

개인 및 가족  
Health Net<sup>®</sup>를  
통해 이용 가능한

플랜

보장에 대해서는 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 가서 오늘 바로 신청하십시오!



Health Net<sup>®</sup>



이것은 단지 귀하 건강 보험의 요약서에 불과합니다. 귀하에게는 가입 전 본 플랜의 *계약서* 및 *보험 보장의 증표(Evidence of Coverage, EOC)*를 열람할 권리가 있습니다. 본 문서의 사본을 구하려면 귀하의 공식 Health Net 에이전트 또는 Health Net 영업사원에게 **1-877-609-8711** 번으로 연락해 주십시오. 가입 후 받게 되실 본 플랜의 *보험 플랜 계약서* 및 *EOC*에는 Health Net 보험 보장의 약관뿐만 아니라 정확한 계약 조항들이 포함되어 있습니다. 받으신 후 본 문서와 해당 플랜의 *보험 플랜 계약서* 및 *EOC*를 꼼꼼히 살펴 읽으시고 특히 특별 건강 의료 필요사항에 적용되는 모든 조항들을 자세히 읽어 주십시오. 본 문서에 포함된 건강 혜택 및 보장 도표는 보험 보장 혜택 비교 분석을 돕기 위함입니다.

본 공개 양식에서 설명된 보장은 **의료개혁법안(Affordable Care Act, ACA)**에 따른 기본 건강 혜택 보장의 요구사항과 일치합니다. 기본 건강 혜택은 연간 금액 제한의 대상이 아닙니다.

본 공개 양식에서 설명된 혜택은 인종, 민족, 출신국가, 성별, 연령, 장애, 성적 취향, 유전자 정보, 또는 종교에 따라 차별을 두지 않으며 사전에 존재한 병력 또는 배제 기간의 구속 대상이 아닙니다.

어떤 또는 무슨 공급자 그룹이 귀하에게 건강 의료를 제공할 수 있는가를 알기 위해서는 다음 내용을 읽어보아 주십시오.

# Health Net HMO CommunityCare Network 건강 플랜 서비스 지역 및 CommunityCare Network 의료진 및 병원 공급자로부터 서비스를 받는 것에 관한 본 중요 공지를 읽어보아 주십시오.

응급상황을 제외하고 본 Health Net HMO CommunityCare Network("CommunityCare Network") 플랜은 CommunityCare Network 서비스 지역에 거주하고 CommunityCare Network 소속 의료진 또는 병원을 이용할 경우에만 이용 가능합니다. 본 CommunityCare Network 플랜에 가입하게 되면 CommunityCare Network 소속 의료진

또는 병원만을 이용해야 하며 반드시 CommunityCare Network 일차진료의 (Primary Care Physician, PCP)를 선택해야 합니다. 보조 서비스, 약국 또는 보장되는 행동 건강 서비스 및 용품은 아무 Health Net 협약 보조 공급자, 약국 또는 행동 건강 공급자로부터 구할 수 있습니다.

## Health Net HMO CommunityCare 네트워크 플랜하에서 보장되는 서비스 받기

공급자 유형	병원	의사	보조 서비스	약국	행동 건강
다음으로부터 이용 가능	<sup>1</sup> CommunityCare Network 병원에서만	<sup>1</sup> CommunityCare Network 병원에서만	Health Net와 협약을 맺은 모든 보조 공급자	Health Net와 협약을 맺은 약국	Health Net와 협약을 맺은 모든 행동 건강 공급자
<p><sup>1</sup>의료진 및 병원 서비스에 대한 본 플랜의 혜택은 CommunityCare Network 의료진 또는 병원으로부터 받은 보장된 서비스에 대해서만 이용 가능합니다. 단 다음의 경우는 이에서 제외됩니다. (1) 귀하 의료그룹 및 모든 응급진료로부터 반경 30마일 밖에 있을때 긴급하게 필요했던 의료 서비스, (2) CommunityCare Network 소속이 아닌 공급자에 대한 의뢰는 귀하 CommunityCare Network 의료그룹에 의해 발급된 경우 보장됩니다. (3) Network provider when authorized by Health Net에 의해 승인된 경우, CommunityCare Network 소속이 아닌 공급자에 의해 제공된 보장 서비스.</p>					

CommunityCare Network 서비스 지역과 의료진 및 병원 공급자 목록은 *Health Net CommunityCare Network* 공급자 명부에 있으며 이는 온라인 주소 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 가셔서 확인하실 수 있습니다. 또한 공급자 정보를 요청하려면 Health Net의 고객센터 센터에 1-877-609-8711번으로 연락해 주십시오. *Health Net CommunityCare Network* 공급자 명부는 다른 Health Net 공급자 명부와는 다릅니다.

**주의:** Health Net와 계약을 맺고 있는 모든 의료진 및 병원이 CommunityCare Network 의 공급자가 아닙니다. CommunityCare Network에서 참여자로 구체적으로 인식된 의료진과 병원만이 위의 도표에서 설명된 경우를 제외하고 본 플랜하에서 서비스를 제공할 수 있습니다.

구체적으로 그렇지 않다고 명시된 경우를 제외하고 본 책자에 담긴 다음 약관을 이용하십시오. 위에서 설명한 CommunityCare Network를 가리킵니다.

- Health Net
- Health Net 서비스 지역
- 병원
- 회원 의사, 협약 의료진 그룹, 일차진료의, 의사, 협약 공급자, 계약을 맺은 의료진 그룹, 계약을 맺은 공급자

- 네트워크
- 공급자 명부

CommunityCare Network 서비스 지역, Community Care Network PCP 선택하는 방법 또는 전문의 진료 받기 또는 본인의 보험 혜택 이용 방법에 대한 질문이 있으면 Health Net 고객 서비스 센터에 1-877-609-8711 번으로 연락해 주십시오.

## Health Net PureCare HSP Network 건강 플랜 서비스 지역 및 PureCare Network 의료진 및 병원 공급자로부터 서비스를 받는 것에 관한 본 중요 공지를 읽어보아 주십시오.

응급상황과 긴급하게 필요한 의료 서비스를 제외하고 본 Health Net PureCare HSP("PureCare Network") 플랜은 PureCare HSP Network 서비스 지역에 거주하고 PureCare HSP Network 소속 의료진 또는 병원을 이용할 경우에만 이용 가능합니다. 본 PureCare Network 플랜에 가입하게

되면 PureCare Network 소속 의료진 또는 병원만을 이용해야 하며 반드시 일차진료의(Primary Care Physician, PCP)를 선택해야 합니다. 보조 서비스, 약국 또는 보장되는 행동 건강 서비스 및 용품은 아무 Health Net 협약 보조 공급자, 약국 또는 행동 건강 공급자로부터 구할 수 있습니다.

### Health Net PureCare HSP 네트워크 플랜하에서 보장되는 서비스 받기

공급자 유형	병원	의사	보조 서비스	약국	행동 건강
다음으로부터 이용 가능	<sup>1</sup> PureCare Network 병원에서만	<sup>1</sup> PureCare Network 의료진에서만	Health Net와 협약을 맺은 모든 보조 공급자	Health Net와 협약을 맺은 모든 약국	Health Net와 협약을 맺은 모든 행동 건강 공급자

<sup>1</sup>의료진과 병원 서비스에 대한 본 플랜의 혜택은 응급상황과 긴급하게 필요한 의료를 제외하고 PureCare Network와 협약된 의료진 또는 병원에서 받은 보험 보장되는 서비스의 경우에만 이용 가능합니다.

PureCare Network 서비스 지역과  
 협약 의료진 및 병원 공급자 목록은  
*Health Net PureCare HSP Network* 공급자  
 명부에서 찾아볼 수 있으며 이것은  
 웹사이트 주소 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에 가시면  
 이용할 수 있습니다. 또한 공급자 정보를  
 요청하려면 Health Net 의 고객센터 센터에  
**1-877-609-8711**번으로 연락해 주십시오.  
*Health Net PureCare HSP Network* 공급자 명부  
 는 다른 Health Net 공급자 명부와는 다릅니다.

**주의:** Health Net와 계약을 맺고 있는 모든  
 의료진과 병원이 전부 PureCare Network  
 의 공급자가 아닙니다. PureCare Network  
 에서 참여자로 구체적으로 구별된 의료진과  
 병원만이 위의 도표에서 설명된 경우를  
 제외하고 본 플랜하에서 서비스를 제공할  
 수 있습니다. 구체적으로 그렇지 않다고

명시된 경우를 제외하고 본 책자에 담긴  
 다음 약관을 이용하십시오는 위에서 설명한  
 PureCare Network를 가리킵니다.

- Health Net
- Health Net 서비스 지역
- 병원
- 일차진료의, 협약 의료진, 의사, 협약  
 공급자, 계약을 맺은 공급자
- 네트워크
- 공급자 명부

PureCare Network 서비스 지역, PCP  
 선택하는 방법 또는 본인의 보험 혜택 이용  
 방법에 대한 질문이 있으면 Health Net 고객  
 서비스 센터에 **1-877-609-8711**번으로 연락해  
 주십시오.

