귀하는 부속, 약국 또는 행동 건강에 대해 보장된 서비스 및 용품을 모든 Health Net에 참여하는 부속, 약국 또는 행동 건강 서비스 제공자로부터 받으실 수 있습니다.

Health Net HMO CommunityCare 네트워크 플랜에서 보장하는 서비스 이용

서비스 제공자 유형	병원	의사	부속	약국	행동 건강
제공받는 곳	¹ CommunityCare 네트워크 병원들만 가능	¹ CommunityCare 네트워크 병원들만 가능	Health Net과 계약한 모든 부속 서비스 제공자	모든 Health Net 참여 약국들	Health Net과 계약한 모든 행동 건강 서비스 제공자들

¹의사 및 병원 서비스에 대한 본 플랜의 혜택은 오직 CommunityCare 네트워크 의사 또는 병원에서만 제공받는 혜택이 보장된 서비스에만 유효합니다. 단, 다음의 경우는 예외입니다. (1) 귀하의 의사 그룹이 30마일 반경 이상 떨어진 곳에서 긴급하게 필요한 치료 및 모든 응급 치료, (2) 귀하의 CommunityCare 네트워크 의사 그룹이 진료의뢰 소견서를 비-CommunityCare 네트워크 서비스 제공자들에게 발급한 경우 및 (3) Health Net 이 승인한 비-CommunityCare 네트워크 서비스 제공자로부터 받는 보험 혜택이 보장되는 서비스.

CommunityCare 네트워크 서비스 지역 및 해당 의사 및 병원 서비스 제공자의 목록은 www.healthnet.com에서 온라인으로 이용하실 수 있는 Health Net CommunityCare 네트워크 서비스 제공자 목록에 기재되어 있습니다. 또한 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net의 고객 문의 센터로 문의하시면 서비스 제공자 정보를 요청하실 수 있습니다. Health Net CommunityCare 네트워크 서비스 제공자 목록은 기타 Health Net 서비스 제공자 목록들과 다릅니다.

주: Health Net과 계약한 모든 의사와 병원들이 모두 CommunityCare 네트워크 서비스 제공자는 아닙니다. 위의 도표에서 설명한 경우를 제외하고 오직 CommunityCare 네트워크에 참여 중인 것으로 확인된 의사와 병원들만 이 플랜에 따라 서비스를 제공할 수 있습니다.

별도의 특별한 언급이 없는 한, 본 안내책자에 나열된 다음 용어는 위에서 설명한 대로 오직 CommunityCare 네트워크에만 해당됩니다.

- Health Net
- Health Net 서비스 지역
- 병원
- 가입자 의사, 참여 의사 그룹, 일차 진료 의사, 의사, 참여 서비스 제공자, 계약된 의사 그룹 및 계약된 서비스 제공자

- 네트워크
- 서비스 제공자 목록

CommunityCare 네트워크 서비스 지역, 귀하의 CommunityCare 네트워크 PCP 선택, 전문 관리의 이용 방법 또는 귀하의 혜택에 관한 질문이 있으신 경우 1-877-609-8711 번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 문의하십시오.

Health Net PureCare HSP 네트워크 건강 플랜 서비스 지역 및 PureCare 네트워크 의사 및 병원 서비스 제공자로부터의 서비스 이용에 관한 본 중요 통지 사항을 꼭 읽어보십시오.

응급 및 긴급하게 필요한 관리를 제외하고 본 Health Net PureCare HSP(“PureCare 네트워크”) 플랜에 따른 의사 및 병원 서비스에 대한 혜택은 귀하가 PureCare HSP 네트워크 서비스 지역에 거주 또는 근무하고 PureCare 네트워크 참여 의사 또는 병원을 이용하는 경우에만 이용 가능합니다. 귀하가 본 PureCare 네트워크 플랜에

가입하시는 경우 PureCare 네트워크 내의 참여 의사 또는 병원만 이용하실 수 있으며 PureCare 일차 진료 의사(PCP)를 반드시 선택하셔야 합니다. 귀하는 부속, 약국 또는 행동 건강에 대해 보장된 서비스 및 용품을 모든 Health Net에 참여하는 부속, 약국 또는 행동 건강 서비스 제공자로부터 받으실 수 있습니다.

Health Net PureCare HSP 네트워크 플랜에서 보장하는 서비스 이용

서비스 제공자 유형	병원	의사	부속	약국	행동 건강
제공받는 곳	¹ PureCare 네트워크 병원들만 가능	¹ PureCare 네트워크 의사들만 가능	Health Net과 계약한 모든 부속 서비스 제공자	모든 Health Net 참여 약국들	Health Net과 계약한 모든 행동 건강 서비스 제공자들
¹ 의사 및 병원 서비스를 위한 본 플랜의 혜택은 응급 및 긴급하게 필요한 관리를 제외하고 PureCare 네트워크 참여 의사 또는 병원에서만 받은 보장된 서비스에만 이용 가능합니다.					

PureCare 네트워크 서비스 지역 및 참여 의사 및 병원 서비스 제공자 목록은 저희 웹사이트 www.healthnet.com 에서 온라인으로 이용하실 수 있는 *Health Net PureCare HSP 네트워크 서비스 제공자 목록*에 기재되어 있습니다. 또한 **1-877-609-8711**번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터에 문의하셔서 서비스 제공자 정보를 요청하실 수 있습니다. *Health Net PureCare HSP 네트워크 서비스 제공자 목록*은 기타 Health Net 서비스 제공자 목록들과 다릅니다.

주: Health Net과 계약한 모든 의사와 병원들이 모두 PureCare 네트워크 참여 서비스 제공자는 아닙니다. 위의 도표에서 설명한 경우를 제외하고 오직 PureCare 네트워크에 참여 중인 것으로 확인된 의사와 병원들만 이 플랜에 따라 서비스를 제공할

수 있습니다. 별도의 특별한 언급이 없는 한, 본 안내책자에 나열된 다음 용어는 위에서 설명한 대로 오직 PureCare 네트워크에만 해당됩니다.

- Health Net
- Health Net 서비스 지역
- 병원
- 일차 진료 의사, 참여 의사, 의사, 참여 서비스 제공자 및 계약된 서비스 제공자
- 네트워크
- 서비스 제공자 목록

PureCare 네트워크 서비스 지역, PCP 선택, 관리 이용 방법 또는 귀하의 혜택에 관한 질문이 있으신 경우 **1-877-609-8711** 번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 문의하십시오.

귀하 및 귀하의 가족을 위한 Health Net 개인 및 가족 보장

Health Net은 개인 및 가족들에게 다음의 건강 관리 혜택 옵션을 제공합니다.

HMO - 저희 개인 및 가족 플랜 건강 관리 조직(Health Maintenance Organization, HMO) 플랜은 예측 가능한 비용으로 한 명의 의사가 의료 관리를 통합하여 제공하기를 원하는 분들을 위해 마련되었습니다. 귀하는 저희 CommunityCare HMO 네트워크에서 일차 진료 의사(PCP)라고 하는 주치의를 선택해야 합니다. 귀하의 PCP는 귀하의 모든 건강 관리를 감독하고 특별 관리가 필요한 경우 진료의뢰/승인을 제공합니다. 귀하가 저희 HMO 플랜 중 하나를 선택하는 경우

Health Net CommunityCare 네트워크에 속한 의사 또는 병원만 이용하실 수 있습니다.

HSP - 저희 개인 및 가족 플랜 건강 관리 서비스 플랜(Health Care Service Plan, HSP)은 사전 진료의뢰 없이 참여 의사 또는 건강 관리 전문가에게 진료를 받기 원하는 분들을 위해 마련되었습니다. 귀하는 저희 PureCare HSP 네트워크에서 PCP를 선택해야 하지만 진료의뢰 없이 언제든지 저희 네트워크 내의 참여 서비스 제공자를 직접 방문하실 수 있습니다. 저희 HSP 플랜 중 하나를 선택하는 경우 귀하는 Health Net PureCare 네트워크에 속한 참여 서비스 제공자만 이용하실 수 있습니다.

HMO가 귀하에게 적합합니까?

저희 HMO 플랜을 갖고 계시는 경우 귀하는 PCP를 선택해야 합니다. 귀하의 PCP는 귀하의 의료 관리를 통합하여 제공합니다. 귀하는 저희 Health Net CommunityCare 네트워크에 참여하고, 의료 관리를 이용하기에 적합하도록 귀하의 거주지 근처에 진료소를 갖고 있으며, 의사 그룹의 요구조건에 따라 귀하 또는 귀하의 가족에게 서비스를 제공할 수 있는 의사들 중 누구든 PCP로 지정할 수 있는 권리가 있습니다. 아동의 경우 소아과 의사가 PCP로 지정될 수 있습니다. 귀하가 귀하의 PCP를 지정할 때까지 Health Net에서 귀하를 대신해 지정해 드립니다. PCP 선택 방법 및 Health Net CommunityCare 서비스 지역의 참여 PCP 목록은 Health Net 웹사이트 www.healthnet.com에서 이용하실 수 있습니다. 또한 1-877-609-8711번으로 전화하셔서 서비스 제공자 정보를 요청하거나 귀하의 Health Net 승인 브로커에게 문의하십시오.

귀하의 PCP는 귀하의 모든 건강 관리를 감독하고 특별 관리가 필요한 경우 진료의뢰/승인을 제공합니다. PCP는 일반 및 가족의학과, 내과, 소아과 및 산부인과 의사를 포함합니다. 고정된 코페이먼트만 지불하시면 다양한 서비스를 이용하실 수 있습니다. 건강 관리를 받기 위해 귀하의 ID 카드를 제시하고 적절한 코페이먼트만 지불하십시오.

아래 명시된 대로 산부인과 방문을 제외한 병원, 전문의 또는 기타 건강 관리 서비스 제공자를 통해 진료 또는 치료를 받기 전 귀하의 PCP에게 초기 치료 및 상담을 위해 먼저 연락해야 합니다. 그러한 서비스 제공자가 추천하는 모든 치료는 귀하의 PCP에 의해 승인되어야 합니다.

산부인과를 전문으로 하는 저희 네트워크 내 건강 관리 전문가로부터 산부인과 진료를 받기 위해 Health Net 또는 다른 사람(PCP 포함)으로부터 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)을 받을 필요가 없습니다. 그러나 건강 관리 전문가는 특정 서비스를 위한 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP) 획득을 포함해 진료의뢰를 위해 사전에 승인된 치료 플랜 또는 시술 이후 특정 시술을 따라야 할 필요가 있을 수 있습니다. 산부인과를 전문으로 하는 참여 건강 관리 전문가의 목록은 Health Net 웹사이트 www.healthnet.com에서 이용하실 수 있습니다. 또한 1-877-609-8711번으로 전화하셔서 서비스 제공자 정보를 요청하거나 귀하의 Health Net 승인 브로커에게 문의하십시오. 정신 질환 및 화학약물 의존을 위한 관리 이용과 관련된 정보가 필요하신 경우 본 문서의 “정신 질환 및 화학약물 의존 서비스”를 참조하십시오.

귀하의 PCP는 참여 의사 그룹이라고 불리는 더 큰 건강 관리 전문가 집단에 속해 있습니다. 귀하가 전문의로부터 관리를 받을 필요가 있는 경우 귀하의 PCP는 본 그룹 내의 전문의에게 진료의뢰를 합니다.

HSP가 귀하에게 적합합니까?

Health Net HSP를 갖고 계신 경우 PureCare HSP 참여 서비스 제공자를 직접 방문하실 수 있습니다. Health Net PureCare HSP 참여 서비스 제공자 목록에서 방문하고자 하는 서비스 제공자를 찾아 진료 예약을 하시면 됩니다. 참여 서비스 제공자는 전액 지불로서 계약된 요율이라고 불리는 특별 요금을 받습니다. 귀하의 비용 부담은 계약된 요율을 근거로 합니다. HSP 플랜의 모든 혜택은 (응급 및 긴급하게 필요한 관리 제외) 혜택 보장을 위해 참여 서비스 제공자에 의해 제공되어야 합니다.

저희는 귀하에 대해 잘 알고 귀하가 신뢰할 수 있는 의사와 지속적인 관계를 맺는 것이 바람직한 건강 관리 프로그램의 중요한 부분이라고 믿고 있습니다. 그러한 이유로 PureCare HSP를 갖고 계신 경우 귀하 본인 및 가족 각 개인을 위한 PCP를 선택하셔야 합니다. PCP 선택 시 의료 관리를 이용하기에 적합하도록 귀하의 거주지 근처에 있는 참여 의사를 선택하십시오. PCP 선택 방법 및 Health Net PureCare HSP 서비스 지역의 참여 의사 목록은 Health Net 웹사이트 www.healthnet.com에서 이용하실 수 있습니다. 또한 1-877-609-8711번으로 전화하셔서 서비스 제공자 정보를 요청하거나 귀하의 Health Net 승인 브로커에게 문의하십시오. PCP는 일반 및 가족의학과, 내과, 소아과 및 산부인과 의사를 포함합니다.

PureCare HSP 플랜에 의해 보장된 비용의 일부는 비인증에 따른 벌금이 적용되지 않기 위해 인증 요구사항을 준수합니다. 본 페이지의 “HSP 플랜에만 해당하는 인증 요구사항” 을 참조하십시오.

달력 연도 공제액

HMO 및 HSP 플랜의 경우 특정 서비스에 대해 달력 연도 공제액이 요구되며 최대 본인 부담금에 적용됩니다. 구체적인 정보를 위해 혜택표를 참조하십시오. 귀하의 플랜에서 혜택을 지불하기 전 귀하는 해당 서비스에 대해 달력 연도 공제액에 해당하는 보장된 비용의 금액을 지불해야 합니다. 공제액에 도달한 후 귀하가 개인 또는 가족 최대 본인 부담금에 도달할 때까지 귀하는 기타 적용되는 코페이먼트를 계속 지불할 재정적 책임이 있습니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 공제액에 도달하게 됩니다. 가족 공제액은 개인 공제액의 두 배에 해당합니다.

최대 본인 부담금

귀하 또는 귀하의 가족이 보장된 서비스 및 용품에 대해 지불하는 코페이먼트 및 공제액은 개인 또는 가족 최대 본인 부담금(OOPM)에 적용됩니다. 가족 OOPM은 개인 OOPM의 두 배에 해당합니다. 귀하 또는 귀하의 가족 구성원이 귀하의 OOPM에 도달한 후 귀하는 보장된 서비스 및 용품에 대해 해당 달력 연도 잔액에 따른 추가 비용을 지불하지 않습니다. 일단 가족 내 개인이 개인 OOPM에 도달한 후, 가입된 다른 가족 구성원은 (a) 가족에 의해 지불되는 코페이먼트 및 공제액의 총합이 가족 OOPM에 도달하거나 (b) 가입된 각각의 가족 구성원이 개인적으로 개인 OOPM에 도달할 때까지 코페이먼트 및 공제액을 계속 지불해야 합니다. 귀하는 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스 또는 용품에 관한 모든 비용을 지불할 책임이 있습니다. 본 플랜에서 보장하지 않는 서비스 또는 용품에 대한 비용은 본 연간 OOPM에 적용되지 않습니다. HSP 플랜의 경우 요구조건에 따라 인증되지 않은 서비스에 대해 지불된 벌금은 연간 OOPM에 적용되지 않습니다(“HSP 플랜에만 해당하는 인증 요구조건” 참조). 가족 OOPM이 적용되려면 귀하 및 귀하의 가족은 가족으로 등록되어야 합니다.

HSP 플랜에만 해당하는 인증 요구조건

HSP 플랜의 경우 보장되는 특정 서비스는 그러한 서비스를 받기 전 Health Net(의료) 또는 보험 서비스 운영자의(정신 질환 또는 화학약물 의존) 검토 및 허가(인증이라고 함)를 요구합니다. 이러한 서비스를 받기 전 서비스가 인증되지 않는 경우 귀하는 비인증에 따른 벌금 \$250를 지불할 책임이 있습니다. 이러한 벌금은 귀하의 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

저희는 때때로 사전 인증에 대한 내용을 수정할 수 있습니다. 사전 인증 목록에서 삭제 및 추가 등의 변경은 참여 서비스 제공자들에게 전달되며 웹사이트 www.healthnet.com에 게재됩니다. 인증은 혜택 결정이 아닙니다. 이러한 서비스 또는 용품의 일부는 귀하의 플랜에서 보장되지 않을 수 있습니다. 서비스 또는 용품이 인증되는 경우에도 자격 규칙 및 혜택 제한이 적용될 수 있습니다. 귀하의 혜택 플랜에 대한 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

인증을 요구하는 서비스:

1. 입원¹

다음에 포함하나 이에 국한되지 않는 모든 유형의 시설:

- 급성 재활 센터
- 약물 남용시설
- 호스피스
- 병원
- 행동 건강시설
- 전문 요양시설

2. 구급차: 비응급 항공 또는 지상 구급차 서비스

3. 응용 행태 분석(ABA) 및 자폐 및 전반적 발달 장애를 위한 기타 유형의 행동 건강 치료(BHT)

- 통지, 진단서 및 최소 6개월의 치료 계획 필수, 6개월 이후 지속적인 의료적 필요를 결정하기 위해 사전 인증 필수

4. 연골 세포 이식

5. 달팽이관 이식

6. 임상 실험

7. 맞춤형 보조기기

8. 피부과 - 입원 시술

- 피부 주사 및 이식
- 박리술/화학적 박피
- 레이저 치료
- 화학적 박리 및 전기 분해 요법

9. 내구성 의료 장비

- 골성장 촉진 장비
- 지속적 양압기(CPAP)
- 맞춤 제작품
- 병원 침대
- 전동 휠체어
- 스쿠터

10. 증진된 외부 역박동술(EECP)

11. 선택적 제왕절개술

12. 실험적/조사적 서비스 및 새로운 기술

13. 유전자 검사

14. 신경 또는 척수 자극

15. 직업 및 언어 치료(가정 설정 포함)

16. 외래 진단 시술:

- 심장카테터법
- 컴퓨터단층촬영법(CT)
- 초음파 심장 검진
- 자기 공명 혈관조영상(MRA)
- 자기 공명 영상(MRI)
- 단일광자방출단층촬영(SPECT)을 포함한 심장핵의학
- 양전자 방사 단층 촬영(PET)
- 수면 연구

17. 외래 약품

- 자가 주사제
- 의사 진료소, 독립적 주입 센터, 외래 수술 센터, 외래 투석 센터 또는 외래 병원에서 의사가 주입하는 특정 약품 인증이 요구되는 의사 주입 약품의 목록이 필요하신 경우 Health Net 웹사이트 www.healthnet.com을 참조하십시오.

¹유방 절제술(중앙 절제술 포함)에 따른 재건 수술 또는 신장 투석을 위한 병원 입원 기간에 대해 인증이 요구되지 않습니다. 또한 정상 분만 이후 첫 48시간 또는 제왕절개 이후 96시간 또는 전반적인 발달 장애 또는 자폐로 인한 행동 건강 치료를 위한 병원 입원 기간에 대해서는 인증이 요구되지 않습니다.