## 귀하 및 가족을 위한 Health Net 개인 및 가족 보장

**Health Net는 다음 건강 의료  
 보장 옵션을 개인 및 가족에게  
 제공합니다.**

**HMO** - 당사의 개인 및 가족 플랜  
 건강관리기구(Health Maintenance  
 Organization, HMO) 플랜들은 단일 의사로  
 하여금 예상 가능한 비용에 본인들의  
 의료 진료를 조율해 주기를 바라는 분들을  
 위해 설계되었습니다. 귀하는 당사의  
 CommunityCare HMO 네트워크에서  
 일차진료의(PCP)라 불리는 주치의를  
 선택해야 합니다. 담당 PCP는 귀하 모든  
 건강 진료를 관장하고 전문의 진료가  
 필요한 경우 의뢰/승인을 발급합니다.  
 당사 HMO 플랜 중 하나를 선택할 경우,  
 Health Net CommunityCare Network 소속  
 의료진 또는 병원만을 이용할 수 있습니다.

**HSP** - 당사의 개인 및 가족 플랜인 건강  
 의료 서비스(Health Care Service Plan, HSP)  
 플랜은 의뢰서를 발급받지 않고 아무 협약  
 의사 또는 건강 의료 전문인의 진료를  
 받고 싶은 분들을 위해 만들어졌습니다.  
 PureCare HSP 네트워크에서 담당 PCP  
 를 선택해야 하지만 의뢰서 발급받지  
 않고 당사 네트워크에 소속된 아무 협약  
 공급자에게 언제든지 직접 진료를 받을 수  
 있습니다. 당사 HSP 플랜 중 하나를 선택할  
 경우, Health Net PureCare Network 소속 협약  
 공급자만을 이용할 수 있습니다.

### **HMO가 귀하께 바른 선택일까요?**

당사 HMO 플랜을 이용할 경우, 귀하는 PCP  
 를 선택해야 합니다. 담당 PCP는 귀하에게  
 의료 진료를 제공하고 이를 조율합니다.

귀하에게는 귀하가 합리적으로 의료 진료를 이용할 수 있을 정도로 귀하 자택에서 충분히 가까운 거리에 진료소가 있으며 해당 의료진 그룹의 요구조건의 구축을 받지만 귀하 또는 가족원을 환자로 받아들일 수 있는 당사 Health Net CommunityCare 네트워크 소속의 협약자인 분을 PCP로 지정할 권리가 있습니다. 어린이의 경우, 소아과 의사를 PCP로 지정할 수 있습니다. PCP를 지정하기 전까지 Health Net가 귀하에게 한 분 지정해 드릴 것입니다. PCP를 선택하는 방법에 관한 정보와 Health Net CommunityCare 서비스 지역에 있는 협약 PCP 목록은 Health Net 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에서 찾아볼 수 있습니다. 또한 공급자 정보를 요청하려면 1-877-609-8711번으로 전화하시거나 귀하의 공식 Health Net 중계인에게 문의해 주십시오.

담당 PCP는 귀하 모든 건강 진료를 관장하고 전문 진료가 필요한 경우 의뢰/승인을 발급합니다. 일반의, 가정의, 내과의, 소아과 전문의, 산부인과 전문의(OB/GYN)를 PCP로 지정할 수 있습니다. 많은 서비스들이 귀하로부터 일정 코페이(공동부담금)만을 필요로 합니다. 건강 진료를 받으려면 ID 카드를 제시하고 적절한 코페이를 지불하십시오.

아래에 명시된 것처럼 산부인과 방문을 제외하고 병원, 전문의, 기타 건강 의료 공급자를 통해 진료 또는 치료를 받기 전에 반드시 첫 치료 및 상담에 대해서는 담당 PCP에게 연락해야 합니다. 이러한 공급자들이 추천한 모든 치료는 반드시 담당 PCP에 의해 승인되어야 합니다.

산과 또는 부인과를 전문으로 하는 당사 네트워크 소속 건강 의료 전문인으로부터 산과 또는 부인과 진료를 받기 위해 Health Net 또는 기타 다른 분(PCP 포함)의 사전 승인(HMO) 또는 사전 인가(HSP)

를 받지 않아도 됩니다. 하지만 건강 의료 전문인은 특정 서비스에 대한 사전 승인(HMO) 또는 사전 인가(HSP) 구하기, 사전 승인된 치료 계획 또는 의뢰서 발급을 위한 절차 따르기를 포함한 특정 절차를 준수해야 합니다. 산과 또는 부인과를 전문으로 하는 협약 건강 의료 전문인 목록은 Health Net 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에서 찾아볼 수 있습니다. 또한 공급자 정보를 요청하려면 1-877-609-8711번으로 전화하시거나 귀하의 공식 Health Net 중계인에게 문의해 주십시오. 정신장애, 약물 중독에 대한 진료를 받는 것에 대한 정보는 본 문서의 "정신 장애 및 약물중독 서비스" 섹션을 참조해 주십시오.

귀하 PCP는 협약 의료진 그룹이라 불리는 건강 의료 전문인으로 구성된 대형 그룹에 소속되어 있습니다. 전문의의 진료가 필요하면 귀하 PCP는 이 그룹내의 한 분에게 귀하를 의뢰해 드릴 것입니다.

## HSP가 귀하께 바른 선택일까요?

Health Net HSP를 선택하면 아무 PureCare HSP 협약 공급자에게 직접 갈 수 있습니다. *Health Net PureCare HSP* 협약 공급자 명부에서 진료 받고 싶은 공급자를 찾은 후 진료 예약을 정하면 됩니다. 협약 공급자들은 전액 납부금으로 약정된 요금이라 불리는 특별 요금을 받습니다. 귀하 비용 공유분은 이 약정 요율에 기초합니다. HSP 플랜의 모든 혜택(응급상황 및 긴급하게 필요한 진료 제외)은 반드시 보장을 받기 위해서는 협약 공급자에 의해 제공되어야 합니다.

귀하를 잘 알고 귀하가 신뢰하는 의료진과 지속적인 관계를 유지하는 것이 바른 건강 의료 프로그램의 중요한 일부라고 믿습니다. 그렇기 때문에 PureCare HSP에서는 귀하와 각 가족원에 대해 PCP를 선택해야 합니다.

PCP를 선택할 때 의료 진료를 합리적으로 이용할 수 있게 귀하 자택과 충분히 가까운 곳에 위치한 협약 의사를 선택하십시오. PCP를 선택하는 방법에 관한 정보와 Health Net PureCare HSP 서비스 지역에 있는 협약 PCP 목록은 Health Net 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에서 찾아볼 수 있습니다. 또한 공급자 정보를 요청하려면 1-877-609-8711번으로 전화하시거나 귀하의 Health Net 공식 중계인에게 문의해 주십시오. 일반의, 가정의, 내과의, 소아과 전문의, 산부인과 전문의(OB/GYN)를 PCP로 지정할 수 있습니다.

PureCare HSP 플랜에서 보장되는 비용의 일부는 비인증 벌칙금이 적용되지 않도록 하기 위해 인증 요구조건을 따라야 합니다. 다음 페이지에 있는 "HSP 플랜만을 위한 인증 요구조건"을 참조하십시오.

## 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)

일부 HMO 및 HSP 플랜의 경우, 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)이 특정 서비스에 있어 요구되며 최대본인부담금에 적용됩니다. 구체적인 정보는 혜택 도표를 참조하십시오. 귀하 플랜이 보험 혜택을 지불하기 전에 귀하는 반드시 연간 디덕터블에 상응한 인정된 서비스에 대한 보험 보장 비용 금액을 지불해야 합니다. 디덕터블이 만족된 후에는 개인 또는 가족 최대본인부담금이 충족되지 전까지 기타 적용 가능한 코페이(공동부담금)에 대한 지불의 책임이 귀하에게 있습니다. 만약 귀하가 2명 이상의 가족이 있는 가족 회원일 경우, 한 가족분에 대한 금액을 충족하거나 전체 가족이 가족 금액에 도달했을 때 디덕터블을 만족하게 됩니다. 가족 디덕터블은 개인 디덕터블의 2배입니다. 만약 플랜에 연간 디덕터블이 있다면 해당 디덕터블은 HMO Plus 플랜 또는 HSP Plus 플랜하에서 치과와 비전 서비스 혜택에 적용되지 않습니다. 본 고지의무서에 있는

"선택적 치과 및 비전 보장(19세 이상 대상)"을 참조해 주십시오. 또한 플랜에 연간 디덕터블이 있으면 HMO Plus 플랜 또는 HSP Plus 플랜하에서 치과 및 비전 서비스 혜택에 대한 코페이는 해당 디덕터블로 적립되지 않습니다.