18. 외래 물리 치료 및 침술 (12회 방문 초과, 가정 설정 포함)
19. 다음의 외래 수술적 방법:
 - 등 수술
 - 비만 치료 시술 (안검하수 포함)
 - 안검성형술
 - 유방 축소 및 확대
 - 치과 및 교정 서비스를 포함하는 구개열 재건
 - 복부, 허벅지, 둔부, 다리, 엉덩이, 팔뚝, 팔, 손, 턱밑 지방 및 기타 부위의 과도한 피부 및 피하 조직 삭제 (지방 제거 포함)
 - 지방 흡입술
 - 여성형 유방의 경우 유방 절제술
 - 양악 수술 (TMJ 치료 포함)
 - 귀 성형술
 - 지방 절제술
- 코 성형술
- 비중격성형술
- 전체 관절 교체 (둔부, 무릎, 어깨)
- 정맥류 치료
- 구개수구개인두성형술(UPPP) 및 레이저 지원 UPPP
- 점막 증강술과 함께 홍순절제술
- 구강전정성형술
- X-스톱
- 구개열 재건 수술의 필수 요소로써 의료적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스 구개열은 구개열, 구순파열 또는 기타 구개열과 관련된 두개안면 이상을 포함합니다.
20. 청구 금액이 \$2,500를 초과하는 보형물
21. 방사선 치료
22. 이식 관련 서비스
23. 성전환 서비스

적절한 시간 내에 비응급 의료 서비스 제공

캘리포니아 보건복지부(California Department of Managed Health Care, DMHC)는 비응급 의료 서비스를 적절한 시간 내에 제공해야 하는 요구조건을 포함하는 새로운 규정(제28편, 1300.67.2.2 섹션)을 발표하였습니다.

부상자 분류 또는 스크리닝 서비스를 이용하기 위해 주 7일, 하루 24시간 중 어느 때라도 뒤표지에 기재된 전화번호를 이용해 Health Net에 문의하실 수 있습니다. Health Net은 적절한 시간 내에 보장된 건강 관리 서비스를 제공합니다.

추가 정보가 필요하신 경우 개인 및 가족 플랜 HMO 또는 HSP Exchange 플랜 계약서 및 EOC 또는 뒤표지에 기재된 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 문의하십시오.

플랜 개요- Health Net Platinum 90 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금(이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$4,000 / 가족 \$8,000
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ²	\$20
전문의 방문 ²	\$40
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ³	\$20
예방적 관리 서비스 ^{2,4}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$40
실험실 검사	\$20
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$150
재활 및 훈련 서비스	\$20
외래환자 서비스 외래환자 수술	시설 \$250 / 의사 \$40
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	시설: 하루당 \$250 / 최대 5일, 의사: \$40 ⁵
전문 요양 치료	하루당 \$150 / 최대 5일 ⁶
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 \$0
긴급 치료	\$40
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	시설: 하루당 \$250 / 최대 5일, 의사 / 외과의사: \$40
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$20 / 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$20
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 10%/최대 \$250
처방약 보장^{9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$5
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$15
3군 (비-선호 상품명약)	\$25
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 10%/최대 \$250

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과 ¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ¹⁵ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

²임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

³침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

⁴예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 기술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

⁵병원 입원당 하나의 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트가 적용됩니다. 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트는 병원 시설 서비스 코페이먼트와 함께 수납됩니다. 최초 5일간 연속 병원 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

⁶최초 5일간 연속 전문 요양원 시설 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

⁷행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

⁸자가 주사제 약물(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

⁹경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

¹⁰만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

¹¹금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다 (의사가 투여한 경우).

¹²Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net 과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net 이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

¹³Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

¹⁴소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹⁵소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Gold 80 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 금액의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 지불해야 합니다. 비율로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 이후에 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금(이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,200 / 가족 \$12,400
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ²	\$35
전문의 방문 ²	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ³	\$35
예방적 관리 서비스 ^{2,4}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$50
실험실 검사	\$35
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$250
재활 및 훈련 서비스	\$35
외래환자 서비스 외래환자 수술	시설 \$600 / 의사 \$55
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	시설: 하루당 \$600 / 최대 5일, 의사: \$55 ⁵
전문 요양 치료	하루당 \$300 / 최대 5일 ⁶
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$0
긴급 치료	\$60
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	시설: 하루당 \$600 / 최대 5일, 의사 / 외과의사: \$55
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$35 / 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$30
기타 서비스 의료 기기 내구재	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 20%/최대 \$250
처방약 보장^{9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 20%/최대 \$250

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과 ¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ¹⁵ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

3침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않는 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

4예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

5병원 입원당 하나의 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트가 적용됩니다. 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트는 병원 시설 서비스 코페이먼트와 함께 수납됩니다. 최초 5일간 연속 병원 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

6최초 5일간 연속 전문 요양원 시설 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

7행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

8자가 주사제 약물(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

10만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

11금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다 (의사가 투여한 경우).

12Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net 과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

13Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

14소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

15소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 70 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 금액의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 지불해야 합니다. 비율로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 이후에 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,250 / 가족 \$12,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$45 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$45 (공제액 면제)
예방적 관리 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$45 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$90 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$45 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$45 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{8, 9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과¹⁵ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기재가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

3임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방적 관리 서비스"에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

4침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

5예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자문 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 기술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동에 필요한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

6행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

7자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

8경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

9만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

10처방약 공제액은 대부분의 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다.

처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고 있는 약국의 유포율과 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

11금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약의 의학적 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

12Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

13Essential Rx 약품 목록에 "SP" 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

14소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

15소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 94 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 금액의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 지불해야 합니다. 비율로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 이후에 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$8 (공제액 면제)
실험실 검사	\$8 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$50 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$5 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 요양 치료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$30 / 의사 \$25
긴급 치료	\$6 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$30
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$5 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$3 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 10%/최대 \$150
처방약 보장^{8,9,10,11} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량)	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 상품명약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품) ¹²	처방전당 10%/최대 \$150(공제액 면제)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과¹³ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과¹⁴ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보증의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

²본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

³임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

⁴침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

⁵예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 기술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

⁶행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

⁷자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. 약국 공제액은 자가 주사제에 적용되지 않습니다.

⁸경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

⁹만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

¹⁰금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명 약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명 약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

¹¹Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

¹²Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

¹³소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹⁴소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 87 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 금액의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 지불해야 합니다. 비율로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 이후에 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$550 / 가족 \$1,100
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$15 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$15 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$25 (공제액 면제)
실험실 검사	\$15 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$100 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$15 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	15% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	15%
전문 요양 치료	15%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$75 / 의사 \$40
긴급 치료	\$30 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$75
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	15%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$15 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$15 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	15% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{8,9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$50 / 가족 \$100
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$20
3군 (비-선호 상품명약)	\$35
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과¹⁵ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

3임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방적 관리 서비스"에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

4침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

5예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통계센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 기술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약품(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

6행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

7자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

8경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

9만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

10처방약 공제액은 대부분의 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다.

처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고 있는 약국의 요율과 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

11식품의약품에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

12Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

13Essential Rx 약품 목록에 "SP" 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

14소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공되며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

15소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 73 HMO

CommunityCare HMO는 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 금액의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 지불해야 합니다. 비율로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 이후에 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$1,900 / 가족 \$3,800
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,450 / 가족 \$10,900
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$40 (공제액 면제)
전문 의 방문 ³	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$40 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$50 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$40 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$80 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$40 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{8,9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$45
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
소아 치과 ¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁵ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보증의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

3입신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

4침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

5예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 기술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

6행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

7자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

8경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

9만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

10처방약 공제액은 대부분의 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의

구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다.

처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고 있는 약국의 유포율과 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

11식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

12Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

13Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

14소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공되며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

15소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금(이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$4,000 / 가족 \$8,000
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$20
전문의 방문 ³	\$40
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$20
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$40
실험실 검사	\$20
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	10%
재활 및 훈련 서비스	\$20
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 영양 치료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 10%
긴급 치료	\$40
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$20 진료소 방문 외 기타: \$0
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	10%
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 10%/최대 \$250
처방약 보장^{8,9,10,11} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$5
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$15
3군 (비-선호 상품명약)	\$25
4군 (특별 약품) ¹²	처방전당 10% / 최대 \$250

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과 ¹³ 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과 ¹⁴ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

4침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

5예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

6행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

7자가 주사제 약물(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

8경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

9만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

10식품의약국에서 승인한 급원약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

11Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

12Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

13소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

14소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금(이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,200 / 가족 \$12,400
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$35
전문의 방문 ³	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$35
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$50
실험실 검사	\$35
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	20%
재활 및 훈련 서비스	\$35
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 20%
긴급 치료	\$60
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$35 진료소 방문 외 기타: \$0
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	20%
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250
처방약 보장^{8,9,10,11} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹²	처방전당 20% / 최대 \$250
소아 치과¹³ 진단 및 예방 서비스	\$0

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 안과¹⁴ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1벌

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보증의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

²특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

³임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

⁴침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

⁵예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

⁶행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

⁷자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

⁸경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

⁹만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

¹⁰식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

¹¹Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

¹²Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

¹³소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

¹⁴소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ³	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,250 / 가족 \$12,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$45 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$45 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$45 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$90 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$45 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	\$45 (공제액 면제)
기타 서비스 의료 기기 내구재	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{9,10,11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$50
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과 ¹⁵ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당합니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달러 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달러 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

6예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 절회는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

7행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

8자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

10만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

11처방약 공제액은 대부분의 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달러 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다. 처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 요율과 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

12식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

13Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net 이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대응품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

14Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

15소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 94 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ³	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$8 (공제액 면제)
실험실 검사	\$8 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$50 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$5 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 영양 치료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$30 / 의사 \$25
긴급 치료	\$6 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$30
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$5 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	\$3 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 10% / 최대 \$150
처방약 보장^{9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량)	
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 상품명약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 10%/최대 \$150(공제액 면제)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과 ¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁵ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

6예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

7행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

8자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

10만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

11식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

12Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

13Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

14소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

15소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 87 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ³	독신 \$550 / 가족 \$1,100
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,250 / 가족 \$4,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$15 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$15 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$25 (공제액 면제)
실험실 검사	\$15 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$100 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$15 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	15% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	15%
전문 요양 치료	15%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$75 / 의사 \$40
긴급 치료	\$30 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$75
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	15%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$15 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	\$15 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	15% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{9,10,11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$50 / 가족 \$100
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$20
3군 (비-선호 상품명약)	\$35
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과 ¹⁵ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기재가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방적 관리 서비스"에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

6예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통계센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

7행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

8자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

10만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

11처방약 공제액은 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다. 처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 유포와 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

12식품의약품에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

13Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대응품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

14Essential Rx 약품 목록에 "SP" 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

15소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Silver 73 HSP

PureCare HSP는 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ³	독신 \$1,900 / 가족 \$3,800
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,450 / 가족 \$10,900
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$40 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$40 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$50 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$250 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$40 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 요양 치료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$250 / 의사 \$50
긴급 치료	\$80 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$40 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: \$0 (공제액 면제)
가족 건강 관리 서비스 (매 달력 연도당 방문 100회)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{9,10,11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	\$45
3군 (비-선호 상품명약)	\$70
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과¹⁵ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받으면 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기재가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

6예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통계센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

7행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

8자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

10만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

11처방약 공제액은 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 공제 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다. 처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당도 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 유포와 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

12식품의약품에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

13Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

14Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

15소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Bronze 60 HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ³	독신 \$6,000 / 가족 \$12,000
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,500 / 가족 \$13,000
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	1-3회 방문: \$70 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$70 (공제액 적용)
전문의 방문 ⁴	1-3회 방문: \$90 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$90 (공제액 적용)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁶	1-3회 방문: \$70 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$70 (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ^{4,7}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	100%
실험실 검사	\$40 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	100%
재활 및 훈련 서비스	\$70 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	100%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	100%
전문 영양 치료	100%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	100%
긴급 치료	1-3회 방문: \$120 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$120 (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁸ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	진료소 방문: \$70 (공제액 면제) / 진료소 방문 외 기타: 0% (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	100%
기타 서비스 의료 기기 내구재	100%
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁹ (인슐린 제외)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{10,11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$500 / 가족 \$1,000
1군 (대부분의 일반약 및 저가의 선호 상품명약)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
2군 (비-선호 일반약 및 선호 상품명약)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
3군 (비-선호 상품명약)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
소아 치과 ¹⁵ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 면제)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Urban Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않은 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방적 관리 서비스"에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5달력 연도 공제액은 첫 3회의 비-예방 치료 방문 이후 적용됩니다. 비-예방 치료 방문에는 긴급 관리 방문 및 전문의, 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 의료 종사자의 진료소 방문 또는 출산 후 방문이 포함됩니다.

6침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

7예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 검동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

8행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

9자가 주사제 약품(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

10경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

11만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

12식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

13Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

14Essential Rx 약품 목록에 "SP" 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

15소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치료 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요- Health Net Minimum Coverage HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino 및 Santa Clara 카운티 일부에서 제공됩니다.

이 보험 혜택 적용표는 요약본일 뿐이며 가입자의 보험 보장 혜택 비교를 돕기 위한 것입니다. 혜택 보장에 대한 자세한 내용 및 제한사항은 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서(EOC)를 반드시 참조하십시오.

아래 기재된 코페이먼트 금액은 귀하가 받는 보장된 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 비용입니다. 코페이먼트는 해당 서비스 또는 용품에 대한 고정된 비용 또는 Health Net이 지불할 비용의 퍼센트이며 이에 대해 Health Net과 계약된 서비스 제공자 사이에 사전에 동의가 되었습니다. 고정된 비용의 코페이먼트는 서비스가 제공된 시점에 납부하셔야 합니다. 퍼센트로 된 코페이먼트는 일반적으로 서비스가 제공된 후 비용이 청구됩니다.

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 (처방약에도 적용) ³	독신 \$6,850 / 가족 \$13,700
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,850 / 가족 \$13,700
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
전문의 방문 ⁴	0%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁶	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ^{4,7}	0% (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	0%
실험실 검사	0%
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	0%
재활 및 훈련 서비스	0%
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	0%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	0%
전문 요양 치료	0%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	0%
긴급 치료	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁸ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래)	1-3회 진료소 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 진료소 방문: 0% (공제액 적용) 1-3회 진료소 방문 외 기타: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 진료소 방문 외 기타: 0% (공제액 적용)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	0%
기타 서비스 의료 기기 내구재	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사제 ⁹ (인슐린 제외)	0%
처방약 보장^{10,11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 특별 약품 ¹⁴	0%

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
소아 치과 ¹⁵ 진단 및 예방 서비스	0%
소아 안과 ¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연간 1벌 (공제액 적용)

이것은 혜택 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항 또는 예외사항을 포함하지 않습니다. 보장의 조건에 대한 사항을 알아보시려면 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

1보험 개혁법(Affordable Care Act)에 따라 소득에 상관 없이 Exchange에 의해 자격이 결정되는 미국 원주민 및 알래스카 원주민은 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)인 항목 및 서비스에 대해 본 플랜에 따른 비용 부담 의무가 없습니다. 단, 해당 항목 및 서비스가 원주민 건강 서비스(Indian Health Service, IHS), 원주민 부족(Indian Tribe), 부족 조직(Tribal Organization) 또는 도시 원주민 조직(Urban Indian Organization)의 서비스 제공자인 참여 서비스 제공자로부터 제공되었거나 연방법에 정의된 대로 계약된 건강 서비스에 의거한 진료의뢰를 통해 제공된 경우에 해당됩니다. 비용 부담이란 공동보험 및 공제액을 비롯해 코페이먼트를 의미합니다. 또한, 비용 부담이 없는 플랜에 가입한 미국 원주민 또는 알래스카 원주민(Exchange에서 기대 소득이 연방 빈곤법(Federal Poverty Level)의 300% 이하라고 고려하기 때문)은 항목 및 서비스가 참여 서비스 제공자로부터 제공된 경우 필수 건강 혜택(Essential Health Benefits)에 대해 비용 부담 의무가 없습니다.

2특정 서비스는 Health Net으로부터 사전 인증이 필요합니다. 사전 인증을 받지 않은 추가적인 \$250가 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

3처방 약품을 포함, 본 플랜에 따른 특정 서비스 및 용품의 경우 달력 연도 공제액이 적용되며, 이러한 서비스 및 용품이 보장되기 전에 해당 공제액에 도달해야 합니다. 그러한 서비스 및 용품은 보장된 비용이 공제액을 초과하는 부분 만큼만 보장됩니다. 위에 별도의 기제가 없는 한 달력 연도 공제액이 적용됩니다.

4임신 전 방문을 포함해 예방적 관리를 위한 출산 전후 및 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. “예방적 관리 서비스”에 대한 코페이먼트를 참조하십시오. 진료소 방문의 주된 목적이 예방적 서비스에 관련되지 않거나 동일한 방문 중 기타 비-예방적 서비스를 받는 경우 비-예방적 서비스에 대한 코페이먼트가 부과됩니다.

5달력 연도 공제액은 첫 3회의 비-예방 치료 방문 이후 적용됩니다. 비-예방 치료 방문에는 긴급 관리 방문 및 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 의료 종사자의 진료소 방문 또는 출산 후 방문 및 정신 질환 및 약물 의존 외래 방문이 포함됩니다.

6침술 방문, 물리 치료, 직업 및 언어 치료 방문 및 일차 진료 의사 또는 전문의로부터 제공되지 않는 기타 진료소 방문 또는 기타 혜택 목록에 명시되지 않은 방문을 포함합니다. 카이로프랙틱 서비스는 보장되지 않습니다. 침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다.

7예방적 관리 서비스는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고, 질병예방통제센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)가 채택한 예방접종 관행 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 유아, 아동, 청소년 및 여성의 예방적 건강 관리에 대한 지침에 기초해 귀하의 의사의 지시에 따라 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방적 관리 서비스에는 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방적 관리 서비스를 포함한 진단 예방 시술 및 예방적 시력 및 청력 검사, 연방 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 인유두종 바이러스(HPV) 검사, FDA에서 승인한 모든 자궁경부암 검사의 선택사항이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 유축기 1대 및 작동을 위한 필요 용품은 가입자에게 무료로 매 임신 때마다 보장됩니다. 저희는 장비 유형, 장비 임대 또는 구입 여부 및 이를 제공하는 업체를 결정합니다.

8행동 건강 서비스를 제공하는 행동 건강 관리 서비스 회사의 계열사인 MHN 서비스에 의해 혜택이 제공됩니다.

9자가 주사제 약물(인슐린 제외)은 특별 약품으로 간주되며 반드시 계약을 맺은 전문 약국에서 받아야 합니다. 특정 약품은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

10경구 복용 항암제에는 최대 30일 분량의 개인 처방약에 대해 최대 코페이먼트 \$200가 부과됩니다.

11만일 약국 소매 가격이 적용되는 코페이먼트보다 낮은 경우 가입자는 약국 소매 가격만 지불하시면 됩니다.

12식품의약국에서 승인한 금연약 및 여성 피임약을 포함한 예방약 혜택은 가입자들에게 무료로 보장되며 공제액 대상이 아닙니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 일반약이 시판되는 경우 가입자는 일반약과 상품명약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 상품명 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 상품명약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

13Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net과 계약한 의사와 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연하게 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사의 정기적 요청은 당연히 필요하며 결정을 위해 Health Net에서 요청한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

일반약에 상당하는 대용품이 있는 경우 일반약이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 일반약이 있는 상품명약을 보장합니다.

14Essential Rx 약품 목록에 “SP” 라고 표시된 4군(특별 약품)은 Health Net 으로부터 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다.