## 최대본인부담금

귀하 또는 귀하 가족원이 보장되는 서비스 및 용품에 대해 지불해야 하는 코페이와 디덕터블은 개인 또는 가족 최대본인부담금(Out-Of-Pocket Maximum, OOPM)에 적용됩니다. 가족 OOPM은 개인 OOPM의 2배입니다. 귀하 또는 가족원이 귀하의 OOPM을 충족한 후에는 나머지 그해 보험년 동안에는 보장되는 서비스 및 용품에 대해 추가 금액을 지불하지 않습니다. 일단 가족의 개인 구성원이 본인의 개인 OOPM을 만족하게 되면 나머지 가입된 가족원들은 반드시 해당 가족이 지불한 코페이와 디덕터블의 총합이 가족 OOPM에 도달하거나 가입한 각 가족원이 개별로 개인 OOPM을 만족할 때까지 계속해서 코페이와 디덕터블을 지불해야 합니다. 건강 플랜이 보장하지 않는 서비스 또는 용품과 관련된 모든 비용 부과에 대한 책임은 귀하에게 있습니다. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스 또는 용품에 대한 납부 금액은 이 연간 OOPM에 적용되지 않습니다. HMO Plus 플랜 또는 HSP Plus 플랜의 치과 및 비전 서비스에 대한 코페이는 OOPM로 누적되지 않습니다. 본 고지의무서에 있는 "선택적 치과 및 비전 보장(19세 이상 대상)"을 참조해 주십시오. HSP 플랜의 경우, 필수로 인정된 것이 아닌 서비스에 대해 지불된 위약금은 연간 OOPM에 적용되지 않습니다(다음 페이지의 "HSP 플랜에만 적용되는 인증 요구조건" 참조). 가족 OOPM가 적용되기 위해서는 귀하와 가족이 반드시 가족으로 가입되어 있어야 합니다.



## HSP 플랜에만 적용되는 인증 요구조건

HSP 플랜의 경우, 특정 보험 보장 서비스에 Health Net(의료) 또는 공단(정신 질환, 약물 중독)의 서비스 받기 전 인증이라 불리는 심사 및 승인이 필요합니다. 이러한 서비스들을 받기 전에 인증을 받지 않으면 \$250의 비인증 위약금을 지불해야 합니다. 이러한 위약금은 최대본인부담금에 적용되지 않습니다. 당사는 때때로 사전인증 목록을 수정할 수 있습니다. 사전인증 목록에서의 항목 추가 및 삭제와 같은 변경사항은 협약 공급자에게 공지되며 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 웹사이트에 게시됩니다. 인증 받았다고 해서 보험 혜택으로 결정되는 것은 아닙니다. 이러한 서비스들 또는 용품들의 일부는 귀하 플랜에서 보장되지 않을 수 있습니다. 서비스 또는 용품이 인증 받았어도 수혜자격 규정과 보험 혜택 제한사항이 여전히 적용됩니다. 보험 혜택의 세부사항에 대해서는 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.

인증을 필요로 하는 서비스에는 다음이 포함됩니다.

### 1. 환자 입원<sup>1</sup>

다음에 포함하지만 이에 국한되지 않는 모든 유형의 시설.

- 급성 재활 센터
- 약물 중독 시설
- 호스피스
- 병원
- 행동 건강 시설
- 전문 요양 시설

### 2. 구급차: 비응급 항공 또는 지상 구급차 서비스

3. 응용행동분석(Applied Behavioral Analysis, ABA) 및 자폐증과 전반발달장애에 대한 기타 유형의 행동 건강 치료(Behavioral Health Treatment, BHT)

- 첫 6개월 동안은 진단 및 치료 계획의 통보 및 인증이 필요함. 6개월 후에는 지속적인 의료 필요성에 대해 사전 인증이 필요함

4. 연골세포 이식

5. 달팽이관 이식

6. 임상 시험

7. 맞춤 보장구

8. 피부과 - 입원환자 시술

- 피부 주사 및 이식
- 박피술/화학 박피
- 레이저 치료
- 화학 박피 및 전기분해

9. 내구성 의료장비:

- 뼈 성장 자극기
- 지속기도양압(Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)
- 맞춤 물품
- 병원 침대
- 전동 휠체어
- 스쿠터

10. 증진된 외부역박동술(Enhanced External CounterPulsation, EECp)

11. 선택적 제왕절개

12. 실험적/연구 조사적 서비스 및 신규 기술.

13. 유전자 검사

14. 신경 또는 척수 자극기

<sup>1</sup>유방절제(종괴절제 포함)에 따른 재건성형 또는 신장 투석에 대한 병원 입원 기간에 있어 인증은 필요하지 않습니다. 순산 후 첫 48시간, 제왕절개 후 96시간, 또는 전반발달장애 혹은 자폐증에 대한 행동 건강 치료를 위한 병원 입원 기간에 대해서도 인증이 필요하지 않습니다.

15. 작업 및 언어 치료(가정 환경에서의 치료 포함)
16. 외래환자 진단 시술:
  - 심장도관술
  - 컴퓨터 단층 촬영(Computerized Tomography, CT)
  - 심장초음파검사
  - 자기공명혈관조영술(Magnetic Resonance Angiogram, MRA)
  - 자기공명영상(Magnetic Resonance Imaging, MRI)
  - 단일광자방출컴퓨터단층촬영(Single Photon Emission Computed Tomography, SPECT)
  - 양전자방출단층촬영(Positron Emission Tomography, PET)
  - 수면 연구
17. 외래환자 의약품
  - 자가 주입 가능한 약물
  - 의사 진료실, 독립 운영 주사실, 외래수술센터, 외래환자 투석센터, 또는 외래환자 병원에서 받은 여부에 상관 없는 의사가 승인한 특정 약물. Health Net 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 가서서 인증이 필요한 의사 승인 약물을 확인하십시오.
18. 외래환자 의사 치료 및 침술(가정 방문을 포함한 12회 방문 초과)
19. 다음을 포함한 외래환자 외과 시술:
  - 척추수술
  - 비만 시술
  - 눈꺼풀성형(이마 처짐 포함)
  - 유방 축소 및 확대술
  - 치과 및 치과교정 서비스를 포함한 구개열 재건술
- 복부, 넓적다리, 엉덩이, 다리, 궁둥이, 아래팔, 팔, 손, 턱끝밑 지방 패드, 기타 부위의 절제, 과도한 피부, 피부밑 조직 (지방절제 포함)
- 지방흡입
- 여성형 유방증에 대한 유방 절제
- 턱교정 시술(TMJ 치료 포함)
- 귀성형
- 지방층절제
- 코성형
- 비중격성형술
- 전관절 대치(엉덩이, 무릎, 어깨)
- 정맥류 치료
- 목젓입천장인두성형(UPPP) 및 레이저 보조 UPPP
- 점막 증강술을 이용한 홍순절제
- 구강전정성형
- 엑스스탑(X-STOP)
- 구개파열 시술 위한 재건성형의 불가분한 일부로서 의학적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스. 구개열, 구순열, 또는 구개열과 관련된 기타 두개안면 기형.

  20. 총 청구 금액이 \$2,500을 초과한 보철물
  21. 방사선 치료
  22. 이식 관련 서비스
  23. 성전환 서비스

# 비응급 의료 서비스를 적시에 이용할 수 있는 접근성

캘리포니아 보건관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 비응급 건강 의료 서비스를 적시에 이용할 수 있는 접근성을 제공하도록 하는 새 조례(Title 28, Section 1300.67.2.2)를 제정하였습니다.

중증도 분류 또는 선별검사 서비스를 이용하려면 뒷 표지에 적혀 있는 Health Net

번호로 주 7일 24시간 언제든지 연락해 주십시오. Health Net는 보험 보장되는 건강 의료 서비스를 적시에 이용할 수 있도록 접근성을 제공합니다. 추가 정보는 개인 및 가족 플랜 HMO 또는 HSP의 플랜 계약서 및 EOC를 참조하시거나 뒷 표지에 있는 Health Net 고객센터서비스센터 전화번호로 연락해 주십시오.

## 선택적 치과 및 비전 보장(19세 이상)<sup>2</sup>

Health Net 개인 및 가족 플랜에는 19세 미만의 개인에 대한 소아 치과 및 비전 보장을 포함합니다. Health Net HMO Plus 플랜과 Health Net HSP Plus 플랜을 통해 19세 이상 분들은 선택적 치과 및 비전 보장을 이용할 수 있습니다. Health Net "Plus" 플랜은 Health Net 치과 및 비전 보장이 포함된

Health Net HMO 또는 HSP 플랜입니다. "Plus"는 선택 보장이 추가되었음을 표시합니다. 추가 정보는 본 공개서의 후반부에 있는 Plus 플랜 정보를 참조하거나, Health Net 공인 설계사에게 문의하거나 Health Net의 개인 및 가족 플랜부에 1-800-909-3447번으로 전화해 주십시오.

<sup>2</sup>치과 및 비전 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. 치과 혜택은 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP)가 관리합니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net of California, Inc.와 협약되어 있지 않습니다. Health Net는 비전 혜택을 제공하고 관리하기 위해 비전 서비스 공급자 위원인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 체결하였습니다. EyeMed Vision Care, LLC는 Health Net of California, Inc.의 계열사가 아닙니다.

## 플랜 개요 – Health Net Platinum 90 HMO

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

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 플랜 계약서와 보험 보장의 증표(EOC)를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net와 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 금액 코페이는 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임
평생 무제한 최대한도.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음
최대본인부담금(본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$4,000 / 가족: \$8,000
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>1</sup>	\$20
전문의 방문 <sup>1</sup>	\$40
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>2</sup>	\$20
예방 의료 서비스 <sup>1,3</sup>	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$40
임상병리 검사	\$20
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$150
재활/자활 요법	\$20
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술	시설: \$250 / 의사: \$40
<b>병원 서비스</b> 입원환자 병원 입원(산과 포함)	시설: 일일 \$250, 최대 5일 의사: \$40 <sup>4</sup>
전문 간호 의료	일일 \$150, 최대 5일 <sup>5</sup>
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	\$150
긴급진료	\$40
구급차 서비스(지상/항공)	\$150
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>6</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	시설: 일일 \$250, 최대 5일 의사/외과의: \$40
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$20 진료 방문 이외: \$0
<b>가정 건강 의료 서비스</b> (연간 100회 방문)	\$20
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능 약물 <sup>7</sup> (인슐린 제외):	10%, 처방전당 최대 \$250까지
<b>처방약 보장<sup>8, 9, 10, 11</sup></b> (협약 약국에서 구입 가능한 최대 30일분) 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$5
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$15
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$25

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
티어 IV (특별 약물) <sup>12</sup>	10%, 처방전당 최대 \$250까지
소아 치과 <sup>13</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 <sup>14</sup> 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

<sup>1</sup> 계획입신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.

<sup>2</sup> 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.

<sup>3</sup> 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매년 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.

<sup>4</sup> 단 1번의 입원환자 의사/외과의 서비스 코페이가 입원당 적용됩니다. 입원환자 의사/외과의 서비스 코페이는 입원환자 병원 시설 서비스 코페이와 동시에 징수됩니다. 입원환자로 첫 연속 5일 지난 후 추가 코페이가 부과되지 않습니다.

<sup>5</sup> 전문 요양 시설에 입원한 첫 연속 5일 후 추가 코페이가 부과되지 않습니다.

<sup>6</sup> 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.

<sup>7</sup> 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특화 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특화 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화 약품들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

<sup>8</sup> 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.

<sup>9</sup> 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.

<sup>10</sup> 급원제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

<sup>11</sup> 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net과 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간내로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특화약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특화약) 코페이로 보장할 것입니다.

<sup>12</sup> 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.

<sup>13</sup> 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net과 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.

<sup>14</sup> 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 관리하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Gold 80 HMO

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

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net과 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 금액 코페이는 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음
최대본인부담금(본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,200 / 가족: \$12,400
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>1</sup>	\$35
전문의 방문 <sup>1</sup>	\$55
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>2</sup>	\$35
예방 의료 서비스 <sup>1,3</sup>	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$50
임상병리 검사	\$35
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$250
재활/자활 요법	\$35
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술	시설: \$600 / 의사: \$55
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	시설: \$600/day up to 5 days 의사/외과의: \$55 <sup>4</sup>
전문 간호 의료	일일 \$300, 최대 5일 <sup>5</sup>
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: \$0
긴급진료	\$60
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>6</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	시설: 일일 \$600, 최대 5일 의사/외과의: \$55
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$35 진료 방문 이외: \$0
<b>가정 건강 의료 서비스</b> (연간 100회 방문)	\$30
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능 약물 <sup>7</sup> (인슐린 제외):	20%, 처방전당 최대 \$250까지
<b>처방약 보장<sup>8, 9, 10, 11</sup></b> (협약 약국에서 구입 가능한 최대 30일분) 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$70

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
티어 IV (특화약) <sup>12</sup>	20%, 처방전당 최대 \$250까지
소아 치과 <sup>13</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 <sup>14</sup> 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

- 1 계획입신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.
- 2 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.
- 3 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매년 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.
- 4 단 1번의 입원환자 의사/외과의 서비스 코페이가 입원당 적용됩니다. 입원환자 의사/외과의 서비스 코페이는 입원환자 병원 시설 서비스 코페이와 동시에 징수됩니다. 입원환자로 첫 연속 5일 지난 후 추가 코페이가 부과되지 않습니다.
- 5 전문 요양 시설에 입원한 첫 연속 5일 후 추가 코페이가 부과되지 않습니다.
- 6 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.
- 7 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.
- 8 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.
- 9 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.

- 10 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).
- 11 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net과 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.  
  
동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.
- 12 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.
- 13 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net과 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.
- 14 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 관리하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.



## 플랜 개요 – Health Net Silver 70 HMO

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

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net과 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 가입자 우선부담금의 대상입니다.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) <sup>1</sup>	개인: \$2,250 / 가족: \$4,500
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,250 / 가족: \$12,500
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>2</sup>	\$45 (디덕터블 면제됨)
전문의 방문 <sup>2</sup>	\$70 (디덕터블 면제됨)
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>3</sup>	\$45 (디덕터블 면제됨)
예방 의료 서비스 <sup>2,4</sup>	\$0 (디덕터블 면제됨)
X선 및 진단 영상 촬영	\$65 (디덕터블 면제됨)
임상병리 검사	\$35 (디덕터블 면제됨)
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$250 (디덕터블 면제됨)
재활/자활 요법	\$45 (디덕터블 면제됨)
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	20%(디덕터블 면제)
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	20%
전문 간호 의료	20%
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: \$50
긴급진료	\$90 (디덕터블 면제됨)
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>5</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	20%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$45 (디덕터블 면제됨) 진료 방문 이외: \$0 (디덕터블 면제됨)
<b>가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)</b>	\$45 (디덕터블 면제됨)
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%(디덕터블 면제)
호스피스 서비스	\$0 (디덕터블 면제됨)
자가 주사 가능 약물 <sup>6</sup> (인슐린 제외):	20%, 처방전당 최대 \$250까지(처방약 디덕터블 후)
<b>처방약 보장<sup>7,8,9,10,11</sup></b> (협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 처방약 연간 디덕터블	개인: \$250 / 가족: \$500
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15 (디덕터블 면제됨)
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$70



보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
티어 IV (특화약) <sup>12</sup>	20%, 처방전당 최대 \$250까지(처방약 디덕터를 후)
소아 치과 <sup>13</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터를 면제)
소아 비전 <sup>14</sup> 정기 눈 검사	\$0 (디덕터를 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍(디덕터를 면제)

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

<sup>1</sup> 본 플랜에서 특정 서비스와 용품에는 이러한 서비스와 용품이 보장 받기 전에 반드시 만족되어야 하는 연간 디덕터블이 적용됩니다. 그러한 서비스와 용품은 보장되는 비용이 디덕터블을 초과하는 범위까지만 보장됩니다.

<sup>2</sup> 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.

<sup>3</sup> 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.

<sup>4</sup> 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매년 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.

<sup>5</sup> 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.

<sup>6</sup> 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

<sup>7</sup> 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.

<sup>8</sup> 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.

<sup>9</sup> 처방약 디덕터블은 대부분의 복제약 및 저렴한 가격의 선호 처방약에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우, 처방약 디덕터블(연간)은 Health Net가 지불하기 시작하기 전에 반드시 지불되어야 합니다. 만약 귀하가 2명 이상의 가족이 있는 가족 회원일 경우, 한 가족분에 대한 금액을 충족하거나 전체 가족이 가족 금액에 도달했을 때 처방약 디덕터블을 만족하게 됩니다.

처방약 디덕터블은 최고흐름측정기, 천식 치료에 사용되는 흡입기 스페이서, 협약 약국을 통해 구입 가능한 당뇨병 용품 및 장비, 예방약, 여성 피임제는 적용되지 않습니다. 처방약 보장 비용은 Health Net와 계약된 약국 가격 또는 보장되는 처방약에 대한 해당 약국의 소매가격 이하입니다.

<sup>10</sup> 급원제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

<sup>11</sup> 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net와 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간내로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.

<sup>12</sup> 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.

<sup>13</sup> 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net와 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.

<sup>14</sup> 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 관리하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego, Yolo 카운티와 일부 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino, Santa Clara 카운티에서 제공됩니다.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적으로 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net와 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$4,000 / 가족: \$8,000
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>2</sup>	\$20
전문의 방문 <sup>2</sup>	\$40
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>3</sup>	\$20
예방 의료 서비스 <sup>2, 4</sup>	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$40
임상병리 검사	\$20
영상(CT/PET 스캔, MRI)	10%
재활/자활 요법	\$20
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	10%
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	10%
전문 간호 의료	10%
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$150 / 의사: 10%
긴급진료	\$40
구급차 서비스(지상/항공)	\$150
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>5</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	10%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$20 진료 방문 이외: \$0
<b>가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)</b>	10%
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능약품 <sup>6</sup> (인슐린 제외):	10%, 처방전당 최대 \$250까지
<b>처방약 보장<sup>7, 8, 9, 10</sup></b> (협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$5
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$15
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$25
티어 IV (특화약) <sup>11</sup>	10%, 처방전당 최대 \$250까지

보험 혜택 설명	회원 책임
소아 치과 <sup>12</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 <sup>13</sup> 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

- <sup>1</sup> 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.
- <sup>2</sup> 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.
- <sup>3</sup> 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.
- <sup>4</sup> 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매번 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.
- <sup>5</sup> 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.
- <sup>6</sup> 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.
- <sup>7</sup> 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.
- <sup>8</sup> 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.
- <sup>9</sup> 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

- <sup>10</sup> 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net와 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.