15소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공하며 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 운영합니다. 치과 혜택 서비스 제공자(DBP)는 캘리포니아 면허가 있는 전문 치과 플랜으로 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 추가적인 소아 치과 혜택은 보장됩니다. 자세한 사항은 개인 또는 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택 운영을 위해 안과 서비스 제공자인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

가입 신청 방법

Health Net 개인 및 가족 플랜을 신청하시려면 www.CoveredCA.com을 방문하십시오.

귀하의 의료 보장에 대해 알아야 할 중요한 사실

자격 요건

Health Net 개인 및 가족 플랜에 가입 자격이 되려면 다음을 충족해야 합니다. (a) HMO 플랜의 경우 Health Net CommunityCare HMO 서비스 지역, 또는 HSP 플랜의 경우 PureCare HSP 서비스 지역에 거주하며, (b) 미국 시민권 또는 국적 또는 미국에 합법적으로 거주할 수 있는 외국인이고, (c) 수감 상태가 아니며, (d) 연례 가입기간 또는 본 페이지에 명시한 특별 가입기간에 신청. 또한 65세 미만인 귀하의 배우자 또는 동거인(정의를 위해 다음 페이지 참조) 및 26세 이하의 자녀는 피부양자로 등록할 수 있습니다. 다음의 개인은 본 플랜에 따라 혜택을 받을 자격이 없습니다. (a) 최소 필수 보장이 포함된 그룹 플랜에 가입할 자격이 있는 사람, (b) 65세 이상이며 Medicare 혜택 자격이 있는 사람, (c) 제소자 및 (d) Medi-Cal 또는 기타 적용되는 주 또는 연방 프로그램에 자격이 있는 사람.

연례 가입기간은 2015년 11월 1일부터 2016년 1월 31일까지이며 그 후에는 2016년을 포함해서 매년 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

특별 가입기간

연례 가입기간 외에 귀하는 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 특정 이벤트로부터 60일 이내 본 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

- 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 상실을 제외하고 최소 필수 보장을 가진 플랜에서 보장 상실(보장 상실 후 다음 달 첫째 날 보장 효력 발생).
- Medi-Cal에서 보장하는 의료적으로 필요한 보장을 상실한 경우(자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 제외).
- Medi-Cal에서 보장하는 임신 관련 보장을 상실한 경우(자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 제외).
- 피부양자 추가 또는 피부양자 상태로 변경.
- 적합한 주 또는 연방 법원 명령에 따라 피부양자로서 보장되어야 하는 경우.
- 구금 시설로부터 석방.
- 귀하의 건강보험 회사가 귀하의 건강보험 계약을 실질적으로 위반했다는 물질적 증거를 California Exchange에 제시.
- 영구적 이주로 인해 신규 건강 혜택 플랜을 이용.
- 다음의 상황에 대해 건강 플랜에 더 이상 참여하지 않는 계약된 서비스 제공자로부터 다른 건강 혜택 플랜에 의거해 서비스를 받고 있는 경우: (a) 급성 또는 심각한 상태, (b) 말기 질병, (c) 임신, (d) 출생 후 36개월 이내 신생아 관리, (e) 문서화된 치료 과정의 일부로 승인된 수술 또는 기타 절차가 계약 종료일 또는 새로 보장된 가입자를 위한 보장 효력 발생일로부터 180일 이내에 발생.

- 귀하가 최소 필수 보장에 의거해 보장을 받고 있다고 잘못된 정보를 받았기 때문에 귀하가 이용할 수 있는 가입기간 동안 건강 혜택 플랜에 가입하지 않았다는 것을 Covered California에 증명.
- 미국법전(United States Code) 제 32 편에 의거해 현역에서 제대한 미국 군대의 예비군이거나 현역에서 제대한 캘리포니아 주방위군인 경우.
- 미국 시민권 또는 국적을 최근 취득했거나 미국에서 합법적으로 거주할 수 있는 외국인의 신분을 최근 취득.
- Covered California의 고의적 행위, 우연 또는 실수로 인해 Covered California 플랜에 가입하지 못한 경우.
- 보험료 세금 공제의 사전 지불에 새롭게 자격이 되거나 자격을 상실한 경우 또는 비용 분담 제한에 자격 변경이 생긴 경우.
- 원주민 건강 관리 향상법(Indian Health Care Improvement Act)의 섹션 4에서 정의한 바에 따른 원주민(하나의 플랜에서 다른 플랜으로 한 달에 한 번 변경 가능).
- 귀하 또는 귀하의 피부양자에게 플랜을 갱신할 선택이 있다 하더라도 2015년 만기되는 비-역년 플랜에 가입. 보장의 상실 날짜는 2015년 비-역년 보장의 만기일입니다.
- 적격한 개인 또는 가입자 또는 그 피부양자가 Covered California가 아닌 주체가 가입 지원 또는 가입 행위를 잘못 수행함에 따라 가입되지 않았을 경우 Covered California에서는 상황에 따라 결정함.

- 보건 후생부(Department of Health and Human Services)에서 발행한 지침에 따라 개인 또는 가입자가 Covered California 가 제공할 수 있는 기타 예외적 상황을 충족한다는 것을 Covered California에게 증명.

동거인

가입자 및 배우자가 캘리포니아 가족법 (California Family Code) 섹션 308(c)의 모든 요구 조건을 충족하는 부부이거나 캘리포니아 가족법 섹션 297 또는 299.2의 모든 요구 조건을 충족하는 가입자의 등록된 배우자인 경우 동거인은 가입자의 동성 배우자입니다.

월 청구서 납부 방법

귀하의 보험료는 보장월의 첫째 날까지 Health Net에 수납되어야 합니다. 가입 효력 발효일 이후 보험료가 인상되는 경우 귀하는 최소 60일 이전에 이미 통지를 받을 것입니다. 혜택 변경을 포함해 Health Net Individual Plan HMO 또는 HSP Exchange 플랜 계약서 및 EOC에 변경이 있는 경우 귀하는 최소 30일 전에 미리 통지를 받을 것입니다.

혜택의 종료

귀하는 Covered California에 Health Net 서면 통지를 제공함으로써 언제든지 귀하의 보장을 취소할 수 있습니다. 그러한 경우 종료는 Covered California가 취소를 위한 귀하의 서면 통지를 접수한 다음 달 첫째 날에 효력을 발휘합니다. Health Net은 다음의 이유로 귀하의 보장을 개별적으로 종료할 권리를 갖습니다.

- 귀하가 기한 내에 귀하의 보험료를 납부하지 않는 경우. (Health Net은 보험료 미납으로 인해 귀하의 보장을 중단할 저희의 권리에 대해 30일 전에 통지를 보낼 것입니다. 30일 사전 통지는 보험료를 납부해야 하는 해당 월의 첫째 날 또는 그전에 발송되며 보험료가 지불된 보장의 마지막 날 이후에 시작하는 30일의 유예기간에 대해 설명합니다. 보험료를 납부해야 하는 해당 월의 첫째 날까지 보험료를 납부하지 않으시는 경우 Health Net은 30일의 유예기간 이후 귀하의 보장을 종료할 수 있습니다.) 보험료 세금 공제의 사전 지불을 받는 가입자 및 가입된 피부양자는 30일 대신 삼 개월의 유예기간을 갖습니다. 본 플랜은 가입 비용의 미납으로 발생하는 삼 개월의 유예기간 중 첫달에는 허용되는 클레임에 대한 보장을 제공합니다. 그러나 Health Net은 삼 개월의 유예기간 중 두 번째, 세 번째 달에는 귀하의 보장을 중단하고 건강 관리 서비스 제공자가 제공하는 서비스에 대한 클레임을 보류할 수 있으며, 해당 기간에 대한 가입 비용을 삼 개월의 유예기간의 종료일까지 완납하지 않는 경우 이러한 클레임을 궁극적으로 거절할 수 있습니다. 삼 개월의 유예기간 종료일 전에 지불해야 하는 가입 비용을 완납하는 경우, 중단되었던 보장은 지불된 보장의 마지막 날까지 다시 제공됩니다. Health Net이 클레임을 거절한 서비스 제공자는 귀하에게 지불 청구서를 보낼 수 있습니다.
- 귀하 및/또는 귀하의 가족 구성원(들)이 자격을 상실한 경우(“자격 요건” 섹션을 참조).

- 사기에 해당하는 행위를 저지르거나 또는 본 동의서의 조건에 따른 사실의 고의적 허위 진술의 경우. 예: 귀하 또는 피부양자에 대한 자격 조건의 허위 진술, 유효하지 않은 처방전 또는 의사의 명령 제출 또는 Health Net 가입자 ID 카드의 오용 (또는 타인에게 양도).

Health Net은 90일의 서면 통지를 보냄으로써 모든 보험들과 함께 귀하의 보장을 종료할 수 있습니다. 가입자는 보장의 종료 이후에 받는 모든 서비스에 대해 서비스 제공자가 요구하는 비-가입자 요율로 지불해야 하는 책임이 있습니다. 이러한 요율은 또한 보장의 종료일에도 지속되는 상태에 대해 계속적인 치료를 받고 있거나 입원하고 있는 가입자에게도 적용됩니다.

귀하가 귀하 본인 또는 귀하의 가족 구성원에 대한 보장을 종료하는 경우 귀하는 재가입을 신청할 수 있지만 Health Net의 재량으로 가입을 거절할 수 있습니다.

사기 또는 중요한 사실의 고의적 허위 진술로 인한 보장의 철회 또는 해지

Health Net이 플랜 계약을 철회 또는 해지할 수 있는 경우:

보장의 첫 24개월 내에 Health Net은 허위로 구성된 어떠한 행위, 또는 귀하나 귀하를 대신해 제출된 서면 정보 또는 귀하의 가입 신청서 중 중요한 사실의 고의적 허위 진술로 인해 플랜 계약을 철회할 수 있습니다.

Health Net은 사기에 해당하는 행위 또는 플랜 계약의 조건에 따른 중요한 사실의 고의적 허위 진술로 인해 플랜 계약을 해지할 수 있습니다.

중요한 정보란 Health Net에 알려진 경우 Health Net이 보장을 거절했을 정보입니다.

플랜 계약의 해지

플랜 계약이 해지되는 경우 귀하는 해지 통지서를 받을 것이고 해지는 해지 통지서가 발송된 날짜에 발효됩니다.

플랜 계약의 철회

플랜 계약이 철회되는 경우 Health Net은 플랜 계약에 의거한 보장 조항에 대한 책임이 없습니다.

가입 신청서에 서명함으로써 귀하는 귀하가 아는 한 모든 응답이 사실이고, 완전하며 정확하고 Health Net이 귀하의 가입 신청서를 수락하는 경우 가입 신청서는 Health Net과 귀하 사이의 플랜 계약서의 일부가 된다는 것을 인정합니다. 본 가입 신청서에 서명함으로써 귀하는 플랜 계약의 조항을 준수할 것에 동의합니다.

가입 후 Health Net이 귀하의 가입 신청 정보를 조사하는 경우 Health Net은 귀하에게 이러한 조사, 조사의 기준에 대해 알려야 하고 귀하에게 대응할 기회를 주어야 합니다.

Health Net이 귀하의 보장을 철회하기로 결정하는 경우 그러한 결정은 검토를 위해 Health Net과 계약된 독립적 감사관에게 우선 전달됩니다.

플랜 계약이 철회되면 Health Net은 종료 발효일 30일 이전에 다음을 포함하는 서면 통지를 보낼 것입니다.

1. 결정의 근거 및 귀하의 이의신청 권리에 대한 설명,

2. 보장이 철회된 개인 외에 귀하의 보장에 근거해 보장된 다른 모든 가족은 계속 보장을 받을 수 있다고 명시,
3. 귀하의 월 보험료는 플랜 계약에 따라 보장이 지속되는 가족 수에 따라 조정된다는 설명,
4. 보장을 철회한다는 Health Net의 결정에 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리.

플랜 계약이 철회되는 경우:

1. Health Net이 존재하지 않았던 것처럼 귀하의 보장을 취소할 수 있고 귀하는 이미 받았던 치료에 대한 보장을 포함해 건강보험 혜택을 상실할 것입니다.
2. Health Net은 귀하를 대신해 Health Net이 지불한 모든 의료비를 제외하고 귀하가 납부한 모든 보험료를 환불해 드릴 것이며, 원래 보장일로부터 플랜 계약에 따라 지불된 모든 금액을 귀하로부터 회수할 수 있습니다.
3. Health Net은 캘리포니아 법에 의거해 철회로부터 발생하는 어떠한 법적 구제를 받을 권리가 있습니다.

Health Net이 귀하의 이의신청을 거절하는 경우 귀하는 California Department of Managed Health Care로부터 지원을 요구할 권리가 있습니다.

갱신 조항

논의된 종료 조항에 따라 매월 사전에 납부된 비용을 Health Net에서 접수하고 수락한 경우 보장은 유효한 상태로 유지됩니다. 귀하는 비용 변경에 대해 60일 전에 통지를 받을 것입니다. 귀하는 혜택 변경 또는 계약 조항 변경에 대해 30일 전에 통지를 받을 것입니다.

Health Net의 혜택 관리

Health Net은 가입자를 위해 본 플랜에 따라 보장되는 소아 초과 혜택을 관리합니다.

개인 보험에 따른 의료 서비스 혜택을 관리하지 않습니다.

이용 검토의 정의

Health Net은 저희의 개인 및 가족 플랜에 따라 보장되는 의료 관리가 자원을 효율적이면서 신중하게 이용할 수 있고 궁극적으로 양질의 관리를 지속적으로 향상하는 데 도움이 되는 정책 및 절차를 따라 제공되도록 노력합니다. Health Net은 다음의 주요한 절차를 근거로 서비스의 승인 또는 거절을 결정합니다.

- 의료적 필요성 및 관리의 적절한 수준을 평가하기 위한 의료적 서비스의 평가.
- 장기 또는 만성 질환에 대한 케이스 관리 시행.
- 입원 및 계약되지 않은 서비스 제공자로의 진료의뢰 검토 및 승인.
- 보장을 결정하는 혜택의 범위 검토.

Health Net의 이용 검토 시스템(Utilization Review System)에 대한 추가 정보를 원하시는 경우 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net의 고객 문의 센터로 문의하십시오.

Health Net 의 임상 실험 참여 비용 보장 여부

1, 2, 3 또는 4기 임상 실험이 허용된 암 또는 생명의 위협이 있는 질병 또는 상태로 진단을 받은 환자들에 대한 정기적 환자 관리 비용은 의료적으로 필요할 경우, 가입자의 치료를 담당하고 있는 의사의 추천과 Health Net의 승인을 받아 보험 혜택이 보장됩니다. 해당 의사는 이와 같은 임상 실험 참여가 반드시 환자에게 잠재적으로 유의미한 혜택을 주며

또 이러한 실험이 치료적인 의도가 있다고 판단해야 합니다. 추가 정보가 필요하신 경우 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

Health Net에 동의하지 못하는 경우

가입자가 받은 서비스의 품질에 불만이 있거나 실수로 서비스 또는 클레임이 거절되었다고 믿거나 불리한 혜택 결정을 받은 경우 불만사항 또는 이의를 제기할 수 있습니다. 불리한 혜택 결정은 다음을 포함합니다. (a) 특정 혜택에 대해 그 당시 불리한 영향이 없었더라도 보장이 철회, (b) 본 Health Net 플랜에 참여할 개인의 자격 결정, (c) 혜택이 보장되지 않는다는 결정, (d) 기존 상태 예외 또는 상해의 요인 예외를 근거로 보장될 수 있는 혜택의 제외 또는 제한 또는 (e) 혜택이 실험적, 조사적 또는 의료적으로 필요 또는 적절하지 않다는 결정. 또한 플랜 가입자는 Health Net 플랜에 따른 보장 및 지불을 받을 자격이 있는 건강 관리 서비스가 Health Net 또는 계약된 서비스 제공자로부터 부당하게 거부, 변경, 또는 지연되었다고 생각하신다면 보건관리부에게 문제가 되는 건강 관리 서비스에 대한 독립 의료 심사(Independent Medical Review)를 요청하실 수 있습니다.

뿐만 아니라, 만일 Health Net이 의료적 필요성이 결여되었다는 이유로 거절된 클레임의 이의신청을 거부하거나 실험적 또는 조사적인 약품, 기기, 시술이나 치료 요법에 관련해 요청된 치료에 대한 보장을 거부하거나 지연시킨 경우, 가입자가 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서에 명시된 자격요건을 갖추었다면 가입자는 Health Net의 결정에 대해 보건관리부에게 독립 의료 심사(Independent Medical Review)를 요청하실 수 있습니다.

이의 신청 처리 절차 결과에 만족하지 못하는 가입자는 이 문제를 구속력있는 중재에 제출할 수 있습니다. Health Net은 의료 과실을 포함하여 분쟁을 해결하기 위해 구속력있는 중재를 이용합니다. 가입 조건에 따라 가입자는 해당 분쟁의 해결을 위해 배심원 또는 재판에 대한 권리를 포기합니다.

캘리포니아 주 보건관리부는 건강보험 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. Health Net에 대해 불만사항이 있으신 경우 보건관리부로 연락하시기 전에 Health Net 안내번호, **1-877-609-8711**번으로 우선 전화하셔서 저희의 불편사항 처리 과정을 이용하시기 바랍니다. 불만사항 처리 과정 이용은 귀하의 잠재적 법적 권리나 보상을 침해하지 않습니다. 응급 상황과 관련된 불만사항 처리에 대한 도움이 필요한 경우, Health Net을 통해 불만사항이 만족스럽게 처리되지 못한 경우, 또는 불만사항이 30일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 경우, 보건관리부에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 받으실 수도 있습니다. 귀하가 독립 의료 심사(IMR)의 자격이 있는 경우, 제기된 서비스 또는 치료에 대한 의학적인 필요성에 대해 건강보험이 내린 의학적 필요성, 실험적이거나 연구적 속성을 가진 치료에 대한 보장 결정 및 응급 또는 긴급 상황의 의료 서비스에 대한 비용 분쟁에 대해 독립 의료 심사 절차를 통해 공정한 심사를 받게 됩니다. 보건관리부는 무료전화 (**1-888-466-2219**)와 청각 및 언어 장애자를 위한 **TTY** 전화(**1-877-688-9891**)를 제공하고 있습니다. 불편사항 신고서, IMR신청서 및 안내 사항 등은 보건관리부 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.

2차 소견이 필요한 경우

HSP 플랜의 경우, Health Net 가입자는 진료의뢰 없이 PureCare HSP 참여 서비스 제공자를 직접 방문할 수 있습니다.

HMO 플랜의 경우, Health Net 가입자는 다음의 경우 다른 의견을 구할 권리가 있습니다.

- 가입자의 PCP 또는 진료의뢰를 하는 의사가 가입자가 만족하지 못하는 진단을 하거나 치료 플랜을 추천하는 경우.
- 가입자가 받은 치료의 결과에 불만족스러워 하는 경우.
- 가입자가 받은 진단 또는 추천된 치료가 생명의 위협이 되거나 팔다리를 잃을 위험이 있거나 신체 기능에 위협을 초래할 수 있거나 또는 상당한 손상을 입힐 수 있는 경우 (심각한 만성 상태를 포함하나 이에 국한되지 않음), 또는
- 가입자의 PCP 또는 진료의뢰를 하는 의사가 귀하의 상태를 진단할 수 없거나 또는 검사 결과가 모순되는 경우.

Health Net의 2차 소견 정책에 대한 사본을 원하시는 경우 **1-877-609-8711**번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 문의하십시오.

Health Net의 보험료 비율

개인 및 가족 HMO 및 HSP 플랜에 대해 지불된 건강 서비스에 대한 Health Net의 2014년 보험료 비율은 71.6%입니다.

관련된 주체의 관계

의사 그룹, 계약된 의사, 병원, 참여 서비스 제공자 및 기타 건강 관리 서비스 제공자는 Health Net의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. Health Net 및 그 직원들은

의사 그룹, 계약된 의사, 병원 또는 기타 건강 관리 서비스 제공자의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. 모든 주체들은 독립적 계약자이고 귀하의 보장 선택에 따른 보장된 서비스 또는 용품을 제공하기로 서로 계약을 맺고 있습니다. 가입자들은 Health Net, Health Net의 에이전트 또는 직원 또는 의사 그룹, 참여 서비스 제공자, 의사 또는 병원 또는 개인 또는 보장된 서비스 또는 용품을 제공하기 위해 Health Net이 마련하거나 마련할 예정인 조직의 행위 또는 실수에 책임이 없습니다.

서비스 제공자 계약의 종료 시 관리의 지속

만일 Health Net과 의사 그룹, 참여 서비스 제공자 또는 기타 서비스 제공자와의 계약이 종료된 경우, Health Net은 이러한 계약 종료로 인해 영향을 받는 모든 가입자들을 다른 계약 의사 그룹 또는 참여 서비스 제공자에게 이전하고 지속적인 관리를 계속 받을 수 있도록 모든 노력을 기울입니다. 가입자들이 서비스를 받고 있는 의사 그룹, 참여 서비스 제공자 또는 급성 관리 병원과의 계약 종료 최소 60일 이전에 Health Net은 해당 가입자에게 서면 통지를 보낼 것입니다. Health Net과 계약이 종료되는 기타 모든 다른 병원들에 대해서는 이 계약 종료로 인해 영향을 받는 모든 가입자들에게 계약 종료가 효력을 발생하는 날짜로부터 오 일 이내에 서면으로 통지를 할 것입니다.

또한 가입자는 다음과 같은 상태에 대해 계약이 종료되는 시점에 치료를 받고 있었다면 계약이 종료된 후에도 계약이 종료되는 서비스 제공자에게 기존의 치료를 계속 받을 수 있도록 요청할 수 있습니다.

- 급성 증상.

- 계약 종료일로부터 십이 개월을 넘지 않는 심각한 만성 질병.
- 임신(임신 기간 및 출산 직후 산후 치료 포함).
- 신생아(최대 생후 36개월까지, 서비스는 계약 종료일로부터 십이 개월을 넘지 않음).
- 말기 질환(말기 질환이 지속되는 기간동안) 또는
- Health Net이 문서화된 치료 과정의 일환으로 승인한 수술 또는 기타 시술.

Health Net은 계약이 종료되는 서비스 제공자로부터 받는 서비스를 다 끝마칠 수 있도록 계약이 종료되는 서비스 제공자에게 받은 서비스에 대해 본 플랜의 해당 코페이먼트 및 기타 제외 및 제한 규정을 적용하는 조건으로 보험 혜택을 제공할 수 있습니다. 이때 해당 서비스 제공자는 계약이 종료되기 전 Health Net과 맺은 것과 동일한 계약 조건을 받아들여야 합니다. 귀하는 서비스 제공자의 계약 종료일로부터 30일 이내에 치료를 계속하겠다고 반드시 요청해야 하며 그렇지 못한 경우 귀하가 서비스 제공자의 계약 종료일로부터 30일 이내에 요청할 수 없었던 타당한 이유와 서비스 지속을 요청할 수 있게 되자마자 이를 요청하였다는 것을 증명해야 합니다.

치료 서비스 지속을 요청하는 방법에 대해 더 자세한 정보를 원하시거나 치료 지속 정책에 대한 사본을 요청하실 분은 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하십시오.

심한 정신 질환 및 아동 중증 정서 불안증의 정의

심한 정신 질환에는 정신분열증, 분열정동성 장애, 양극성 장애(조울증), 주요 우울 장애,

공황 장애, 강박 장애, 전반적 발달 장애 (자폐적 장애, 레트 장애, 소아기 붕괴성 장애, 아스퍼거 장애 및 정신 장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 최신 개정판을 포함하나 이에 국한되지 않는 전문적으로 인정되는 기준에 따라 비정형 자폐증이라고 구체화되지 않은 전반적 발달 장애), 자폐증, 신경성 식욕부진증 및 신경성 대식증을 포함합니다.

아동 중증 정서 불안증은 해당 나이에 따른 발달 기준에 맞지 않는 부적절한 행동을 초래하는 1차적 약물 중독 장애 또는 발달 장애를 제외하고, 18세 미만의 아동이 정신 장애 진단 및 통계(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 최신 개정판에서 정의하는 한 가지 이상의 정신 장애를 갖고 있는 것을 말합니다. 이외에도 해당 아동은 다음 중 하나 이상의 기준을 충족해야 합니다. (a) 정신 질환으로 인해 아동이 다음 분야 중 최소 두 가지 이상의 심각한 장애를 갖고 있는 경우: 자기 관리, 학업 수행, 가족 관계 또는 지역 사회에서의 기능 수행 능력 및 (i) 아동이 가정을 벗어나게 될 위험이 있거나 이미 가정에서 벗어난 경우 또는 (ii) 정신 질환 및 장애가 6개월 이상 지속되거나 1년 이상 지속될 가능성이 있는 경우 중 하나에 해당, (b) 아동이 다음 중 한 가지 증상을 보이는 경우: 정신병적 증상, 자살의 위험 또는 정신 질환으로 인한 폭력의 위험 및/또는 (c) 정부 법령 (Government Code)의 1편 7부의 26.5장 (섹션 7570으로 시작)에 따른 특별 교육 자격 요건을 충족하는 아동.

서비스 제공자가 제한하는 불임 관리 서비스

일부 병원 및 기타 서비스 제공자는

본 플랜의 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서에서 보장될 수 있고, 귀하 또는 귀하의 가족이 필요로 할 수 있는 가족계획, 응급피임을 포함한 피임 서비스, 산통 및 출산 시 난관 봉합을 포함한 불임 수술, 불임치료 또는 임신중절 등 이러한 서비스 중 한 가지 이상의 서비스를 제공하지 않습니다. 가입하시기 전에 보다 자세한 정보를 확인하십시오. 귀하를 담당할 의사, 의료 그룹, 의료 서비스 제공자 연합 또는 클리닉 등에 전화하시거나 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하셔서 귀하가 필요한 건강 관리 서비스를 받을 수 있는지 확인하십시오.

서비스 제공자 환급 방법

HMO 플랜의 경우 Health Net은 서비스 제공자에게 지불할 때 금전적 인센티브와 다양한 리스크 웨어링(risk-sharing, 위험 공유) 협약을 이용하고 있습니다. HSP 플랜의 경우 Health Net은 행위별 수가 기준으로 계약된 요율에 따라 참여 의사 및 기타 전문적 서비스 제공자에게 지불합니다. 가입자께서는 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net의 고객 문의 센터에 문의하셔서 저희 비용 방법에 대해 더 많은 정보를 요청하실 수 있습니다.

Health Net이 가입자의 의료 청구서를 지불하는 시기 및 방법

저희는 귀하가 저희의 참여 서비스 제공자 또는 PCP 또는 HMO 플랜의 경우 귀하의 PCP가 귀하를 위해 전문의에게 진료의뢰를 하는 경우 보장된 서비스에 대한 지불을 담당합니다. 저희는 이러한 의사들과 클레임 양식을 제출해야 하는 번거로움을 생략하기로 동의했습니다. 진료 시 귀하의 Health Net ID 카드만 제시하시면 됩니다.

응급 상황의 경우 본인의 일차 진료 의사 또는 참여 서비스 의사에게 진료를 받아야 하는지 여부

Health Net은 전 세계에서 응급 및 긴급 치료 서비스를 보장합니다.

심각한 응급 상황의 경우: “911”에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.

상태가 심각하지 않은 경우: HMO 플랜 가입자는 일차 진료 의사 또는 의사 그룹(의료) 또는 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 중독 치료)에게 전화해야 합니다. HSP 플랜 가입자는 참여 서비스 제공자(의료) 또는 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 화학약물 의존)에게 전화해야 합니다.

전화를 할 수 없고 즉시 응급 치료가 필요한 경우 가장 가까운 의료 센터 또는 병원으로 가십시오.

응급 치료 서비스란 급격한 병증, 새로운 부상, 또는 환자가 이미 알고 있는 기존의 병증이나 부상 또는 상태가 예기치 못하게 악화되는 경우, 또는 만일 미성년자인 경우, 건강이나 의약품에 대한 보편적인 상식을 가졌다고 생각되는 부모나 보호자(분별있는 일반인)가 보기에 즉각적인 치료가 필요하다고 믿는 경우 및 즉각적인 치료가 없다면 다음과 같은 상황이 일어날 수 있을 때 혜택이 보장되는 서비스를 의미합니다. (a) 환자의 건강 상태가 매우 위험할 때 (그리고 임신한 여성의 경우 태아의 건강이 매우 위험할 때), (b) 환자의 신체 기능, 장기 또는 신체 일부분이 심각한 손상을 입을 수 있을 때 또는 (c) 환자의 신체 장기 또는 신체 일부의 기능이 심각하게 훼손될 수 있을 때. 응급 치료 서비스는 또한 심각한 고통 또는 활성기 분만 상태를 포함합니다. 활성기 분만 상태란 분만 당시

다음 중 하나의 상태가 일어날 수 있을 때를 의미합니다. (a) 분만할 때까지 적절한 시간 내에 산모를 안전하게 다른 병원으로 이송할 수 없을 경우, 또는 (b) 이송을 하면 산모나 태아의 건강 및 안전에 위협이 되는 경우. 응급 치료 서비스는 또한 정신 의학적 응급 의료적 상태가 있고 해당 시설의 기능 내 또는 일반 급성 병원 내 정신 병원으로 또는 필요에 따라 급성 정신 병원으로 가입자를 이송함으로써 정신 의학적 응급 정신 질환을 완화 또는 없애는 데 해당 관리 및 치료가 필요한지 여부를 결정하기 위해 추가 스크리닝, 검사 및 의사(또는 면허 및 자격 범위 내에서 적절한 범이 허용하는 범위에 해당하는 기타 의료인)의 평가를 포함합니다.

응급 의료 상황(중증 정신 질환 및 중증 소아 정서 장애를 포함)에 처한 경우 911 응급 전화 연락을 통해 제공된 모든 항공 및 지상 구급차 및 구급차 이송 서비스는 혜택이 보장됩니다.

HMO 플랜의 경우 응급 또는 긴급 상황이 종료되고 귀하의 상태가 안정된 후 취해지는 모든 후속 조치(중증 정신 질환 및 아동 중증 정서 장애를 포함)는 귀하의 일차 진료 의사 또는 의사 그룹(의료) 또는 보험 서비스 운영자(정신 질환 및 화학약물 의존)에게 서비스를 받거나 승인을 받아야 하며 그렇지 않은 경우 Health Net의 혜택 보장을 받지 못합니다.

HSP 플랜의 경우 응급 또는 긴급 상황이 종료되고 귀하의 상태가 안정된 후 취해지는 후속 조치(중증 정신 질환 및 아동 중증 정서 장애를 포함)는 Health Net(의료) 또는 건강보험 서비스 운영자(정신 장애 및 약물 의존)에게 승인을 받아야 하며 그렇지 않은 경우 혜택 보장을 받지 못합니다.

특정 서비스의 지불 의무

저희는 보장된 서비스에 대해 참여 서비스 제공자에게 지불할 책임이 있습니다. 코페이먼트 및 공제액을 제외하고 참여 서비스 제공자는 저희 지불을 초과하는 비용에 대해 귀하에게 청구할 수 없습니다. 귀하는 다음에 대해 재정적 책임이 있습니다. (a) 플랜의 *플랜 계약서 및 EOC*에 명시된 혜택 제한을 초과하는 서비스 및 (b) 개인 및 가족 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스. 개인 및 가족 플랜은 선불 수수료, 코페이먼트, 공제액, 개인 및 가족 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스 및 용품 또는 비-참여 서비스 제공자에게서 받은 비-응급 관리에 대해 혜택을 보장하지 않습니다.

네트워크 외 클레임 환급

일부 비-참여 서비스 제공자는 서비스 제공 당시 귀하에게 비용을 납부할 것을 요구할 수 있습니다. 귀하가 보장된 서비스에 대해 청구된 비용을 지불해야 하는 경우 환급을 위해 제공된 서비스 날짜로부터 일 년 이내에 저희에게 청구서 사본, 지불에 대한 증거 및 응급실 또는 긴급 치료 센터 보고서를 보내십시오. HMO 플랜의 경우 비-참여 서비스 제공자에게 받은 서비스에 대한 보장은 응급 치료의 경우 및 귀하가 귀하의 의사 그룹, 긴급 치료 센터로부터 반경 30마일 이상 떨어져 있을 경우로만 제한됩니다. HSP 플랜의 경우 비-참여 또는 네트워크 외 서비스 제공자에게서 받은 서비스에 대한 보장은 응급 및 긴급하게 필요한 치료로만 제한됩니다.

Health Net에서 기밀 및 가입자 정보 공개를 처리하는 방법

Health Net은 귀하의 의료 기록에 포함된 개인 정보에 대해 비밀 보장되어야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 따라서 저희는 모든 상황에서 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다. 신청서 또는 가입 양식의 일부로 Health Net 가입자는 의료 정보를 획득 또는 공개 동의서에 서명합니다. 본 동의서는 Health Net이 개인 건강 정보의 사용을 위해 현재 및 향후 필요에 대해 가입자에게 통지하고 가입자로부터 동의를 얻는 데 사용됩니다.

본 동의서는 신청서, 클레임, 이의신청(독립 심사자 조직에 대한 공개 포함), 불만사항에 대한 검토, 조사 또는 평가의 목적 또는 예방적 건강 또는 건강 관리 목적으로 의료 기록, 본 플랜에 의거해 모든 신청자 및 가입자에게 제공된 서비스 또는 치료에 따른 모든 기록의 획득 또는 공개를 포함합니다.

저희는 귀하의 의료 기록 또는 기타 기밀 정보를 직원 또는 보험 브로커 등 본 정보를 받을 수 있도록 승인되지 않은 타인에게 공개하지 않습니다. 저희는 귀하가 특별 서면 동의를 저희에게 제공하는 경우에만 정보를 공개할 것입니다. 저희가 귀하의 특별 동의 없이 그러한 정보를 공개하는 유일한 경우는 법, 법원 명령 또는 소환에 응해야 할 경우입니다. Health Net은 종종 총계 측정 및 필수 데이터 보고 의무를 따르도록 하는 요구를 받고 있습니다. 이와 같은 경우에도 저희는 가입자를 알아볼 수 있는 개인 정보는 전혀 공개하지 않음으로써 귀하의 개인 정보를 보호합니다.

개인 정보 보호 관행

귀하에 관한 건강 정보가 사용 및 공개되는 방법 및 본 정보를 이용하는 방법에 대한 설명이 필요하신 경우 해당 플랜의 플랜 계약서에 있는 “개인 정보 보호 관행 통지”를 참조하십시오.

Health Net이 새로운 의료 기술을 다루는 방법

새로운 의료 기술이란 최근에 특정 질환 및 상태 치료를 위해 개발된 기술, 약품 또는 기기들과 기존의 기술, 약품 또는 기기들을 새로운 분야에 적용하는 것을 말합니다. 새로운 의료 기술은 안전성과 효과성을 평가하고 표준 치료방식으로 인정받기까지 임상시험이 진행되는 다양한 단계 동안 조사적 또는 실험적으로 간주됩니다. 만일 임상시험에서 안전성 또는 효과성이 검증되지 않거나 적절한 의료 전문가에 의해 표준 치료로 인정받지 못한 경우, 이러한 새로운 의료 기술은 계속 조사적 또는 실험적인 것으로 간주됩니다. 승인을 받은 새로운 의료 기술은 Health Net 혜택에 추가됩니다.

Health Net은 적절한 특정 분야 전문의들이 의료적 연구에 대한 면밀한 검토를 한 후 새로운 의료 기술이 의료적으로 적합한지 또는 조사적이거나 실험적인지에 대해 결정합니다. Health Net은 새로운 의료 기술에 대해 이 의료 기술 또는 방식이 의료적으로 적합한지 또는 조사적이거나 실험적인 상태에 있는지 결정하기 위해 독립적인 의료 전문 평가자에게 검토를 요청합니다.

위의 의료 전문 평가자는 또한 특정 의료 기술에 대한 주요 가이드라인이 없거나 환자의 건강 상태가 복잡적이어서 전문가의

평가를 필요로 하는 경우, 또는 보험 혜택 보장에 대한 빠른 판단이 필요할 때 Health Net에게 조언을 해줍니다. Health Net이 귀하가 요청한 치료에 대한 보장을 실험적 또는 조사적이라는 근거로 거절, 수정 또는 지연하는 경우 귀하는 보건관리부에 Health Net의 결정에 대해 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 요청할 수 있습니다. 추가 사항이 필요하신 경우 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서의 “건강 관리 서비스 분쟁에 관한 불만사항의 독립 의료 심사”를 참조하십시오.

Health Net의 이용심사제도

이용심사제도는 건강 관리 운영에서 중요한 부분을 차지합니다. 사전 승인, 동시 심사와 소급 심사 및 관리 운영 등 전반에 걸쳐, 저희는 가입자님들께 제공되는 서비스가 의료적으로 필요하고 상황과 시간에 적합한지를 평가합니다. 이러한 검토는 Health Net이 수준 높은 의료 관리 기준을 유지하는 데 많은 도움이 됩니다.

사전 승인

일부 서비스에 대해서는 승인을 받기 전 평가가 필요할 수 있습니다. 기술이 의료적으로 필요하며 상황(입원, 구급차 이용, 수술 등)에 맞게 계획되었는지를 평가하기 위해 증거에 기초한 기준을 적용합니다.

동시 심사

이는 환자가 입원해 있는 동안 또는 자택에서 외래환자 치료 서비스를 받는 동안과 같이 가입자의 진행 상황을 지켜보는 동안 입원 및 특정 외래 서비스에 대해 동시에 승인을 지속하는 것을 말합니다.

퇴원 계획

동시 심사 과정 중 이 부분은 의사의 퇴원 지시와 관련하여 가입자의 안전한 퇴원을 위해 계획이 이루어지도록 하며 필요한 경우 퇴원 후 서비스 승인을 보장하고 있습니다.

소급 심사

소급 심사 과정은 이미 제공된 서비스에 대해 각 케이스마다 그 의료 서비스의 적합성을 평가하는 것입니다. 보통 이 과정은 사전 승인이 필요한 케이스였으나

그 승인을 얻지 못한 케이스에 대해 실시됩니다.