- <sup>11</sup> 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.
- <sup>12</sup> 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net와 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.
- <sup>13</sup> 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego, Yolo 카운티와 일부 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino, Santa Clara 카운티에서 제공됩니다.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적으로 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net와 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,200 / 가족: \$12,400
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>2</sup>	\$35
전문의 방문 <sup>2</sup>	\$55
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>3</sup>	\$35
예방 의료 서비스 <sup>2, 4</sup>	\$0
X-선 및 진단 영상 촬영	\$50
영상병리 검사	\$35
영상(CT/PET 스캔, MRI)	20%
재활/자활 요법	\$35
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	20%
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	20%
전문 간호 의료	20%
<b>공동부담금응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: 20%
긴급진료	\$60
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>5</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	20%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$35 진료 방문 이외: \$0
<b>가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)</b>	20%
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사 가능 약물 <sup>6</sup> (인슐린 제외)	20%, 처방전당 최대 \$250까지
<b>처방약 보장<sup>7, 8, 9, 10</sup></b> (협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$70
티어 IV (특화약) <sup>11</sup>	20%, 처방전당 최대 \$250까지



보험 혜택 설명	회원 책임
소아 치과 <sup>12</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 비전 <sup>13</sup> 정기 눈 검사	\$0
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

- <sup>1</sup> 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.
- <sup>2</sup> 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.
- <sup>3</sup> 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.
- <sup>4</sup> 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매년 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.
- <sup>5</sup> 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.
- <sup>6</sup> 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.
- <sup>7</sup> 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.
- <sup>8</sup> 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.
- <sup>9</sup> 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

- <sup>10</sup> 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net와 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.

- <sup>11</sup> 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.
- <sup>12</sup> 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net와 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.
- <sup>13</sup> 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego, Yolo 카운티와 일부 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino, Santa Clara 카운티에서 제공됩니다.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적으로 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net와 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도. 명시된 것처럼 혜택은 디덕터블의 대상입니다.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) <sup>2</sup>	개인: \$2,250 / 가족: \$4,500
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,250 / 가족: \$12,500
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>3</sup>	\$45 (디덕터블 면제)
전문의 방문 <sup>3</sup>	\$70 (디덕터블 면제됨)
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>4</sup>	\$45 (디덕터블 면제됨)
예방 의료 서비스 <sup>3,5</sup>	\$0 (디덕터블 면제됨)
X-선 및 진단 영상 촬영	\$65 (디덕터블 면제됨)
임상병리 검사	\$35 (디덕터블 면제됨)
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$250 (디덕터블 면제됨)
재활/자활 요법	\$45 (디덕터블 면제됨)
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	20%(디덕터블 면제)
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	20%
전문 간호 의료	20%
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: \$50
긴급진료	\$90 (디덕터블 면제됨)
구급차 서비스(지상/항공)	\$250
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>6</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	20%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$45 (디덕터블 면제됨) 진료 방문 이외: \$0 (디덕터블 면제됨)
<b>가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)</b>	\$45 (디덕터블 면제됨)
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	20%(디덕터블 면제)
호스피스 서비스	\$0 (디덕터블 면제됨)
자가 주사 가능 약품 <sup>7</sup> (인슐린 제외)	20%, 처방전당 최대 \$250까지(처방약 디덕터블 적용됨)
<b>처방약 보장<sup>8,9,10,11,12</sup></b> (협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 처방약 연간 디덕터블	개인: \$250 / 가족: \$500
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15 (처방약 디덕터블 면제됨)
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50 (처방약 디덕터블 적용됨)
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$70 (처방약 디덕터블 적용됨)
티어 IV (특화약) <sup>13</sup>	20%, 처방전당 최대 \$250까지(처방약 디덕터블 적용됨)

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1,2</sup>
<b>소아 치과<sup>14</sup></b> 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
<b>소아 비전<sup>15</sup></b> 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍(디덕터블 면제)

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

- 1 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.
- 2 본 플랜에서 처방약을 포함한 특정 서비스와 용품에는 이러한 서비스와 용품이 보장 받기 전에 반드시 만족되어야 하는 연간 디덕터블이 적용됩니다. 그러한 서비스와 용품은 보장되는 비용이 디덕터블을 초과하는 범위까지만 보장됩니다. 위에서 구체적으로 공지되지 않는 한 연간 디덕터블이 적용됩니다.
- 3 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.
- 4 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.
- 5 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매번 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.
- 6 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.
- 7 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.
- 8 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.
- 9 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.
- 10 처방약 디덕터블은 티어 I 처방약에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우, 처방약 디덕터블(연간)은 Health Net가 지불을 시작하기 전에 반드시 지불되어야 합니다. 만약 귀하가 2명 이상의 가족이 있는 가족 회원일 경우, 한 가족분에 대한 금액을 충족하거나 전체 가족이 가족 금액에 도달했을 때 처방약 디덕터블을 만족하게 됩니다. 처방약 디덕터블은 최고 흐름측정기, 천식 치료에 사용되는 흡입기 스페이서, 혈액 약국을 통해 구입 가능한 당뇨병 용품 및 장비, 예방약, 여성 피임제는 적용되지 않습니다. 처방약 보장 비용은 Health Net와 계약된 약국 가격 또는 보장되는 처방약에 대한 해당 약국의 소매가격 이하입니다.

- 11 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).
- 12 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net와 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.  
  
동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.
- 13 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.
- 14 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치료 플랜이며 Health Net와 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.
- 15 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Bronze 60 HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego, Yolo 카운티와 일부 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino, Santa Clara 카운티에서 제공됩니다.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net와 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도. 명시된 것처럼 혜택은 디덕터블의 대상입니다.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) <sup>2</sup>	개인: \$6,000 / 가족: \$12,000
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,500 / 가족: \$13,000
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>3</sup>	1-3회 방문: \$70 (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: \$70 (디덕터블 적용)
전문의 방문 <sup>3</sup>	1-3회 방문: \$90 (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: \$90 (디덕터블 적용)
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>5</sup>	1-3회 방문: \$70 (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: \$70 (디덕터블 적용)
예방 의료 서비스(시설 비용 및 의사/외과의 비용 포함) <sup>3,5</sup>	\$0 (디덕터블 면제됨)
X-선 및 진단 영상 촬영	100%
임상병리 검사	\$40 (디덕터블 면제됨)
영상(CT/PET 스캔, MRI)	100%
재활/자활 요법	\$70 (디덕터블 면제됨)
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술 (시설 이용료, 의사/외과의 비용 포함)	100%
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	100%
전문 간호 의료	100%
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	100%
긴급진료	1-3회 방문: \$120 (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: \$120 (디덕터블 적용)
구급차 서비스(지상/항공)	100%
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>6</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	100%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	진료 방문: \$70 (디덕터블 면제) 진료 방문 이외 방문: 0%(공제 금액 면제)
<b>가정 건강 의료 서비스</b> (연간 100회 방문)	100%
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	100%
호스피스 서비스	\$0 (디덕터블 면제됨)
자가 주사 가능 약품 <sup>7</sup> (인슐린 제외)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 디덕터블 적용됨)
<b>처방약 보장<sup>8,9,10,11,12,13</sup></b> 처방약(협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 처방약 연간 디덕터블	개인: \$500 / 가족: \$1,000



보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1,2</sup>
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 디덕터블 적용됨)
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 디덕터블 적용됨)
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 디덕터블 적용됨)
티어 IV (특화약) <sup>10</sup>	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 디덕터블 적용됨)
소아 치과 <sup>11</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
소아 비전 <sup>12</sup> 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍(디덕터블 면제)

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

1 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.

2 본 플랜에서 처방약을 포함한 특정 서비스와 용품에는 이러한 서비스와 용품이 보장 받기 전에 반드시 만족되어야 하는 연간 디덕터블이 적용됩니다. 그러한 서비스와 용품은 보장되는 비용이 디덕터블을 초과하는 범위까지만 보장됩니다. 위에서 구체적으로 공지되지 않는 한 연간 디덕터블이 적용됩니다.

3 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.

4 연간 디덕터블은 첫 3번의 비예방 방문 후 적용됩니다. 비예방 방문에는 긴급진료 방문, 전문의, 의사, 의사 보조인, 전문 간호사, 기타 의술인 진료 방문 또는 산후 진료 방문이 포함됩니다.

5 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net은 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.

6 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매번 임신할 때마다 착유기 I대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.

7 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.

8 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.

10 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.

11 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 음극 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

12 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net과 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net은 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net은 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.

13 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.

14 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net과 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.