치료 또는 케이스 관리

간호사 치료 매니저는 주요 급성 건강 문제 및/또는 장기적인 만성 건강 문제 모두에 대해 가입자(및 가족)에게 도움을 주고 교육 및 안내를 제공합니다. 이 간호사 치료 매니저는 가입자, 그들의 의사 및 커뮤니티와 긴밀한 관계를 유지하며 일합니다.

추가 상품 정보

정신적 장애 및 화학약물 의존 서비스

정신적 장애 및 화학약물 의존 혜택은 Health Net과 이러한 혜택을 운영하기로 계약한 행동 건강 운영 서비스 회사(건강보험 서비스 운영자)의 계열사인 MHN 서비스에 의해 운영됩니다. 참여 정신 건강 전문가에게 진료를 받아야 할 필요가 있을 때 Health Net ID 카드에 기재된 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터에 전화하셔서 건강보험 서비스 운영자에게 문의하십시오. 건강보험 서비스 운영자는 귀하의 거주지에서 가장 가까운 귀하가 예약을 할 수 있는 참여 정신 건강 전문가, 참여 개인 의사 또는 네트워크와 하청 계약을 맺은 서비스 제공자 협회(IPA)를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다.

정신 건강 및 약물 의존에 대한 특정 서비스 및 용품은 보장을 위해 건강보험 서비스 운영자에 의한 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)을 요구할 수 있습니다. 외래 진료소 방문 시 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)이 요구되지 않지만 건강보험 서비스 운영자에게 자발적으로 등록하는

것이 좋습니다.

건강 보험 서비스 운영자에게서의 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)이 요구되는 경우를 포함해서 정신적 장애 및 화학약물 의존 서비스 및 용품에 대해 더 자세한 설명이 필요하신 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

처방약 프로그램

Health Net은 수퍼마켓에 있는 약국 및 개인 소유 약국을 포함해 캘리포니아 내의 많은 주요 약국들과 계약을 맺고 있습니다. 편리한 곳에 위치한 참여 약국을 찾아 보시려면 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하거나 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net의 고객 문의 센터로 전화하십시오.

처방약 프로그램에 적용되는 특정 제외 및 제한사항 전체 사항을 살펴보시려면 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오. 일부 약품에는 분량, 복용량 및 치료 기간에 제한이 적용될 수 있습니다.

우편 주문 약품 프로그램에 의한 유지 처방약

귀하의 처방약이 유지 약품인 경우 귀하는 저희의 편리한 우편 주문 프로그램을 통해 조제하도록 선택하실 수 있습니다.

유지 약품은 가입자가 갖고 있는 만성 또는 장기적 질환에 대해 약품이 치료에 긍정적으로 반응하는 경우 이러한 상태를 관리하기 위해 지속적으로 복용하는 처방약입니다. 우편 주문 관리자는 보장된 유지 약품의 최대 연속 90일 분량(달력일 기준) 및 해당 주문에 의해 허용되는 각 리필을 공급할 수 있습니다. 유지 약품은 또한 우편 주문 프로그램 혜택에 따라 CVS 소매 약국에서 받으실 수 있습니다.

1-877-609-8711번을 이용해 고객 문의 센터로 문의하시면 처방약 우편 주문 신청서 및 추가 정보를 받으실 수 있습니다.

주

스케줄 II 마약은 우편 주문을 통해 보장되지 않습니다. 추가 정보가 필요하신 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

Health Net “Essential Rx 약품 목록” : 1군 약품(대부분의 일반약 및 Essential 약품 목록에 기재된 경우 저가의 선호 상품명약) 및 2군 약품(비-선호 일반약 및 선호 상품명약, 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 Essential 약품 목록에 기재된 경우 당뇨 용품)

Health Net “Essential Rx 약품 목록”(처방약품집 또는 목록)은 질병과 건강 상태 치료에 대해 보장되는 약품의 승인 목록입니다. 이 목록은 의약품에 대한 보장을 저렴한 가격으로 제공하는 동시에 Health Net 가입자들이 가장 안전하고 효과적인 약품을 확인할 수 있도록 마련되었습니다.

저희는 Health Net 참여 서비스 제공자, 계약을 맺은 PCP 및 전문의들이 Health Net 가입자인 환자들을 위해 약품을 선택할 때 이 목록을 참조할 것을 권장하고 있습니다. 귀하의 의사가 “Essential Rx 약품 목록”에 있는 약품을 처방한다면 귀하가 수준 높은 처방약 서비스를 받는 것을 의미합니다.

이 “Essential Rx 약품 목록”은 Health Net 약사 및 치료 위원회(Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee)의 의견을 근거로 정기적으로 업데이트됩니다. 본 위원회의 위원들은 다양한 의료 전문 분야에서 적극적으로 활동하는 의사들 및 임상 약사들입니다. 위원회에서 의결권을 가진 위원들은 경험, 지식 및 전문성에 근거하여 캘리포니아 전역에서 계약을 맺은 의사 그룹에서 초빙합니다. 또한 약사 및 치료 위원회는 위원회에 추가 의견을 제공하기 위해 다른 의료 전문가들과 자주 협의합니다. 새로운 임상 정보 및 신규 약품이 출시되는 경우, “Essential Rx 약품 목록”과 약품 이용 가이드라인을 업데이트하고 있습니다. 목록을 항상 최신으로 업데이트하기 위해 약사 및 치료 위원회는 다음을 통해 임상 효과, 안전성 및 전체적인 가치에 대해 심사합니다.

- 의료 및 과학 출판물,
- 관련 이용 관리 경험, 및
- 의사의 추천.

Health Net의 최신 “Essential Rx 약품 목록” 사본을 얻으시려면 저희 웹사이트 **www.healthnet.com**을 방문하거나 **1-877-609-8711**번을 이용해 Health Net의 고객 문의 센터로 문의하십시오.

3군 약품

3군 약품은 3군으로 기재되거나 또는 “Essential Rx 약품 목록” 상에 기재되지 않고 보장에서 제외되지 않는 비-선호 상품명 처방 약품입니다.

4군(특별 약품)

4군(특별 약품)은 제한된 약국에서 이용할 수 있거나 공급에 제한이 있고, 일반적으로는 경구 또는 흡입으로 투여하거나 혼련 또는 임상 모니터링을 요구하는 주사(피하, 근육 내 또는 정맥 내)로 자가 투여될 수 있거나 생명 공학을 이용해 제조되거나

Covered California에 의해 결정되는 고가의 특정 처방약입니다 4군(특별 약품)은 “Essential Rx 약품 목록” 에서 “SP” 로 표시됩니다. 4군(특별 약품) 목록에 대해 저희 웹사이트 www.healthnet.com에서 Health Net의 “Essential Rx 약품 목록” 을 참조하십시오.

모든 4군(특별 약품)은 Health Net에서 사전 승인을 필요로 하고 혜택 보장을 위해 특별 약국에서 조제받아야 하는 의무가 있을 수 있습니다. 4군(특별 약품)은 우편 주문을 통해 이용할 수 없습니다.

혈우병의 치료를 위한 약품 및 이러한 자가 주사제와 함께 사용되는 바늘 및 주사기를 포함하는 자가 주사제(인슐린 제외)는 사전 승인을 받아야 하고 Health Net의 계약된 특별 약국을 통해서 받아야 하는 4군(특별 약품)에 포함됩니다. 귀하의 PCP 또는 치료 의사가 승인을 관리하며 승인 시 특별 약국에서는 약품, 바늘 및 주사기를 제공할 수 있도록 준비할 것입니다. 특별 약국은 귀하의 약품 전달을 위해 귀하에게 직접 연락할 수 있습니다.

"사전 승인"의 정의

일부 1군, 2군 및 3군 처방약은 사전 승인을

요구합니다. 즉, 귀하의 의사는 약품 처방을 위한 의료적 이유를 제공하기 위해 사전에 Health Net에 문의해야 합니다. 귀하의 의사로부터 사전 승인 요청을 받으면 Health Net은 제출된 정보를 심사하고 특정 약품에 대해 확립된 임상 기준을 기초로 결정을 내립니다. 귀하는 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하거나 뒤표지에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터에 문의하셔서 사전 승인을 요구하는 약품의 목록을 받으실 수 있습니다.

사전 승인에 이용되는 기준은 Health Net 약사 및 치료 위원회와 의료 전문인들의 의견을 근거로 개발됩니다. 귀하의 의사는 특정 약품에 대한 이용 지침을 얻기 위해 Health Net에 문의할 수 있습니다.

만일 Health Net이 승인을 거부한 경우, 귀하는 거부에 대한 구체적인 이유를 포함한 서면 통지를 받게 될 것입니다. 귀하가 이 결정에 동의하지 않는 경우 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 본 안내의 앞부분에 있는 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 를 참조하십시오.

처방약 프로그램 제외 및 제한사항

약국 서비스에 따라 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하의 플랜의 의료 혜택에 따라 보장될 수도 있습니다. 아래 나열된 제외 및 제한사항과 더불어 처방약 혜택에 대해서는 해당 플랜의 일반적인 제외 및 제한사항이 적용됩니다. 보다 자세한 정보는 *플랜 계약서* 및 *EOC*를 참조하십시오.

- 알리지 혈청은 의료 혜택으로써 보장됩니다.

- 동등한 일반약이 있는 상품명약은 Health Net의 사전 승인 없이 보장되지 않습니다.
- 기기에 대한 혜택 보장은 질 피임 기구, 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 당뇨 용품으로 제한됩니다. 기타 다른 기기들은 참여 의사의 처방전이 있다고 해도 혜택이 보장되지 않습니다.
- 병적 비만 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우를 제외하고 비만 치료를 위해 처방된 약품은 혜택이 보장되지 않습니다.
- 일반적인 감기의 지속기간을 줄이기 위한 처방약,
- 실험적인 약품 (“주의 - 연방법에 의해 조사 목적을 위해서만 사용할 수 있음”이라는 라벨 부착). 만일 귀하가 약품이 조사적이거나 실험적이라는 이유로 약품 혜택 보장을 거부당한 경우 귀하는 독립 의료 심사(Independent Medical Review)를 요청할 권리가 있습니다. 보다 자세한 정보는 본 안내책자의 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.
- 인슐린 주사바늘과 주사기 및 특정 상품명 약품의 펜 기구를 제외한 피하 주사 바늘 및 주사기.
- Health Net에서 결정한 대로 편의를 위해 사용되는 플라스틱, 1회 복용량 또는 호일 포장 및 제형으로 제조되는 약품의 개별 분량은 의료적으로 필요한 경우 또는 약품이 그러한 형태로만 이용 가능할 경우에만 혜택이 보장됩니다.
- 우편 주문 약품은 최대 연속 90일(달력일 기준) 공급 약품까지 혜택이 보장됩니다. 유지 약품은 또한 Bronze 및 최소 보장 플랜을 제외하고 우편 주문 프로그램 혜택에 따라 CVS 소매 약국에서도 받으실 수 있습니다.
- 일부 약품은 FDA 또는 Health Net의 사용 지침에 의거해 사용 권고를 기준으로 코페이먼트당 특정 수량 제한이 적용될 수 있습니다. “필요한 만큼만”이라는 원칙에 따른 약품의 경우 구체적인 분량, 기준 패키지, 약병, 앰플, 튜브 또는 기타 다른 표준 단위에 따라 코페이먼트가 있을 수 있습니다. 이런 케이스의 경우 조제되는 약품의 양이 연속 30일(달력일 기준) 분량보다 적을 수 있습니다. 의료적으로 필요한 경우 귀하의 의사는 Health Net에 더 큰 분량을 요청할 수 있습니다.
- 처방전 없이 이용 가능한 의료적 기기 및 용품(인슐린 포함)은 금연약 또는 FDA에서 승인한 여성 피임약을 포함해 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 권고에 따라 예방 목적으로 또는 당뇨의 관리 및 치료 목적으로 의사가 처방한 경우 혜택이 보장됩니다. 처방약 주문 없이 구입이 가능한 기타 다른 비처방 약품, 의료 기기 또는 용품에 대한 혜택은 의사가 해당 약품, 기기 또는 용품을 위한 처방전을 발급하였어도 보장되지 않습니다. 그러나 처방약 또는 일반약품(OTC)의 고용량 제형이 처방전을 통해서만 가능한 경우, 고용량 제형 약품에 대해서는 의료적으로 필요한 경우 혜택이 보장될 수 있습니다. 이전에는 처방전이 있어야 사용이 가능했던 약품이 동일한 효능으로 일반약품(OTC)으로 구입이 가능한 경우, 유사한 약제 및 유사한 임상 효과(들)를 가진 모든 처방 약품은 의료적으로 필요한 경우 Health Net의 사전 승인을 받은 경우에 한하여 혜택이 보장됩니다.
- 응급 또는 긴급 치료 상황인 경우를 제외하고 Health Net 약국 네트워크에 속하지 않은 약국에서 조제된 처방 약품.

- 계약을 맺은 의사 또는 참여 의사 또는 승인받은 특정 분야 전문의가 아닌 의사가 처방한 처방약인 경우 혜택이 보장되지 않습니다. 단, 해당 의사의 서비스가 승인되었거나 의료적인 응급 상태, 질환 또는 상해로 인해 긴급 치료 서비스가 필요하거나 이런 경우가 구체적으로 명시된 경우는 예외입니다.
- 분실, 도난 또는 손상을 입은 의약품의 대체,
- 의료적으로 필요하며 Health Net의 사전 승인을 받은 경우가 아니면 FDA 또는 Health Net에서 권장하는 복용량을 초과하는 약품 분량은 혜택 보장을 받지 못합니다.
- 본 플랜에서 보장하지 않는 증상 또는 치료를 위한 처방약인 경우 혜택이 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 합병증이 정기적 후속 관리를 초과(예를 들어 성형수술 이후 생명에 위협이 되는 합병증)하는 경우 보장되지 않는 서비스와 직접적으로 관련되는 의료적 상태에 대해 의료적으로 필요한 약품에는 혜택을 제공합니다.
- 성기능 장애 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우 약품(주사제 포함)은 30일 기간 내 최대 8회 복용분으로 제한됩니다.

이것은 요약본입니다. 전체적인 목록을 원하시는 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

침술 관리 프로그램

침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 양질의 저렴한 침술 보장을 제공하기로 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)와 계약을 맺었습니다. 본 프로그램으로 귀하는 ASH 플랜과 계약된 침술사 목록에서 계약된 침술사를 선택해 관리를 받을 수 있습니다.

ASH 플랜은 귀하를 위해 보장된 침술 서비스를 제공할 것입니다. 귀하는 참여 서비스 제공자, 의사 또는 귀하의 PCP로부터 진료의뢰 없이 계약된 침술사를 방문할 수 있습니다.

귀하는 어떠한 계약된 침술사로부터라도 보장된 침술 서비스를 받을 수 있고 보장된 침술 서비스를 받으려고 하는 계약된 침술사를 방문하기 전에 미리 침술사를 배정받을 필요는 없습니다. 귀하는 다음의 경우를 제외하고 계약된 침술사로부터 보장된 침술 서비스를 받으셔야 합니다.

- 계약되지 않은 침술사를 포함해 어떠한 침술사에게라도 응급 침술 서비스를 받을 수 있습니다.
- 보장된 침술 서비스가 이용 가능하지 않고 귀하가 거주하는 카운티에서 받을 수 없는 경우 귀하는 ASH 플랜에 의한 진료의뢰가 있는 경우에만 가까운 카운티에서 이용 가능한 비-계약 침술사로부터 보장된 침술 서비스를 받을 수 있습니다.

모든 보장된 침술 서비스는 다음의 경우를 제외하고 ASH 플랜에 의한 사전 승인을 필요로 합니다.

- 계약된 침술사에 의한 신규 환자 검진 및 신규 환자 검진 시 전문적으로 인정되는 관행 표준에 따른 범위 내에서 보장된 침술 서비스인 의료적으로 필요한 서비스의 제공 또는 시작, 및
- 응급 침술 서비스.

침술 관리 프로그램 제외 및 제한사항

침술 관리 프로그램에 따라 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하의 플랜의 의료 혜택 부분에서 보장받으실 수 있습니다. 보다 자세한 정보는 플랜의 플랜 계약서 및 EOC

를 참조하십시오.

- 부가적 지원 및 서비스는 보장되지 않습니다.
- 캘리포니아 외에서 의료 행위를 하는 침술사로부터 제공된 서비스는 보장되지 않습니다. 단, 응급 침술 서비스는 예외입니다.
- MRI 또는 온도기록법을 포함하는 진단 방사선은 보장되지 않습니다.
- X-레이, 실험실 검사 및 X-레이 2차 소견.
- 최면 요법, 행동 훈련, 수면 요법 및 체중 관리 프로그램은 보장되지 않습니다.
- 교육 프로그램, 비-의료적 자기 관리, 자립적 훈련 및 관련된 진단 검사는 보장되지 않습니다.

- 실험적 또는 조사적 침술 서비스는 보장되지 않습니다.
- 병원 입원 및 관련 서비스에 대한 비용은 보장되지 않습니다.
- 마취에 대한 비용은 보장되지 않습니다.
- ASH 플랜과 계약되지 않은 침술사가 제공하는 서비스 및 치료는 보장되지 않습니다. 단, 응급 침술 서비스에 관련된 서비스는 예외입니다.
- 캘리포니아 내에서 면허를 받은 침술사의 면허의 범위 내에서 이루어지는 서비스만 보장됩니다.

이것은 요약본입니다. 전체적인 목록을 원하시는 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

소아 안과 관리 프로그램 (출생 후 18세까지)

안경 혜택은 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 안경류 혜택 제공 및 운영을 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다. EyeMed Vision Care는 안경사 및 검안 검사실을 공급하는 네트워크를 통해 안경류 혜택을 제공합니다. 안과 검진은 귀하의 참여 서비스 제공자 또는 의사 그룹을 통해 제공되거나 EyeMed Vision Care를 통해 안과 검진 예약을 하실 수 있습니다. 참여 안경류 공급처를 찾고자 하시면 1-866-392-6058 번을 이용해 Health Net 안과 프로그램으로 전화 또는 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오.

전문 분야 서비스	코페이먼트
동공 확장이 포함된 정기 안과 검진	\$0 ¹
콘택트렌즈를 위한 검진 표준 콘택트렌즈 맞춤 및 후속 검사	최대 \$55
고급 콘택트렌즈 맞춤 및 후속 검사	소매 가격의 10% 할인
<p>제한사항: ¹전문적으로 인정되는 관행 기준에 따라 본 플랜은 매 달력 연도당 1회 전체 안과 검진에 대해 혜택을 보장합니다.</p> <p>주: 콘택트렌즈에 대한 검진은 가입자의 시력 검진에 추가됩니다. 최초 맞춤 검사 이후 콘택트렌즈 후속 방문에 대해 추가 코페이먼트는 없습니다.</p> <p>혜택은 할인, 홍보 또는 기타 그룹 혜택 플랜과 통합될 수 없습니다. 허용되는 금액은 일회적 혜택입니다. 잔액이 남지 않습니다.</p> <p>표준 콘택트렌즈는 소프트 렌즈, 구면 렌즈 및 일회용 렌즈를 포함합니다.</p> <p>고급 렌즈는 원환체 렌즈, 이중 초점 렌즈, 다초점 렌즈, 미용 렌즈, 수술 후 렌즈 및 산소 투과성 콘택트 렌즈를 포함합니다.</p>	

재료 (안경테 및 렌즈 포함)	코페이먼트
서비스 제공자가 선택한 안경테 (매 12개월 마다 1회)	\$0
표준 플라스틱 안경 렌즈 (매 12개월마다 1벌) • 단초점, 이중 초점, 3초점, 수정체 • 유리 또는 플라스틱	\$0
다음에 포함하는 선택적 렌즈 및 치료: • UV 치료 • 틸트 (패션 및 그라데이션 및 반투명 회색) • 표준 플라스틱 긁힘 방지 코팅 • 표준 폴리카보네이트 • 변색/전환 플라스틱 • 표준 반사 방지 코팅 • 편광 • 표준 누진 다초점 렌즈 • 하이 인덱스(Hi-index) 렌즈 • 혼합 분할(Blended segment) 렌즈 • 중간 거리 시력 교정(Intermediate vision) 렌즈 • 선택 또는 울트라 누진 다초점 렌즈	\$0
재료 (안경테 및 렌즈 포함)	코페이먼트
고급 누진 다초점 렌즈	\$0
서비스 제공자가 선택한 콘택트렌즈 (안경 렌즈 대신) • 연속 착용 일회용: 최대 6개월까지 월별 공급 또는 2주 분량의 일회용, 단초점 구면 또는 원환체 콘택트렌즈 • 매일 착용/일회용: 최대 3개월 분량의 일회용, 단초점 구면 콘택트렌즈 • 일반: 서비스 제공자가 지정한 콘택트렌즈 중 1벌 • 의학적으로 필요한 경우 ²	\$0
² 콘택트렌즈는 다음 중 하나로 진단된 개인의 경우 의료적으로 필요하다고 정의됩니다. <ul style="list-style-type: none"> • 굴절력이 -10D 또는 +10D를 초과하는 고도의 굴절 이상 • 3D 부동시의 굴절력 • 표준 안경 렌즈를 이용해서는 가입자의 시력이 한쪽 또는 양쪽 안구 모두 20/25으로 교정될 수 없는 경우 원뿔 각막 • 최상의 표준 안경 렌즈와 비교했을 때 가입자의 시력이 시력표 상에서 두 선의 시력 향상이 가능한 경우 	

의료적으로 필요한 콘택트렌즈:

의료적으로 필요한 콘택트렌즈에 대한 보장에는 의료적 필요성, Health Net으로부터의 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP) 및 모든 적용 가능한 제외 및 제한사항이 적용됩니다.

소아 안과 관리 프로그램 제외 및 제한사항

안과 관리 프로그램에 따라 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하의 플랜의 의료 혜택 부분에서 보장받으실 수 있습니다. 보다 자세한 정보는 플랜의 플랜 계약서 및 EOC 를 참조하십시오.

- 참여 안과 서비스 제공자가 아닌 서비스 제공자에게서 제공된 서비스 및 용품에는 혜택이 제공되지 않습니다.
 - Health Net이 의료적 필요성이 없다고 결정한 서비스 및 재료에 대한 비용은 제외됩니다. 동공 확장이 포함된 정기적 안과 검사는 매 달력 연도마다 1회 제공되고 의료적 필요성에 해당되지 않습니다.
 - 플라노(비-처방) 렌즈는 제외됩니다.
 - 콘택트렌즈 처방에 대한 혜택은 의료적 필요성, Health Net에 의한 사전 승인 (HMO) 또는 사전 인증(HSP) 및 모든 해당되는 제외 및 제한사항이 적용됩니다. 보장되는 경우 콘택트렌즈는 본 안과 혜택에 따른 안경 렌즈와 동일한 보장 간격으로 제공됩니다. 콘택트렌즈는 모든 안경 렌즈 및 안경테를 대신합니다.
 - 병원에서 제공된 모든 종류의 안과 서비스에 및 눈에 대한 의료 또는 수술적 치료에 대한 병원 및 의료 비용은 보장되지 않습니다.
 - 분실, 도난 또는 파손으로 인한 교환은 제외됩니다. 단, 본 플랜에 따른 정기적 기간에 따른 교환은 보장됩니다.
 - 이중 초점 렌즈를 대신한 보조 안경은 기본 혜택에서 제외됩니다. 그러나 Health Net 참여 안과 서비스 제공자는 최초 혜택이 소진된 후 부차적인 구매에 대해 일반 가격에서 40퍼센트의 할인을 제공합니다.
- 이것은 요약본입니다.** 전체 목록이 필요하신 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

소아 치과 서비스 (출생 후 18세까지)

보장을 받으시려면 귀하가 선택하신 Health Net 참여 일차 치과 서비스 제공자에게 다음의 모든 서비스를 받으셔야 합니다.

Exchange의 추가적인 소아 치과 혜택 플랜을 구매하신 경우 본 플랜에 따라 제공되는 소아 치과 혜택이 먼저 제공되고 추가적인 소아 치과 혜택 플랜은 비-보장 서비스 및/또는 귀하의 추가적인 소아 치과 혜택 플랜 보장 문서에 설명되어 있는 비용 분담에 대해 보장을 제공합니다.

중요사항: 귀하가 본 플랜에 따라 보장되지 않는 치과 서비스를 받기로 선택하시는 경우 참여 치과 서비스 제공자는 해당 서비스에 대해 일반적이고 관례적인 요율을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 혜택이 보장되지 않는 치과 서비스를 환자에게 제공하기 전에 치과 의사는 제공할 것으로 예상되는 서비스 및 각 서비스의 비용 예산을 포함하는 치료 플랜을 환자에게 제공해야 합니다. 치과 보장 선택에 대해 더 많은 정보를 원하시는 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 고객 문의 센터에 문의하거나 귀하의 보험 브로커에게 연락하실 수 있습니다. 귀하의 보장을 완전히 이해하기 위해 귀하의 보험 적용 확인서를 주의 깊게 살펴보시기 바랍니다.

주: HSP Minimum Coverage 플랜의 경우 달력 연도 공제액에 도달할 때까지 아래 기재된 소아 치과 코페이먼트가 적용됩니다. HSP Minimum Coverage 플랜에 대한 달력 연도 공제액에 도달한 후 남은 달력 연도 동안 해당 보장된 서비스에 대한 귀하의 코페이먼트는 \$0입니다.

코드	검사	코페이먼트
진단		
D0120	정기 구강 검진 - 기존 환자	\$0
D0140	제한적 구강 검진 - 해당 치료만 적용	\$0
D0145	3세 이하 환자의 구강 검진 및 일차 치료 제공자와의 상담	\$0
D0150	종합적인 구강 검진 - 신규 또는 기존 환자	\$0
D0160	상세하고 포괄적인 구강 검진 - 해당 치료만 적용, 기록에 따라	\$0
D0170	재검진 - 제한적, 해당 치료만 적용 (기존 환자, 수술 후속 방문 아님)	\$0
D0180	종합적인 치주 검진 - 신규 또는 기존 환자	\$0
D0210	구강 내 X-레이 - 진료 절차 일체 (교익 사진(bitewings) 포함)	\$0
D0220	구강 내 X-레이 - 치근단 일차 필름	\$0
D0230	구강 내 X-레이 - 치근단 각각 추가 필름	\$0
D0240	구강 내 X-레이 - 교합 필름	\$0
D0250	구강 외 - 일차 필름	\$0
D0260	구강 외 - 각각 추가 필름	\$0
D0270	교합 X-레이 - 단일 필름	\$0
D0272	교합 X-레이 - 2개의 필름	\$0
D0273	교합 X-레이 - 3개의 필름	\$0
D0274	교합 X-레이 - 4개의 필름	\$0
D0277	수직 교익 사진 - 7-8개의 필름	\$0
D0330	파노라마 필름	\$0
D0415	미생물 수집 배양 및 민감도	\$0
D0425	카리에스 감수성 검사	\$0
D0431	악성이 되기 전 및 악성 병변을 포함해 점막 기형의 발견에 도움이 되는 부가적인 진단전 검사 (세포학 또는 조직 검사는 제외)	\$0
D0460	치수 활력도 테스트	\$0
D0470	진단 주형	\$0
D0472	조직 채취, 정밀 검사 준비 및 서면 기록 전달	\$0
D0473	조직 채취, 정밀 현미경 검사 준비 및 서면 기록 전달	\$0
D0474	조직 채취, 정밀 검사 및 현미경 검사, 질병의 존재 여부 평가를 위한 외과적 절제연, 서면 기록의 준비 및 전달	\$0
D0601	카리에스 위험 평가 및 문서화, 저위험 발견	\$0
D0602	카리에스 위험 평가 및 문서화, 보통 위험 발견	\$0
D0603	카리에스 위험 평가 및 문서화, 고위험 발견	\$0
D0999	진료소 방문비 - 방문당	\$0
예방		
D1120	예방처치 - 아동	\$0
D1206	국소 불소 도포 바니쉬, 심하지 않은 환자에서 카리에스 고위험까지의 환자를 위한 치료적 적용	\$0
D1208	불소 예방 도포	\$0
D1310	치과 질병 관리를 위한 영양 상담	\$0
D1320	구강 질병의 통제 및 예방을 위한 담배 상담	\$0

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D1330	구강 위생 지도	\$0
D1351	실란트 - 치아당	\$0
D1352	보통에서 고위험 환자에게 예방적 수지 레스트	\$0
D1510	보격 장치 - 고정 - 일방	\$0
D1515	보격 장치 - 고정 - 양방	\$0
D1520	보격 장치 - 착탈식 - 일방	\$0
D1525	보격 장치 - 착탈식 - 양방	\$0
D1550	보격 장치의 시멘트 재접합	\$0
D1555	고정 보격 장치의 제거	\$0
보철		
D2140	아말감 - 표면 1개, 유치 또는 영구치	\$25
D2150	아말감 - 표면 2개, 유치 또는 영구치	\$25
D2160	아말감 - 표면 3개, 유치 또는 영구치	\$25
D2161	아말감 - 표면 4개 이상, 유치 또는 영구치	\$25
D2330	합성수지 제재 - 표면 1개, 전치	\$25
D2331	합성수지 제재 - 표면 2개, 전치	\$25
D2332	합성수지 제재 - 표면 3개, 전치	\$25
D2335	합성수지 제재 - 표면 4개 이상 또는 절치의 각도에 포함되는 표면 (전치)	\$25
D2390	합성수지 제재 크라운, 전치	\$25
D2391	합성수지 제재 - 표면 1개, 후치 (영구치)	\$25
D2392	합성수지 제재 - 표면 2개, 후치 (영구치)	\$25
D2393	합성수지 제재 - 표면 3개, 후치 (영구치)	\$25
D2394	합성수지 제재 - 표면 4개 이상, 후치 (영구치)	\$25
D2510	인레이 - 금속 - 표면 1개	\$235
D2520	인레이 - 금속 - 표면 2개	\$245
D2530	인레이 - 금속 - 표면 3개 이상	\$260
D2542	온레이 - 금속 - 표면 2개	\$275
D2543	온레이 - 금속 - 표면 3개	\$285
D2544	온레이 - 금속 - 표면 4개 이상	\$300
D2610	인레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 1개	\$275
D2620	인레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 2개	\$285
D2630	인레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 3개 이상	\$300
D2642	온레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 2개	\$285
D2643	온레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 3개	\$300
D2644	온레이 - 포셀린/세라믹 - 표면 4개 이상	\$300
D2650	인레이 - 합성수지 제재 - 표면 1개	\$215
D2651	인레이 - 합성수지 제재 - 표면 2개	\$235
D2652	인레이 - 합성수지 제재 - 표면 3개 이상	\$245
D2662	온레이 - 합성수지 제재 - 표면 2개	\$225
D2663	온레이 - 합성수지 제재 - 표면 3개	\$255

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D2664	온레이 - 합성수지 제재 - 표면 4개 이상	\$275
크라운 - 단일 보철물만 해당		
D2710	크라운 - 합성수지 제재 (간접)	\$140
D2712	크라운 - 3/4 합성수지 제재 (간접)	\$140
D2720	크라운 - 수지 및 고급 비부식 금속	\$300
D2721	크라운 - 수지 및 주요 비금속	\$300
D2722	크라운 - 수지 및 비부식 금속	\$300
D2740	크라운 - 포셀린/세라믹 재질	\$300
D2750	크라운 - 고급 비부식 금속 도재관	\$300
D2751	크라운 - 주요 비금속 도재관	\$300
D2752	크라운 - 비부식 금속 도재관	\$300
D2780	크라운 - 고급 비부식 금속 3/4 부분 주형	\$300
D2781	크라운 - 주요 비금속 3/4 부분 주형	\$300
D2782	크라운 - 비부식 금속 3/4 부분 주형	\$300
D2783	크라운 - 포셀린/세라믹 3/4 부분 주형	\$300
D2790	크라운 - 고급 비부식 금속 완전 주형	\$300
D2791	크라운 - 주요 비금속 완전 주형	\$300
D2792	크라운 - 비부식 금속 완전 주형	\$300
D2794	크라운 - 티타늄	\$300
D2910	인레이, 온레이 또는 부분적 보철물 시멘트 재접합	\$35
D2915	주형 또는 기성 포스트 및 코어 시멘트 재접합	\$35
D2920	크라운 시멘트 재접합	\$35
D2921	치아 파편, 절단 단면 또는 끝 부분의 재부착	\$25
D2930	기성 스테인레스 스틸 크라운 - 유치	\$85
D2931	기성 스테인레스 스틸 크라운 - 영구치	\$100
D2932	기성 합성수지 크라운	\$100
D2933	기성 스테인레스 스틸 크라운 수지 창	\$120
D2934	기성 심미적 코팅 스테인레스 스틸	\$115
D2940	치아 진정 처치	\$25
D2941	임시 치료적 보철물 - 유치	\$25
D2950	코어 설치, 핀 포함	\$80
D2951	핀 보정 - 치아당, 보철물 외	\$15
D2952	간접 성형된 크라운 외 포스트 및 코어 주형	\$110
D2953	각각 추가된 간접 성형된 주형 포스트 - 동일 치아	\$65
D2954	크라운 외에 기성 포스트 및 코어	\$94
D2955	포스트 제거	\$30
D2957	각각 추가된 기성 포스트 - 동일 치아	\$64
D2960	순측 비니어 (수지상) - 진료대	\$270
D2962	순측 비니어 (포셀린 라미네이트)	\$300
D2970	임시 크라운	\$0

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D2971	기존 부분 의치를 아래 신규 크라운 위한 추가 시술	\$65
D2980	크라운 복구, 기록에 따라	\$70
D2981	복원적 자재 손상으로 인해 필요한 인레이 복구	\$70
D2982	복원적 자재 손상으로 인해 필요한 온레이 복구	\$70
치내요법		
D3110	치수 캡 - 직접 (최종 보철물 제외)	\$15
D3120	치수 캡 - 간접 (최종 보철물 제외)	\$15
D3220	치료를 위한 치수절단 (최종 보철물 제외) - 접합부 치수 치관 제거 및 약제 적용	\$75
D3221	치수의 괴사 조직 제거 유치 및 영구치	\$55
D3222	치근단유도술을 위한 부분적 치수절단	\$55
D3230	치수 치료 - 전치, 유치	\$60
D3240	치수 치료 - 후치, 유치	\$70
D3310	전치 (최종 보철물 제외)	\$195
D3320	쌍두치 (최종 보철물 제외)	\$275
D3330	구치 (최종 보철물 제외)	\$300
D3331	근관 차단 치료, 비-수술적 방식	\$105
D3332	진행 중인 치내요법, 수술 불가, 보철 불가 또는 깨진 치아	\$105
D3333	천공 결함의 내부 치근 복구	\$105
D3346	이전 근관 치료의 재치료 - 전치	\$275
D3347	이전 근관 치료의 재치료 - 쌍두치	\$300
D3348	이전 근관 치료의 재치료 - 구치	\$300
D3351	근첨형성술/칼슘재침착 - 첫 방문	\$110
D3352	근첨형성술/칼슘재침착 - 임시	\$55
D3353	근첨형성술/칼슘재침착 - 마지막 방문	\$175
D3355	치수 재생 - 첫 방문	\$110
D3356	치수 재생 - 임시 약제 교체	\$55
D3357	치수 재생 - 치료 완료	\$175
D3410	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 전치	\$265
D3421	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 쌍두치 (일차 치근)	\$295
D3425	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 구치 (일차 치근)	\$300
D3426	치근단 절제술/신경근 주변 수술 (각각의 추가 치근)	\$90
D3427	치근단 절제술 없이 신경근 주변 수술	\$90
D3430	근단역충전 - 치근당	\$65
D3450	치근 절단 - 치근당	\$135
D3910	러버댐으로 치아 고립을 위한 수술적 절차	\$30
D3920	반측절단 (치근 제거 포함), 근관 요법 제외	\$115
D3950	관 준비 및 기성 장부축 또는 포스트 장착	\$30
치주보철		
D4210	치은절제술 또는 치은성형술 - 4개 이상의 인접 또는 묶인 치아 - 치아 4개당	\$150

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D4211	치은절제술 또는 치은성형술 - 1-3개의 인접 또는 묶인 치아 - 치아 4개당	\$75
D4240	치은 판막 시술, 치근 계획 포함 - 4개 이상의 인접 또는 묶인 치아 - 치아 4개당	\$225
D4241	치은 판막 시술, 치근 계획 포함 - 1-3개의 인접치아 - 치아 4개당	\$155
D4245	치근단변위 판막술	\$240
D4249	임상 치관연장술 - 경조직	\$175
D4260	골 수술 (판막 개폐 포함) - 4개 이상의 인접 또는 묶인 치아 - 치아 4개당	\$300
D4261	골 수술 (판막 개폐 포함) - 1-3개의 인접 또는 묶인 치아 - 치아 4개당	\$275
D4263	골 이식 수술 - 치아 4개 중 첫 번째 위치	\$225
D4264	골 이식 수술 - 치아 4개 중 각 추가 위치	\$135
D4270	추경 연조직 이식 시술	\$285
D4274	원심 또는 근위 빼기 절차 (동일한 해부학적 부위 수술과 별개로 수행된 절차)	\$95
D4277	무료 연조직 이식 시술 (공여부 수술 포함), 첫 번째 치아 또는 이식 시 무치아 부분	\$285
D4341	치주의 치석 제거 및 치근 계획 - 4개 이상의 치아 - 치아 4개당	\$65
D4342	치주의 치석 제거 및 치근 계획 - 1-3개의 치아 - 치아 4개당	\$35
D4355	종합적인 평가 및 진단을 위해 구강 전체의 괴사 조직 제거	\$65
D4381	환부 치은열구 조직에 약물 방출 기기를 주입함으로써 항균성 약물이 해당 구역으로 전달, 치아당, 기록에 따라	\$35
D4910	치주보철 관리	\$45
D4920	예정되지 않은 붕대 교체	\$0
치과보철		
D5110	총의치 - 상악골	\$300
D5120	총의치 - 하악골	\$300
D5130	즉시의치 - 상악골	\$300
D5140	즉시의치 - 하악골	\$300
D5211	상악골 부분의치 - 수지상 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5212	하악골 부분의치 - 수지상 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5213	상악골 부분의치 - 합성수지 의치상을 가진 주형 금속틀 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5214	하악골 부분의치 - 합성수지 의치상을 가진 주형 금속틀 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5225	상악골 부분의치 - 이동식상 (클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5226	하악골 부분의치 - 이동식상 (클래스프, 레스트 및 치아 포함)	\$300
D5281	부분 의치 제거 - 1 PC 주형 금속	\$290
D5410	총의치 보정 - 상악골	\$25
D5411	총의치 보정 - 하악골	\$25
D5421	부분의치 보정 - 상악골	\$25
D5422	부분의치 보정 - 하악골	\$25
D5510	깨진 총의치상 수리	\$55