15 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net은 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 플랜 개요 – Health Net Minimum Coverage HSP

PureCare HSP는 Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego, Yolo 카운티와 일부 El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino, Santa Clara 카운티에서 제공됩니다.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적으로 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

아래에 열거된 코페이 금액은 귀하가 받는 보장 서비스에 대해 귀하에게 부과되는 요금입니다. 코페이는 일정 금액 또는 Health Net과 계약을 체결한 공급자에 의해 사전에 동의한 서비스 혹은 용품에 대한 Health Net 비용의 백분율이 될 수 있습니다. 고정 코페이 금액은 서비스를 이용할 때 적용되며 지불 가능합니다. 백분율 코페이는 일반적으로 서비스를 받은 후 청구됩니다.

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1</sup>
평생 무제한 최대한도. 명시된 것처럼 혜택은 디덕터블의 대상입니다.	
<b>플랜 최대한도</b> 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)(처방약에도 적용됨) <sup>2</sup>	개인: \$6,850 / 가족: \$13,700
최대 본인부담금(연간 디덕터블 포함. 본 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스와 용품에 대한 지불금은 이 연간 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다.)	개인: \$6,850 / 가족: \$13,700
<b>전문가 서비스</b> 진료 방문 코페이 <sup>3</sup>	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
전문의 방문 <sup>3</sup>	0%
기타 의술 행위 진료 방문(의학상 필요한 침술 포함) <sup>5</sup>	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
예방 의료 서비스 <sup>3,6</sup>	\$0 (디덕터블 면제됨)
X-선 및 진단 영상 촬영	0%
임상병리 검사	0%
영상(CT/PET 스캔, MRI)	0%
재활/자활 요법	0%
<b>외래환자 서비스</b> 외래환자 수술	0%
<b>병원 서비스</b> 환자 병원 입원(산과 포함)	0%
전문 간호 의료	0%
<b>응급서비스</b> 응급실 서비스(입원시 코페이 면제)	0%
긴급진료	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
구급차 서비스(지상/항공)	0%
<b>정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스<sup>7</sup></b> 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애(입원환자)	0%
정신/행동건강/약물 남용 장애(외래환자)	1-3회 방문: 0% (디덕터블 면제) <sup>4</sup> / 4회 이상 방문: 0% (디덕터블 적용)
<b>가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문)</b>	0%
<b>기타 서비스</b> 내구성 의료 장비	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사 가능 약품 <sup>8</sup> (인슐린 제외)	0%
<b>처방약 보장<sup>9, 10, 11, 12</sup></b> (협약 약국에서 구입한 최대 30일분까지) 처방약 연간 가입자 우선부담금	의료 디덕터블과 합산
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	0%

보험 혜택 설명	회원 책임 <sup>1,2</sup>
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	0%
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	0%
티어 IV (특화약) <sup>13</sup>	0%
소아 치과 <sup>14</sup> 진단 및 예방 서비스	\$0 (디덕터블 면제)
소아 비전 <sup>15</sup> 정기 눈 검사	\$0 (디덕터블 면제)
안경(제한사항 적용)	연간 1쌍

**본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보장 약관에 대해서는 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.**

1 특정 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 자세한 내용은 플랜 계약서와 EOC를 참조해 주십시오.

2 본 플랜에서 처방약을 포함한 특정 서비스와 용품에는 이러한 서비스와 용품이 보장 받기 전에 반드시 만족되어야 하는 연간 디덕터블이 적용됩니다. 그러한 서비스와 용품은 보장되는 비용이 디덕터블을 초과하는 범위까지만 보장됩니다. 위에서 구체적으로 공지되지 않는 한 연간 디덕터블이 적용됩니다.

3 계획임신을 포함한 산전, 산후, 예방 의료에 대한 신생아 진료 방문은 전액 보장됩니다. "예방 의료 서비스"에 대한 코페이 목록을 참조해 주십시오. 진료 방문의 주된 목적이 예방 서비스와 관련 없거나 동일한 진료 방문 중 기타 비예방 서비스를 받을 경우, 비예방 서비스에 대한 코페이가 적용됩니다.

4 연간 디덕터블은 첫 3번의 비예방 방문 후 적용됩니다. 비예방 방문에는 긴급진료 방문, 전문의, 의사, 의사 보조인, 전문 간호사, 기타 의술인 진료 방문 또는 산후 진료 방문 및 정신 장애, 화학물 의존 외래환자 방문이 포함됩니다.

5 침술 방문, 물리, 작업, 언어 치료 방문, 일차진료 또는 전문의에 의해 제공되지 않거나 혹은 다른 혜택 범주에 명시되어 있지 않은 진료 방문을 포함합니다. 척추교정 서비스는 보장되지 않습니다. 척추교정 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다.

6 예방의료 서비스는 미국 질병예방 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 Grade A, B 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)에 의해 채택된 예방접종자문위원회 실천사항(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), 건강 자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 지원되는 유아, 어린이, 청소년, 여성 예방 건강 의료에 대한 지침에 기초하여 담당 의사로부터 받은 서비스가 어린이 및 성인에 대해 보장됩니다. 예방의료 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 정기 건강 평가, 예방접종, 임신에 대한 예방 의료 서비스를 포함한 진단적 예방 절차, 예방 비전 및 청력 선별 검사, 연방 식약청(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인된 인체유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 선별검사, FDA에 의해 승인된 자궁경부암 검사 옵션. 매번 임신할 때마다 착유기 1대와 작동하는데 필요한 용품들이 무료로 회원에게 보장됩니다. 당사가 장비 유형, 해당 장비의 렌트 또는 구입 여부, 업체 선정을 결정할 것입니다.

7 보험 혜택은 행동 건강 서비스를 제공하는 계열 행동 건강 관리 서비스 회사인 MHN Services에 의해 관리됩니다.

8 자가 주입 약물(인슐린 이외)은 특수 약물로 고려되며 반드시 계약을 체결한 특수 약국 업체에서 구입해야 합니다. 특화약은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다.

9 경구 복용 항암제에는 개인 처방 최대 30일분에 있어 최대 \$200의 코페이가 부과됩니다.

10 약국의 소매 가격이 적용 가능한 코페이 이하일 경우, 그 약국의 소매 가격만 지불하면 됩니다.

11 금연제, 식품의약청(FDA)의 승인을 받은 여성 피임제는 무료로 회원에게 보장됩니다. 예방 약품은 일반의약품으로 처방되거나 미국 예방서비스태스크포스 A, B 권장사항에 따른 건강 예방 목적으로 사용되는 처방약입니다. 보장되는 피임제는 일반의약품으로 구입 가능하거나 처방전으로부터 조제받을 수 있는 여성용 FDA 승인 피임제입니다. 유명상표 예방제 또는 여성 피임제를 조제 받을 때 복제약을 구입할 수 있을 때, 복제약과 유명상표 약의 비용 차액만을 지불하면 됩니다. 하지만 유명상표 예방제 또는 피임제가 의학적으로 필요하고 해당 의사가 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우, 유명상표 약을 무료로 조제받게 됩니다. 질, 구강, 경피, 응급 피임제는 처방약 혜택하에서 보장됩니다. 삽입, 주입 가능한 피임제인 IUD는 의료 혜택하에서 보장됩니다(의사가 투여할 경우).

12 필수 처방약(Rx Drug) 목록은 질병과 의료 상태에 대해 보장되는 승인된 의약품 목록입니다. 이것은 Health Net에 의해 준비되고 Health Net과 계약을 맺은 의사 및 협약 약국들에 배포됩니다. 이 목록에 있는 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. 보장에서 제외되거나 제한되지 않은 목록(이전에는 비처방집으로 알려짐)에 수록된 약들은 보장됩니다. 이 목록에 있는 수록되어 있지 않은 일부 약들은 Health Net의 사전 승인을 필요로 합니다. Health Net는 해당 회원의 의사가 의학적 필요성을 입증할 경우 본 목록에 수록되어 있지 않은 약을 티어 III 코페이로 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급하게 요청할 경우, 이러한 요청은 가능한 빨리 처리되어 Health Net에 해당 요청이 접수되고 Health Net가 요청한 결정을 내리는데 합리적으로 필요한 추가 정보가 접수된 후 24시간을 초과하지 않을 것입니다. 의사의 정기적 요청은 결정을 내리기 위해 Health Net가 요청한 합리적으로 필요한 정보가 Health Net에 접수된 후 해당 회원의 의료 상태 성격에 대해 적절한 시간대로 처리되어 72시간을 초과하지 않을 것입니다. 필수 처방약(Essential Rx Drug) 목록의 사본은 Health Net 고객센터서비스센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 수록된 번호로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

동등한 성분의 복제약이 있을 경우 복제약으로 조제될 것입니다. Health Net는 의학적으로 필요하다고 판단될 경우 특수약을 포함해 복제약이 있는 유명상표약을 티어 II, 티어 III 또는 티어 IV(특수약) 코페이로 보장할 것입니다.