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D5520	상실되거나 깨진 치아 교체 - 총의치 (각 치아)	\$45
D5610	수지 의치상 수리	\$55
D5620	주형틀 수리	\$55
D5630	깨진 클래스프 수리 또는 교체	\$60
D5640	깨진 치아 교체 - 치아당	\$48
D5650	기존의 부분의치에 치아 추가	\$55
D5660	기존의 부분의치에 클래스프 추가	\$65
D5670	주형틀 상의 모든 치아 및 아크릴 교체 상악골	\$175
D5671	주형틀 상의 모든 치아 및 아크릴 교체 하악골	\$175
D5710	상악 총의치 개상	\$180
D5711	하악 총의치 개상	\$180
D5720	상악 부분의치 개상	\$170
D5721	하악 부분의치 개상	\$170
D5730	상악 총의치 이장 (진료대)	\$95
D5731	하악 총의치 이장 (진료대)	\$95
D5740	상악 부분의치 이장 (진료대)	\$95
D5741	하악 부분의치 이장 (진료대)	\$95
D5750	상악 총의치 이장 (실험실)	\$135
D5751	하악 총의치 이장 (실험실)	\$135
D5760	상악 부분의치 이장 (실험실)	\$135
D5761	하악 부분의치 이장 (실험실)	\$135
D5820	임시 부분의치 (상악골)	\$165
D5821	임시 부분의치 (하악골)	\$165
D5850	조직 컨디셔닝, 상악골	\$40
D5851	조직 컨디셔닝, 하악골	\$40
D5863	중첩 의치 - 전체 상악골	\$300
D5864	중첩 의치 - 전체 하악골	\$300
D5865	중첩 의치 - 전체 상악골	\$300
D5866	중첩 의치 - 전체 하악골	\$300
D5999	의치 복제	\$225
치과보철 (고정)		
D6205	인공치 - 간접 합성수지 제재	\$175
D6210	인공치 - 고급 비부식 금속 주형	\$300
D6211	인공치 - 주요 비금속 주형	\$300
D6212	인공치 - 비부식 금속 주형	\$300
D6214	인공치 - 티타늄	\$300
D6240	인공치 - 고급 비부식 금속 도재관	\$300
D6241	인공치 - 주요 비금속 도재관	\$300
D6242	인공치 - 비부식 금속 도재관	\$300
D6245	인공치 - 포셀린/세라믹	\$300
D6250	크라운 - 고급 비부식 금속 도재관	\$300

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D6251	크라운 - 주요 비금속 도재관	\$300
D6252	크라운 - 비부식 금속 도재관	\$300
D6600	인레이 - 포셀린/세라믹, 표면 2개	\$285
D6601	인레이 - 포셀린/세라믹, 표면 3개 이상	\$300
D6602	인레이 - 고급 비부식 금속 주형, 표면 2개	\$245
D6603	인레이 - 고급 비부식 금속 주형, 표면 3개 이상	\$260
D6604	인레이 - 주요 비금속 주형, 표면 2개	\$235
D6605	인레이 - 주요 비금속 주형, 표면 3개 이상	\$250
D6606	인레이 - 비부식 금속 주형, 표면 2개	\$235
D6607	인레이 - 비부식 금속 주형, 표면 3개 이상	\$255
D6608	온레이 - 포셀린/세라믹, 표면 2개	\$250
D6609	온레이 - 포셀린/세라믹, 표면 3개 이상	\$255
D6610	온레이 - 고급 비부식 금속 주형, 표면 2개	\$300
D6611	온레이 - 고급 비부식 금속 주형, 표면 3개 이상	\$300
D6612	온레이 - 주요 비금속 주형, 표면 2개	\$300
D6613	온레이 - 주요 비금속 주형, 표면 3개 이상	\$300
D6614	온레이 - 비부식 금속 주형, 표면 2개	\$300
D6615	온레이 - 비부식 금속 주형, 표면 3개 이상	\$300
D6624	인레이 티타늄	\$245
D6634	온레이 티타늄	\$255
D6710	크라운 - 간접 합성수지 제재	\$175
D6720	크라운 - 수지 및 고급 비부식 금속	\$300
D6721	크라운 - 수지 주요 비금속 주형 - 의치	\$300
D6722	크라운 - 수지 및 비부식 금속	\$300
D6740	크라운 - 포셀린/세라믹	\$300
D6750	크라운 - 고급 비부식 금속 도재관	\$300
D6751	크라운 - 주요 비금속 도재관	\$300
D6752	크라운 - 비부식 금속 도재관	\$300
D6780	크라운 - 고급 비부식 금속 3/4 부분 주형	\$300
D6781	크라운 - 주요 비금속 3/4 부분 주형	\$300
D6782	크라운 - 비부식 금속 3/4 부분 주형	\$300
D6783	크라운 - 포셀린/세라믹 3/4 부분 주형 의치	\$300
D6790	크라운 - 고급 비부식 금속 완전 주형	\$300
D6791	크라운 - 주요 비금속 완전 주형	\$300
D6792	크라운 - 비부식 금속 완전 주형	\$300
D6794	크라운 - 티타늄	\$300
D6930	고정 부분의치 시멘트 재접합	\$48
D6940	완압장치	\$120
D6980	고정 부분의치 수리, 기록에 따라	\$60
구강 외과		
D7111	발치, 치관 잔여물 - 유치	\$15

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D7140	발치 - 치아 맹출 또는 치근 노출 (상승 및/또는 핀셋 제거)	\$65
D7210	맹출된 치아를 수술로 제거하기 위해서는 전층판막의 상승 및 뼈의 제거 및/또는 치아의 구획 필요	\$45
D7220	매복치 제거 - 연조직	\$50
D7230	매복치 제거 - 치근 일부 형성	\$50
D7240	매복치 제거 - 치근 형성 완료	\$160
D7241	매복치 제거 - 치근 형성 완료, 예상치 못한 수술 합병증 발생 시	\$95
D7250	잔여 치근 제거를 위한 수술 (절단 수술)	\$90
D7270	치아 재이식 및/또는 잘못 뽑히거나 잘못 위치된 치아 안정	\$65
D7280	아직 맹출되지 않은 치아에 대한 수술	\$125
D7282	맹출을 돕기 위해 맹출되었거나 이상 위치의 치아 이동	\$135
D7285	구강 조직의 생체검사 - 경조직 (뼈, 치아)	\$85
D7286	구강 조직의 생체검사 - 연조직 (기타 모든 조직)	\$55
D7288	생체 검사 - 경상피 샘플 수집	\$0
D7310	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 치아 4개당	\$50
D7311	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 1-3개의 치아 또는 치아 홈 - 치아 4개당	\$40
D7320	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 치아 4개당	\$75
D7321	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 1-3개의 치아 또는 치아 홈 - 치아 4개당	\$65
D7410	1.25cm까지의 양성 병변의 절제	\$175
D7411	1.25cm 이상의 양성 병변의 절제	\$300
D7412	양성 병변의 절제, 복잡한 시술	\$300
D7450	1.25cm까지의 양성 치아발생낭의 제거	\$200
D7451	1.25cm이상의 양성 치아발생낭의 제거	\$285
D7460	1.25cm까지의 양성 비치성낭의 제거	\$200
D7461	1.25cm이상의 양성 비치성낭의 제거	\$285
D7471	측면 외골증의 제거	\$165
D7472	구개융기 제거	\$300
D7473	하악융기 제거	\$265
D7485	뼈 융기의 수술적 정복술	\$75
D7510	농양의 절개 및 배액 - 구강 내 연조직	\$20
D7511	농양의 절개 및 배액 - 구강내 연조직 - 복잡한 시술 (근막부위의 배액 포함)	\$35
D7520	농양의 절개 및 배액 - 구강 외 연조직	\$275
D7521	농양의 절개 및 배액 - 구강 외 연조직 - 복잡한 시술	\$300
D7910	최대 5cm까지의 최근의 작은 상처 봉합	\$35
D7960	절개술 (설소대절제술 또는 설소대절개술) - 별개 수술	\$25
D7963	성형술	\$55
D7970	과성형 조직의 절제 - 치열궁당	\$65
D7971	관상봉합 치은 절제	\$55
D7972	섬유질 융기의 수술적 정복술	\$145

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D7999	명시되지 않은 구강 수술, 기록에 따라	\$10
침술 요법 (의학적으로 필요한 경우)		
D8070	과도기 교정의 종합 교정치료	\$1,000
D8080	청소년기 교정의 종합 교정치료	
D8660	교정 전 치료 방문	
D8999	명시되지 않은 교정 시술, 기록에 따라	
일반적인 부속 서비스		
D9110	치통의 일시적 (응급 시) 치료 - 부가 절차	\$10
D9210	수술과 상관 없는 국소마취	\$5
D9211	국부차단마취	\$5
D9212	삼차신경 지역 차단마취	\$10
D9215	국소마취	\$5
D9220	진정/일반마취 - 최초 30분	\$95
D9221	진정/일반마취 - 추가 15분마다	\$80
D9230	무통각 불안완화, 이산화질소 흡입	\$10
D9241	정맥 의식하 진정/진통제 - 최초 30분	\$155
D9242	정맥 의식하 진정/진통제 - 추가 15분마다	\$60
D9248	비-정맥 의식하 진정	\$20
D9310	상담 - 치과 의사 또는 의사(치료를 제공한 의사 외)에게 받은 진단 서비스	\$20
D9430	검사를 위한 진료소 방문 (정기적으로 예약된 동안) - 기타 수행된 서비스 없음	\$20
D9440	진료소 방문 - 정기적으로 예약된 시간 이후	\$35
D9450	상황별 프레젠테이션, 구체적이면서 광범위한 치료 계획	\$0
D9930	합병증 치료 - 수술 이후	\$0
D9940	기록에 따른 교합보호장치	\$175
D9951	교합 조정 - 제한적	\$55
D9952	교합보호장치의 조정 - 완료	\$165
D9972	치아 미백 - 치열궁당	\$125
D9999	예약 위반	\$10

“Current Dental Terminology© 미국 치과 협회(American Dental Association)” 의 치과 코드.

소아 치과 관리 프로그램 제외 및 제한사항

소아 치과 관리 프로그램에 따라 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하의 플랜의 의료 혜택 부분에서 보장받으실 수 있습니다. 귀하의 혜택 플랜에 대한 자세한 정보는 플랜의 플랜 계약서 및 EOC를 참조하십시오.

- 질병 예방 서비스(클리닝)는 12개월마다 2회로 제한됩니다.

- 불소 치료는 12개월마다 2회 보장됩니다.
- 정기 검사와 관련된 교합 X-레이는 연속 6개월마다 1회, 4장의 필름으로 제한됩니다.
- 정기 검사와 관련된 전체 구강 X-레이는 24개월마다 1회로 제한됩니다.
- 파노라마 필름 X-레이는 연속 24개월마다 1회로 제한됩니다.
- 치아 실란트 치료는 첫째 및 둘째 영구치 어금니로 제한됩니다.

- 정기적 스케일링 및 치근 계획 및 치은연하소파술은 연속 12개월마다 사분면 치료 오(5) 회로 제한됩니다.
- 보철물 교체는 재발되는 카리에스 또는 균열 등의 상태로 증명이 되는 손상의 경우 및 교체가 치과적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
- 크라운은 치아 내에 충전을 유지할 만큼이 남아있지 않은 경우에만 보장됩니다.
- 진료실 또는 실험실에서 이장 또는 개상은 연속 12개월마다 치열공당 일(1) 회로 제한됩니다.
- 조직 컨디셔닝은 의치당 2회로 제한됩니다.
- 고정된 브릿지는 19세 미만의 환자를 대상으로 상실된 영구치 후치를 대체하기 위해 필요한 경우 보장됩니다. 19세 미만의 청소년의 경우 해당 치료는 선택적 치과 치료로 고려됩니다. 19세 미만의 가입자에게 수행되는 경우 고정된 브릿지와 보격 장치 사이의 차액을 신청자가 지불해야 합니다. 상실된 영구치를 대체하기 위해 이용되는 고정된 브릿지는 지대치가 치과적으로 건강하고 인공치를 지지하기 위한 목적으로만 크라운을 씌우는 경우에는 선택 사항으로 간주됩니다. 고정된 브릿지는 동일한 치열공의 부분 의치와 연계되어 제공되는 경우 선택 사항입니다. 기존의 고정 브릿지 교체는 수리로는 만족할 만한 효과가 없는 경우에 한해 보장됩니다. 혜택은 치열공당 크라운 또는 브릿지의 다섯 유닛까지 허용됩니다. 여섯 번째 유닛의 경우 치료는 전체 구강 재건으로 간주되고 이는 선택적 치료 사항입니다.
- 치료를 담당하는 치과 의사 또는 Health Net의 판단에 따라 치과적으로 필요하지 않은 경우 다음 서비스는 보장되지 않습니다.
 - 악관절(“TMJ“) 치료.
 - 선택적 치과 진료 및 성형 치과 진료.
 - 균열 또는 탈구 등의 상황, 양악 수술 및 교정 목적만의 발치를 요구하는 구강 수술(균열 또는 탈구된(완전히 탈락된) 치아에는 적용되지 않음).
 - 악성 종양, 낭포, 종양 또는 선천적 기형의 치료.
 - 처방 약물.
 - 모든 종류의 병원비.
 - 전체 또는 부분 의치의 분실 또는 도난.
 - 이식과 관련된 모든 시술.
 - 모든 실험적 시술.
 - 의료 혜택 섹션에서 특별히 설명한 경우를 제외한 일반 마취 또는 정맥/ 의식하 진정.
 - 환자의 신체적 또는 행동 제약으로 인해 수행할 수 없는 서비스.
 - 진료 예약의 불이행(24시간 전에 통지 없이)에 따라 발생한 비용은 가입자의 책임입니다. 그러나 그러한 예약 불이행에 대한 코페이먼트는 다음의 경우 적용되지 않습니다. (1) 가입자가 미리 최소 24시간 전에 취소한 경우 또는 (2) 가입자가 응급 또는 통제할 수 없는 상황으로 인해 예약을 이행할 수 없는 경우.
 - 윤곽, 접합 또는 교합의 교정 목적으로 수행된 모든 시술.
 - 보장된 서비스로 특별히 기재되지 않은 모든 시술.
 - 주 정부 또는 에이전시 또는 지방 자치제 당국, 카운티 또는 기타 하부 기관에 의해 가입자에게 청구되는 비용 없이 제공되는 서비스.
 - 모든 형태의 치과 혜택에서 사용되는 고가의 금속의 비용.

- 가입자가 패널 서비스 제공자에 의해 치료를 받을 수 없거나 소아 치과 의사의 치료가 의료적으로 필요하거나 가입자의 플랜 서비스 제공자가 소아 치과 의사인 경우를 제외한 소아 치과 의사의 서비스.
- 가입자가 응급 관리 상황이 존재하지 않았다는 것을 당연히 알았어야 하는 경우, 응급이 아닌 상황에서 응급 관리로 받은 소아 치과 서비스.

교정 혜택

본 치과 플랜은 상기의 교정 혜택을 보장합니다. 발치 및 최초 진단 X-레이는 본 비용에 포함되지 않습니다. 교정 치료는 참여 치과 의사로부터 제공되어야 합니다.

교정 관리를 위한 전문의에게의 진료의뢰

각 가입자의 일차 치과 의사는 가입자의 전체 치과 관리 혜택을 지시 및 조율할 책임이 있습니다. 귀하의 일차 치과 의사가 교정 관리를 추천하고 귀하는 본 치과 플랜에 따라 그러한 관리에 대한 혜택을 받고자 하시는 경우 Health Net의 고객 문의 센터는 귀하께서 참여 치과 교정 전문의 목록에서 참여 치과 교정의를 선택하는 데 도움을 드릴 것입니다.

개인 및 가족 플랜 제외 및 제한사항

모든 개인 및 가족 플랜 Exchange 플랜에 대한 일반적인 제외 및 제한사항

아래의 항목에 대해 비용이 발생했거나 이에 대한 후속 치료인 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜에 따라 지불이 제공되지 않습니다. 다음은 목록의 일부입니다. 전체 목록이 필요하신 경우 Health Net 개인 및 가족 플랜 *플랜 계약서 및 보험 적용 확인서*를 참조하십시오.

- 본 지침 앞부분에서 “Health Net의 임상 실험 참여 비용 보장 여부” 및 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션 아래 부분에서 설명한 경우를 제외하고 Health Net이 의료적으로 필요하지 않다고 결정한 서비스 및 용품.
- 이송의 목적이 아니거나 응급 관리의 기준에 부합하지 않는 구급차 및 응급 구조 서비스. 단, 그러한 서비스가 의료적으로 필요하고 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)을 받은 경우는 예외입니다.
- 수중 치료 및 기타 물과 관련된 치료 요법이 물리 치료 플랜의 일부가 아닌 경우 혜택이 보장되지 않습니다.
- 보호 관리. 보호 관리는 재활 관리가 아니며 지속적으로 숙련된 간호 서비스를 요구하는 관리가 아닌 걷기, 침대에서 일어나거나 침대에 눕기, 목욕, 옷 입기, 식사 및 특정 식단 준비 등의 일상적인 활동 및 일반적으로 자가 복용이 가능한 약품의 복용 관리를 위해 환자에게 지원을 제공합니다.
- 본 지침의 앞부분에서 “Health Net의 임상 실험 참여 비용 보장 여부” 및 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션 아래 부분에서 설명한 경우를 제외하고 Health Net이 실험적 또는 조사적이라고 판단하는 시술.
- 보장 발표일 이전에 제공된 서비스 또는 용품 및 본 플랜을 통한 보장 이후에 제공된 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.
- 가입자가 서비스 제공자에게 지불할 법적 의무가 없는 서비스 또는 서비스 제공자가 비용을 지불하지 않은 서비스에 대한 환급.
- 주 또는 연방법에 의해 요구되는 보장을 제외하고 보장된 비용으로 특별히 기재되지 않은 서비스 또는 용품.
- 여성의 임신을 목적으로 하는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 제외되는 시술에는 정자 또는 난자의 채집, 보관 또는 구매를 포함하나 이에 국한되지 않는 시술을 포함합니다.
- 외모의 향상을 위해 정상적인 신체의 구조를 수정 또는 재형성하기 위해 수행되는 성형 수술.²
- 크라운, 온레이, 브릿지 및 장치를 제외하고 악관절 장애를 위한 치료 및 서비스는 의료적으로 필요하다고 결정되는 경우 보장됩니다.
- 본 플랜은 오직 적법하게 운영되는 병원, Medicare에서 승인한 전문 요양시설 또는 플랜의 *플랜 계약서 및 EOC*에서 규정한 적절한 인가를 받은 기타 시설에서

²의료적으로 필요한 유방 절제술(중양 절제술 포함)이 수행된 경우 유방 재건 수술 및 유방의 대칭(균형을 이루는 비율)을 맞추기 위해 각 유방에 수행된 수술은 보장됩니다. 또한 선천적 기형, 발달 이상, 트라우마, 감염, 종양 또는 질병에 의해 신체 구조의 이상을 교정하려는 목적으로, 기능을 향상하거나 가능한 범위 내에서 정상적인 모습을 갖추기 위해 수행되는 수술. 단, 가입자의 외양에 대해 최소한의 개선을 목적으로 하지 않는 경우 제외.

제공받은 서비스나 용품들에 대해서만 혜택이 보장됩니다. 주로 노인들을 위한 시설, 양로원 혹은 유사한 시설 등은 명칭에 관계 없이 적격한 시설에 해당되지 않습니다. 이러한 시설에서 제공되는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.

- 19세 이상의 성인을 위한 치과 관리.
그러나 본 플랜은 구개열 재건 수술의 필수 요소로써 의료적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스에 대해 혜택을 보장합니다. 구개열은 구개열, 구순파열 또는 기타 구개열과 관련된 두개안면 이상을 포함합니다.
- 상악 및 하악뼈의 위치 이상 또는 비정상적인 발달을 교정하는 목적의 수술 및 이에 관련된 서비스. 단, 트라우마 또는 종양의 존재로 인해 수술이 요구되거나 그 외 의료적으로 필요한 경우는 예외입니다. 구개열 시술에 관련된 정보가 필요하신 경우 상기의 “치과 관리” 제외를 참고하십시오.
- 보청기.
- 개인 간병인, 교대 관리 및 교대 관리 서비스의 부분 역시 보장되지 않습니다.
- 가입자의 치료 의사가 추천 및 Health Net의 승인에 따라 의료적으로 필요한 경우를 제외하고 시력 굴절 장애의 교정을 목적으로 하는 모든 안과 수술.
- 콘택트렌즈 또는 교정 렌즈(유기 접안 렌즈를 교체하는 이식된 렌즈 제외), 시력 치료 및 안경류. 단, 본 지침의 앞부분에 기재된 소아 안과 프로그램 하에서 설명된 내용에 따라 제외가 적용됩니다.
- 자발적 불임 수술의 복원을 위한 서비스.
- 보장된 질환, 질병 또는 상해의 진단 또는 치료에 관련되지 않은 서비스 또는 용품. 그러나 플랜은 합병증이 정기적 후속 관리를 초과(예를 들어 성형수술 이후 생명에 위협이 되는 합병증)하는 경우 보장되지 않는 서비스와 직접적으로

관련되는 의료적 상태에 대해 의료적으로 필요한 서비스 및 용품에는 혜택을 제공합니다.

- 플랜의 플랜 계약서 및 EOC에서 특별히 설명한 내용을 제외하고 어떠한 상황에서라도 조제 또는 투여된 외래 약물, 약품 또는 기타 물질.
- 외국 여행/직업과 관련된 목적의 면역 예방 주사.
- 대리모가 Health Net 가입자인 경우 대리 임신에 대한 보상이 있을 경우 플랜은 해당 의료 비용에 대한 회수를 위해 그 보상에 대한 선취특권이 있을 수 있습니다.
- 본 플랜은 의료 기기 내구재에 대한 혜택을 보장하지만 다음의 항목은 보장하지 않습니다. (a) 운동 기기, (b) 위생 기기 및 용품, (c) 귀하의 참여 서비스 제공자, 의사 그룹 또는 병원에서 시술한 피부의 병변 또는 수술 절개 부위에 부착된 첫 봉대를 제외한 수술적 봉대, (d) 자쿠지 또는 월풀, (e) 악관절(턱) 장애와 관련된 치과 질환의 치료를 위한 교정 기기, (f) 스타킹, 약국에서 구입 가능한 일반 지원 장치 또는 보조기 등의 지원 기기 및 운동 능력 향상 또는 스포츠 관련 활동을 위한 장치 또는 보조기, (g) 보조기 및 교정 신발(당뇨 관련 합병증을 예방 또는 치료하기 위한 족질환 장치 제외).
- 개인의 안락함을 위한 품목.
- 특정 일회용 인공 항문 성형술 또는 비뇨기과 용품을 제외한 가정용 일회용 용품. 추가 사항은 플랜 계약서 및 EOC 또는 귀하의 혜택 플랜을 참조하십시오.
- 응급 관리에 대한 기준이 충족되는 경우를 제외한 가정에서의 목욕.
- 의사 자가-치료.
- 직계 가족에 의한 치료.
- 카이로프랙틱 서비스.

- 가정 건강 관리 (달력 연도당 통합 100 회 방문으로 제한, 하루 최대 3회 방문 및 방문당 4시간)
- Health Net의 절차에 따라 Health Net, 참여 서비스 제공자(의료), 의사 그룹(의료) 또는 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 화학약물 의존)에 의해 승인되지 않은 서비스 또는 용품.
- 고위험 임신의 경우 태아의 유전적 질환에 대한 임신 전 진단을 제외한 유전적 질환에 대한 진단적 시술 또는 검사.
- 처방전 없이 구매할 수 있는 비-처방 약품, 의료 기기 또는 용품 (당뇨의 관리 및 치료 또는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방의 목적 또는 FDA에서 승인한 여성 피임약에 대해 의사가 처방한 경우 제외). 이전에는 처방전이 있어야 사용이 가능했던 약품이 동일한 효능으로 일반약품(OTC)으로 구입이 가능한 경우, 유사한 약제 및 유사한 임상 효과(들)를 가진 모든 처방 약품은 Health Net의 사전 승인을 받은 경우에 한하여 혜택이 보장됩니다. 그러나 비-처방약 또는 일반약품(OTC)의 고용량 복용이 처방전을 통해서만 가능한 경우, 고용량 복용 약품에 대해서는 혜택이 보장됩니다.
- 당뇨 또는 말초동맥질환의 치료를 위해 처방된 경우를 제외한 정기적인 발 관리.
- 불임 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스는 보장되지 않습니다.
- 전반적인 발달 장애 또는 자폐에 대한 행동 건강 치료와 관련된 서비스를 제외하고, 고용 또는 전문적 능력을 위한 교육을 포함해 기타 모든 교육 또는 훈련에 관한 서비스는 캘리포니아 주에서 건강 관리 서비스 제공자로 면허를 받은 개인으로부터 제공을 받았다 하더라도 혜택이 보장되지 않습니다.
- 제대혈, 제대혈줄기세포 및 성인 줄기세포를 이용(채취, 보존 및 보관이 아님)하는 치료는 그 특성상 실험적 또는 조사적이라고 고려됩니다. 실험적 또는 조사적이라고 고려되기 때문에 거절된 보장에 대해 독립 의료 심사(Independent Medical Review)를 요청하는 것에 관련된 정보가 필요하신 경우 본 지침의 앞부분에서 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.
- 병적 비만의 치료를 위해 제공되는 배리아트릭 수술은 의료적 필요성이 있고 Health Net에서 승인했으며 Health Net Bariatric Surgery Performance Center와 제휴한 Health Net Bariatric Surgery Performance Center 네트워크 의사에 의해 Health Net Bariatric Surgery Performance Center에서 수행된 경우 혜택이 보장됩니다. Health Net은 체중 감소 수술을 수행하기 위해 Bariatric Surgery Performance Centers라고 지정된 특정 배리아트릭 시설 및 의사 네트워크를 갖고 있습니다. 귀하의 가입 의사는 귀하에게 이러한 네트워크에 대한 정보를 제공할 수 있습니다. 귀하는 승인을 받은 시점에 Health Net Bariatric Surgery Performance Center로 안내될 것입니다.
- 유해한 자극의 연상을 통해 행동에 대한 반감을 유도함으로써 행동의 변화를 야기하는 치료(혐오 요법)는 보장되지 않습니다.
- 재활 및 훈련 요법에 대한 보장은 플랜과 계약된 의사, 면허가 있는 물리, 언어 또는 직업 치료사, 또는 면허증의 범위 내에서 수행하는 기타 계약된 서비스 제공자가 제공하는 의료적 필요성이 있는 서비스, 또는 적절한 자폐 서비스(QAS) 제공자, QAS 전문가 또는 QAS 특수 교육 보조원이 전반적인 발달 장애 또는 자폐증을 치료하기 위해 제공하는 서비스로 제한됩니다. 보장을 위해 플랜 또는

- 가입자의 의료 그룹으로부터의 승인을 요구할 수 있습니다. 서비스는 플랜 또는 가입자의 의료 그룹의 요구에 따라 치료 플랜 승인을 바탕으로 해야 합니다.
- 다음 유형의 치료는 정신 질환 또는 화학약물 의존을 위한 보장된 치료와 연계로 제공되는 경우에만 보장됩니다.
 - (a) 피부양자를 위한 치료, (b) 심리적 스트레스, (c) 결혼 또는 가정 문제의 치료. 망상, 치매, 건망증(DSM-IV의 정의에 따름) 및 정신 지체를 위한 치료는 의료적으로 필요한 의료 서비스에 대해 혜택이 보장되지만 심리 요법 또는 정신 의학, 화학약물 의존 또는 약물 남용 치료가 효과가 있는 경우에 한해 동반되는 행동 및/또는 심리적 증상, 약물 의존 또는 약물 남용 장애에 대해 혜택이 보장됩니다. 또한 Health Net은 이러한 정신 질환 또는 약물 의존 서비스가 캘리포니아 법에 따라 면허를 받은 서비스 제공자에 의해 해당 면허의 범위 내에서 수행되거나 그렇지 않은 경우 캘리포니아 법에 의해 승인된 경우에만 보장됩니다.
 - Erhard/The Forum, 근원 요법, 생체 에너지 요법, 최면 요법 및 수정 요법 등을 포함하나 이에 국한되지 않는 전문 의료 또는 정신 건강 의료 행위에 대한 국가 표준 서비스에 부합되지 않는 서비스는 보장되지 않습니다. 거절된 보장에 대해 독립 의료 심사(Independent Medical Review)를 요청하는 것에 관련된 정보가 필요하신 경우 본 지침의 앞부분에서 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.
 - 바이오 피드백 요법에 대한 보장은 실금 및 만성 통증 등의 특정 신체적 장애에 대해 의료적으로 필요한 치료로 제한되고 그렇지 않은 경우 보험 서비스 운영자의 사전 승인에 따라서만 제공됩니다.
 - 약물 관리 또는 진단의 확인을 포함해 치료를 계획하는 데 있어서 지원을 받기 위해 면허증이 있는 심리 학자에 의해 수행된 경우를 제외한 심리 검사. 또한 적절한 서비스 제공자가 수행하는 경우가 아닌 자동화, 컴퓨터 기반의 보고서를 산정하기 위한 보장은 제외됩니다.
 - 의료적으로 필요하지 않은 거주 치료는 제외됩니다. 의료적으로 필요하다고 고려되지 않고 보장되지 않는 입원에는 야생 센터 교육, 보호 관리, 상황 또는 환경 변화에 따른 입원 또는 양부모 가정 또는 사회 복귀 훈련 시설의 대안으로서의 입원을 포함합니다.
 - 주립 병원에서의 서비스는 응급 또는 긴급하게 필요한 관리의 결과로 인한 치료 또는 입원으로 제한됩니다.
 - 전화로 제공되는 치료 또는 상담은 보장되지 않습니다.
 - 가석방 또는 보호 감찰 및 법원에서 명령한 검사에 따른 의료, 정신 건강 관리 또는 화학약물 의존 서비스는 의료적으로 필요한 보장된 서비스로 제한됩니다.
 - 보험, 자격증 취득, 취업, 학교, 캠프 또는 기타 비-예방적인 목적의 정기 신체 검사(심리 검사 또는 약물 검사 포함). 정기 검사는 의료적으로 암시되거나 의사가 지시하지 않은 것으로 증상 또는 기타 비-예방적인 목적 없이 가입자의 일반적인 건강을 확인하기 위한 목적으로 수행됩니다. 예를 들어 취업을 위한 경우 또는 학교, 캠프 또는 스포츠 활동 조직 등의 제3자 요청에 의해 수행되는 검사가 포함됩니다.

모든 HSP 플랜에 대한 추가 제외 및 제한사항

- 본 플랜은 마사지 요법이 물리 치료 계획의 일부인 경우를 제외하고 마사지 요법에는 혜택을 제공하지 않습니다. 서비스는 요구에 따라 Health Net에 의해 승인된 치료 계획을 기반으로 해야 합니다.
- 계약되지 않은 서비스 제공자 또는 시설에서 제공된 서비스 또는 용품은 Health Net(의료), 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 화학약물 의존)에 의해 승인된 경우 또는 귀하가 응급 또는 긴급하게 필요한 관리를 요구하는 경우에만 보장됩니다.

모든 HMO 플랜에 대한 추가 제외 및 제한사항

- 본 플랜은 마사지 요법이 물리 치료 계획의 일부인 경우를 제외하고 마사지 요법에는 혜택을 제공하지 않습니다. 서비스는 요구에 따라 Health Net에 의해 승인된 치료 계획을 기반으로 해야 합니다.
- 계약되지 않은 서비스 제공자 또는 시설에서 제공된 서비스 또는 용품은 귀하의 의료 그룹(의료), 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 화학약물 의존)에 의해 승인된 경우 또는 귀하가 응급 또는 긴급하게 필요한 관리를 요구하는 경우에만 보장됩니다.



No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or please call:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o llame al:

Planes Individuales y Familiares: 1-888-926-4988

Pequeñas Empresas: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或請撥：

Individual & Family Plans : 1-888-926-4988

小型企業：1-888-926-5133

聽 / 語障專線：1-888-926-5180

如需其他協助：如果您投保的是由 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是由 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi:

Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình: 1-888-926-4988

Chương trình bảo hiểm dành cho tiểu thương nghiệp: 1-888-926-5133

Số TDD/TYY: 1-888-926-5180

Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다.

도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 다음 안내번호로 문의하십시오.

개인 및 가족 플랜: 1-888-926-4988

스몰 비즈니스: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리스에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의해 주십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o mangyaring tumawag sa:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tumawag sa DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ խնդրում ենք զանգահարել

Անհատական և Ընտանեկան Ծրագրեր՝ 1-888-926-4988

Փոքր Ձեռնարկություններ՝ 1-888-926-5133

Խոսքերի համար սարք (TDD/TTY)՝ 1-888-926-5180

Հավելյալ օգնության համար՝ Եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net Life Insurance Company-ն, 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance): Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочитать документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

Планы индивидуального и семейного страхования: 1-888-926-4988

Малый бизнес: 1-888-926-5133

Линия TDD/TTY: 1-888-926-5180

Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане HMO или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または以下の番号までご連絡ください。

個人および家族プラン：1-888-926-4988

中小企業：1-888-926-5133

TDD/TTY専用番号：1-888-926-5180

さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、DMHCヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس گرفته و یا به شماره های زیر تلفن کنید:

طرح افراد و خانواده ها: 1-888-926-4988

کسب و کار کوچک: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇਥੇ ਫੋਨ ਕਰੋ:

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾਵਾਂ: 1-888-926-4988

ਛੋਟਾ ਕਾਰੋਬਾਰ: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨਿਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਇਹ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

Punjabi

ਸੇਵਾਗਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਯੋਗਾ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: 1-888-926-4988

ਯੋਗਾ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: 1-888-926-5133

ਯੋਗਾ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: 1-888-926-5180

ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

Khmer

Kev Pab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus thiab muab tau cov ntawv los nyeem rau koj ua koj hom lus. Kom tau kev pab, hu tuaj rau peb ntawm tus xovtooj uas nyob ntawm koj daim npav ID lossis thov hu rau: Kev Npaj Pab Tus Kheej thiab Tsev Neeg (Individual and Family Plan; IFP): 1-888-926-4988

Yog xav tau kev pab ntxiv: Yog koj muaj npe nkag nrog PPO lossis EPO cov kev tuav pov hwm los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357. Yog koj muaj npe nkag nrog ib qho kev npaj pab HMO lossis HSP uas los ntawm Health Net of California, Inc., hu rau DMHC Tus Xovtooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219. Koj daim npav ID yuav qhia tau tias koj qhov kev npaj pab yog los ntawm Health Net Life Insurance Company lossis Health Net of California, Inc.

Hmong

Doo Baaq 'Alinígóó Saad Bee 'áka'anída'awo'ígíí. 'Ata' halne'í dóó naaltsoos bee 'éedahozinígíí t'áá ni nizaad bee hadadilyaago nich'í' yidóoltah. 'Áka'a'eyeed biniiyégo, ninaaltsoos nit'izi bee néehozinígíí bine'déé' béésh bee haneí biká'ígíí bee nich'í' hodiilnih, doodago t'áá shóqdí kohjí' hodiilnih: Ła' Jizh dóó Hooghan Haz'áagi Naaltsoos Hadadít'éhígíí (IFP): 1-888-926-4988

T'áá 'altszíisigo Naalyéhi Báhooghan Daayéelyeedígíí: 1-888-926-5133
TDD/TTY: 1-888-926-5180
T'áá náasgóó 'áka'a'eyeed biniiyégo: PPO doodago EPO béeso 'ách'ááh naa'nil bibee haz'áanii Health Net Life Insurance Company bich'í' haidiilaagíí bił ha'dít'éhígíí bił ha'diléhgo, CA Dept. béeso 'ách'ááh naa'nil bił haz'ánígíí bich'í' kohjí' 1-800-927-4357 hodiilnih. Health Net of California, Inc. biyaadóo HMO doodago HSP bił ha'dít'éhígíí bił ha'diléhgo, DMHC 'Áka'aná'awo' Bił Haz'ánígíí kohjí' 1-888-HMO-2219 hodiilnih. Health Net Life Insurance Company doodago Health Net of California, Inc. bił naaltsoos bił náha'dít'éhígíí ninaaltsoos nit'izi bine'déé' bikáá'.

Navajo

الخدمات اللغوية المجانية: يمكنك الحصول على مترجم فوري للمساعدة في قراءة مستنداتك باللغة التي تتحدث بها. للحصول على مساعدة، يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموضح على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو الاتصال بـ: 1-888-926-4988
خطط الفرد والأسرة: 1-888-926-5133
Small Business (الأعمال الصغيرة): 1-888-926-5133
رقم الهاتف النصي/خط ضعاف السمع: 1-888-926-5180

للحصول على المزيد من المساعدة: إذا كنت مسجلاً في سياسة التأمين بخطة PPO أو EPO التي تضمنها شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company يُرجى الاتصال بـ CA Dept. of Insurance (وزارة التأمين بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-927-4357. إذا كنت مسجلاً في خطة HMO أو HSP التي توفرها شركة Health Net of California, Inc.، يُرجى الاتصال بخط المساعدة لدى DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219. توضح بطاقة التعريف الخاصة بك ما إذا كان تم إصدار خطتك عبر شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company أو شركة Health Net of California, Inc.

Arabic

Health Net 개인 및 가족 플랜

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (영어)

1-877-891-9050 (광둥어)

1-877-339-8596 (한국어)

1-877-891-9053 (북경어)

1-800-331-1777 (스페인어)

1-877-891-9051 (타갈로그어)

1-877-339-8621 (베트남어)

청각 및 언어 장애자를 위한 지원

1-800-995-0852

www.healthnet.com