13 티어 IV(특화약)는 Essential Rx Drug List에서 "SP"로 표시되며 Health Net의 사전승인을 필요하며, 보장을 받기 위해 특화약국을 통해 조제받아야 할 수 있습니다.

14 소아 치과 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에 의해 관리됩니다. DBP는 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가된 전문 치과 플랜이며 Health Net와 협약되어 있지 않습니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 개인 및 가족 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.

15 소아 비전 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공됩니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 관리하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

## 신청 방법

Health Net의 의료, 치과, 또는 비전 보장을 신청하려면

- 전화: 1-800-909-3447 또는
- 귀하의 Health Net 공식 설계사에게 연락하십시오.

종이 신청서를 작성한 경우,

- 일차진료의(Primary Care Physician, PCP)를 선택했는지 확인하십시오. Health Net의 의사 검색을 이용하면 PCP를 찾는 것이 쉽습니다. 가장 최근 목록을 찾으려면 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 로그인한 후 *ProviderSearch*으로 이동하십시오. 당사 개인 및 가족 플랜 네트워크 의사들의 전체 목록을 찾게되며 전문분야, 도시, 카운티, 또는 의사 성함별로 검색할 수도 있습니다. 또한 공급자 정보를 요청하려면 1-800-909-3447번으로 전화하시거나 귀하의 Health Net 공식 중계인에게 문의해 주십시오.
- 신청서에 서명한 후 날짜를 기입해 주십시오. (신청서에 열거한 18세 이상 분들은 반드시 신청서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.)
- 적용 가능한 보험료 납부금은 수표 체크를 Health Net 앞으로 작성한 후 동봉해 주십시오.
- 작성한 신청서와 수표 체크를 (서명한 날짜로부터 30일 이내에) 귀하의 공식 Health Net 설계사 앞 또는 다음으로 우송해 주십시오.

Health Net  
Individual & Family Coverage  
PO Box 1150  
Rancho Cordova, CA 95741-1150

## 귀하 의료 보장에 관해 알아두어야 할 중요한 사항

### 누가 가입할 수 있는가?

Health Net 개인 및 가족 플랜에 가입하려면 귀하는 반드시 다음에 해당되어야 합니다. (a) HMO 플랜의 경우 Health Net CommunityCare HMO 서비스 지역에 거주해야 하며, HSP 플랜의 경우 PureCare HSP 서비스 지역에 거주해야 하며, (b) 개방 가입 기간 중 또는 다음 페이지에서 정의된 것처럼 특별 가입 기간 중 가입 신청해야 합니다. 또한 배우자 혹은 65세 미만 동거인(정의에 대해서는 28 페이지 참조), 26세까지의 자녀가 부양가족으로 가입할 수 있습니다.

다음 분은 본 플랜에서 보장 자격이 없습니다. (a) 최소 필수 보장이 있는 그룹 플랜에 가입할 수 있는 분, (b) Medicare 혜택 수혜자격이 있는 65세 이상 분, (c) 투옥중인 분, (d) Medi-Cal 또는 다른 적용 가능한 주(州) 혹은 연방 프로그램 가입 자격이 있는 분.

개방 가입은 2015년 11월 1일부터 2016년 1월 31일까지이며, 그런 다음 연간 2016년 1월 1일 이후, 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

## 특별 가입 기간

개방 가입 기간 이외에 다음 사항을 포함하지만 이에 국한되지 않는 특정 사건이 발생한 후 60일 이내로 본 플랜에 가입할 수 있는 자격이 있습니다.

- 자발적 해지 또는 보험료 미납으로 인한 해약이 포함되지 않는 최소 필수 보장 플랜 상실(보장은 보험 상실한 후 다음 달 첫 번째 날에 시작됨),
- Medi-Cal하에서 의료적으로 필요한 보장을 상실함(자발적 해지 또는 보험료 미납으로 인한 해약이 포함되지 않음),
- Medi-Cal하에서 임신 관련 보장을 상실함(자발적 해지 또는 보험료 미납으로 인한 해약이 포함되지 않음),
- 부양가족이 생기거나 부양가족이 됨,
- 유효한 주(州) 또는 연방 법정 판결로 인해 부양가족으로 보장받아야 됨,
- 감옥에서 형기를 마치고 석방됨,
- 귀하의 건강 보장 계약이 본인의 건강 보장 발급자에 의해 상당히 위반된 자료적 조항을 있었다는 것을 California Exchange에 입증함,
- 영구적인 이사로 인해 새로운 건강 혜택 플랜을 이용할 수 있게 됨,
- 다음과 같은 상태에 대해 더는 건강 플랜에 참여하지 못하는 계약 공급자로부터 다른 건강 혜택 플랜하에서 서비스를 받았음:
  - (a) 급성 또는 중증 상태, (b) 말기 질환,
  - (c) 임신, (d) 36개월 미만의 신생아 진료,
  - (e) 계약 종료 180일 이내 또는 새로 보장을 받게된 회원의 보험 보장 효력발생일에 발생한 문서화된 치료 코스의 일부로 승인된 수술 또는 기타 시술.

- Exchange를 통해 제공된 건강 혜택 플랜에 관해 Covered California™에 또는 Exchange 이외에서 제공된 건강 혜택 플랜에 관해 관리보건부(Department of Managed Health Care)에 최소 필수 보험의 보장을 받는다고 잘못 통보받았기 때문에 바로 가입할 수 있었던 가입 기간 중 건강 혜택 플랜에 가입하지 못했다는 것을 입증.
- 복무 중 돌아온 미 예비군이거나 미국 규정 제32조하에서 복무 중 돌아온 캘리포니아 주(州) 방위군임.
- 새로 미국 시민권자가 되었거나 미국의 합법적인 영주권자가 됨.
- Covered California의 고의적인 부주의한 또는 오류 조치로 인해 Covered California에 가입할 수 없었음.
- 귀하 또는 귀하 부양가족에게 보험 플랜을 갱신할 수 있는 옵션이 있었지만 2015년에 종료되는 비역년 플랜에 가입해 있었음. 보험 보장을 상실한 날짜가 비역년 보장이 종료된 2015년 어느날이다.
- 가입 지원 또는 가입 활동을 행하는 비 Covered California 단체의 잘못된 행위로 인해 유자격 개인 또는 가입자 혹은 그 부양가족이 가입되지 못하였다고 Covered California에 의해 건별로 결정되었다. 또한
- 해당인 또는 가입자가 Covered California가 제공할 수 있는 기타 예외적인 상황에 부합된다는 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 발행한 지침에 따라 Covered California에 입증되었다.

## 동거인

가입자와 배우자가 캘리포니아 주(州) 가족 규정 제308(c)항의 모든 요구조건에 부합되는 커플이거나 가입자의 등록 동거인이 캘리포니아 주(州) 가족 규정 제297 또는 299.2항의 모든 요구조건에 부합되는 경우, 동거인은 가입자의 동성 배우자입니다.

## 월 고지서는 어떻게 청구되는가?

보험료는 해당 보험 보장월 첫째 날까지 반드시 Health Net에 납부되어야 합니다. 가입 효력발생일 이후 보험료가 인상되면 최소 60일 사전에 통보받게 됩니다. 보험 혜택의 변경사항을 포함해서 Health Net Individual & Family Plan HMO 또는 HSP 플랜 계약서 및 EOC에 변경사항이 발생할 경우, 최소 30일 이전에 통보받게 됩니다.

## 보험 혜택이 말소될 수 있습니까?

Health Net에 서면으로 통보하여 언제든지 귀하 보험 보장을 취소할 수 있습니다. 그러한 경우, 보험 말소는 Health Net에 귀하가 해지하겠다는 서면 통지서가 접수된 후 그 다음 달 첫째 날을 기해 그 효력이 발휘됩니다. Health Net에는 다음과 같은 사유로 인해 귀하의 보장을 개별적으로 해지할 권리가 있습니다.

- 보험료를 제때 납부하지 않았다 (Health Net는 보험료 미납부에 대해 귀하 보장을 해지할 당사 권리를 30일 전에 통보해 드립니다. 30일 사전 통보는 보험료 납부 마감일의 첫째 날 또는 그 전에 우송되며 지불된 보장의 마지막 날 이후에 시작되는 30일의 유예기간에 대한 설명을 담고 있을 것입니다. 보험료 납부 마감일의 첫째 날까지 보험료를 납부하지 않으면 Health Net는 30일의 유예기간 후 귀하 보험 보장을 말소할 수 있습니다.)
- 귀하 및/또는 귀하 가족원의 가입 자격이 중단되었다("누구에게 가입 자격이 있는가" 제목의 항을 참조).
- 사기 행위를 범했거나 본 계약의 약정에 있는 자료적 사실을 고의적으로 허위 진술하는 행위를 범했다. 일부 예제에는 다음이 포함됩니다. 귀하 또는 부양가족에 관한 가입 자격을 허위 진술함, 유효하지 않는 처방전 또는 의사 지시서를 제시함, 또는 Health Net 회원 ID 카드를 오용함 (또는 타인이 사용하도록 함).

Health Net는 90일 서면 통보서를 보냄으로써 귀하가 가입한 모든 보험에 관한 보장을 말소할 수 있습니다. 회원에게는 보장 말소 후 받은 서비스를 해당 공급자의 비회원 전용 비용으로 지불할 책임이 있습니다. 또한 이것은 보장 말소일에 병원에 입원해 있거나 지속적인 의료 상태에 대한 치료를 받고 있는 회원에게도 적용됩니다.

본인 또는 가족원의 보험 보장을 말소시킬 경우, 재가입 신청할 수 있지만 Health Net는 재량에 따라 가입을 거부할 수 있습니다.



## 사기 행위 또는 자료 사실의 고의적 허위 진술로 인해 보험 보장이 해지 또는 취소될 수 있습니까?

### 언제 Health Net가 플랜 계약을 해지 또는 취소할 수 있습니까?

보장이 시작된 후 첫 24개월 이내에 Health Net는 사기 행위 또는 귀하 또는 귀하를 대신하여 제출된 혹은 귀하 가입 신청서에 기재된 서면 정보의 자료 사실을 고의적으로 허위 진술한 경우 보험 플랜 계약을 해지할 수 있습니다.

Health Net는 보험 플랜 약정하에서 명시된 것처럼 사기 행위 또는 자료 사실의 고의적 허위 진술에 대해 플랜 계약을 취소할 수 있습니다.

자료 사실은 Health Net에 알려졌으면 Health Net가 보험 보장 발행을 거부하였을 정보입니다.

### 플랜 계약의 취소

플랜 계약이 취소되었으면 취소 통지서가 귀하께 우송되었을 것이며 취소는 취소 통지서가 우송된 날짜를 기해 그 효력이 발휘됩니다.

### 플랜 계약의 해지

플랜 계약이 해지되면 Health Net에게는 해당 플랜 계약하에서의 보장 조항에 대한 책임이 없습니다.

가입 신청서에 서명함으로써 귀하는 모든 답변이 사실이며, 모두 기재했으며 본인이 아는 한 모든 사실이 정확하다는 것을 나타내며 Health Net가 귀하의 가입 신청서를 받아들일 경우, 이 가입 신청서는 Health Net와 귀하간의 플랜 계약의 일부가 될 것입니다. 가입 신청서에 서명함으로써 해당 플랜 계약의 약정에 준수할 것이에 동의하게 됩니다.

가입 후 Health Net가 귀하 가입 신청서 정보를 조사할 경우, Health Net는 반드시 이 조사와 조사를 하게된 이유를 귀하에게 통보해야 하며 귀하가 답변할 기회를 제공해야 합니다.

Health Net가 귀하 보장을 해지할 결정을 내리면 그러한 결정은 Health Net에 의해 계약을 맺은 제3의 독립 감사자에게 먼저 보내져 검토될 것입니다.

### 플랜 계약이 해지되면 Health Net는 다음을 밝히는 30일 서면 통지서를 보험 말소가 시작되지 전에 보내드릴 것입니다.

1. 결정을 내린 이유 및 귀하의 이의제기 권리를 설명합니다.
2. 보장이 해지될 분을 제외한 귀하 보험하에서 보장을 받는 모든 회원들이 계속해서 보험 보장을 받을 수 있다는 것을 명확하게 밝힙니다.
3. 귀하의 매월 보험료가 해당 플랜 계약하에 남아있는 회원 수를 반영하기 위해 조정될 것임을 설명합니다.
4. Health Net의 보장 해지 결정에 이의신청할 수 있는 권리에 대해 설명합니다.

### 플랜 계약이 해지되면,

1. Health Net는 존재하지 않았던 것처럼 귀하 보장을 취소하고 이미 받은 치료에 대한 보장을 포함한 건강 혜택을 상실하게 됩니다.
2. Health Net는 귀하가 지불한 보험료 전액에서 Health Net가 귀하를 대신하여 지불한 의료 비용을 뺀 금액을 환불해 드리며 최초 보장일에서부터 플랜 계약하에서 지불된 금액을 귀하로부터 환수할 수 있습니다.
3. Health Net는 캘리포니아 주(州) 법에 따른 해지로 인해 발생한 기타 다른 법적 구제 수단을 행사할 권리를 보유하고 있습니다.

Health Net가 귀하의 이의제기를 거부할 경우, 귀하에게는 캘리포니아주(州) 관리보건부(Department of Managed Health Care)의 지원을 요청을 권리가 있습니다.

## 갱신 조항이 있습니까?

지금까지 설명했던 말소 조항의 구속을 받는 보장은 Health Net에 매월 선불을 납부한 경우 그 효력이 유지됩니다. 요금과 관련된 변경사항은 사전 60일전에 통보해드립니다. 보험 혜택 또는 계약 조항과 관련된 변경사항은 사전 30일 전에 통보해드립니다.

## Health Net가 보험 혜택을 조율합니까?

Health Net는 본 플랜하에서 소아 치과 혜택을 보장 받는 회원분들에 대한 혜택을 조율해 드립니다. 개인 보험의 의료 서비스에 대해서는 보험 혜택의 조율이 없습니다.

## 이용 심사란 무엇입니까?

Health Net 당사의 개인 및 가족 플랜하에서 보장되는 의료 서비스가 자원의 효율적, 신중하게 이용하도록 하고, 궁극적으로 지속적인 의료 품질의 향상으로 이끄는 정책 및 절차의 구속을 받도록 합니다. Health Net는 다음 주요 절차들에 따라 서비스의 승인 또는 거부를 기초합니다.

- 의학적 필요성과 적절한 의료 수준을 결정하기 위한 의료 서비스의 평가.
- 장기 또는 만성 의료 상태에 대한 사례 관리의 구현.
- 입원 수속과 비협약 공급자에 대한 의뢰의 심사 및 승인.
- 보장을 결정하기 위한 보험 혜택 범위의 심사.

Health Net의 이용 심사 시스템에 관한 추가 정보가 필요하시면 Health Net의 고객서비스센터에 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오.

## Health Net가 임상시험 참여 비용을 보장합니까?

I, II, III, IV상 임상 시험에 참여하게된 암 혹은 기타 생명을 위협하는 질병 또는 상태의 진단을 받은 환자에 대한 정기 환자 진료는 의학적으로 필요하고, 해당 회원의 주치의에 의해 권고되고, Health Net가 승인할 때 보장됩니다. 임상시험 참여는 해당 회원이 의미있는 잠재적 혜택을 받을 수 있으며 그 시험이 치료적 의도가 있다는 것에 대한 판단을 반드시 의사가 내려야 합니다. 추가 정보에 대해서는 *플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해* 주십시오.

## Health Net와 의견 불일치하는 사항이 있으면 어떻게 합니까?

받은 의료 품질에 만족하지 않거나, 서비스 거부 또는 청구에 오류가 있다고 생각하거나, 불리한 보험 혜택 결정의 대상이거나 그러한 결정을 받은 회원은 고충처리 혹은 이의제기를 제출할 수 있습니다. 불리한 보험 혜택 결정에는 다음이 포함됩니다. (a) 그 당시 특정 혜택에 불리한 영향을 미치지 않을지라도 보험 보장의 해지, (b) 본 Health Net 플랜에 가입할 수 있는 개인 가입자격의 결정, (c) 혜택이 보장되지 않는다는 결정, (d) 사전병력 제외 또는 부상 원인 제외에 기초하여 그렇지 않으면 보장되는 혜택의 제외 혹은 제한 또는 (e) 혜택이 실험적, 조사적, 또는 의학적으로 필요 혹은 적절하지 않다는 판단. 또한 플랜 회원은 분쟁 중인 건강 의료 서비스에 대해 해당



의료 서비스가 다음에 해당된다고 생각하면 관리보건부(Department of Managed Health Care)에 독립의료심사를 요청할 수 있습니다. 해당 회원 Health Net 플랜의 보장과 보험 지불이 Health Net 또는 이와 계약을 맺은 공급자에 의해 부적절하게 거부, 변경 또는 지연되었다고 생각함.

또한 Health Net가 의학적 필요성 부족으로 인한 거부에 제기한 회원의 이의제기를 거부하거나 실험적, 조사적 약물, 기기, 시술, 또는 요법과 관련된 요청한 치료에 대한 보장을 거부 혹은 이에 대한 보장을 지연할 경우, 회원은 플랜 계약서와 보험 보장의 증표에 명시된 유사적 기준에 부합될 경우 Health Net의 결정에 대해 관리보건부(Department of Managed Health Care)에 독립의료심사를 요청할 수 있습니다.

이의제기 과정의 결과에 만족하지 못한 회원은 해당 문제를 강제중재에 제출할 수 있습니다. Health Net는 의료사고를 포함한 분쟁을 해결하기 위해 강제중재를 이용합니다. 가입 조건으로 회원은 분쟁 해결에 대한 판결이 내리기 전에 배심원 또는 재판에 대한 권리를 포기합니다.

캘리포니아 주(州) 관리보건부(Department of Managed Health Care)에서 건강 의료 건강 보험 서비스를 관리하고 있습니다. Health Net에 대한 고충처리 사항이 있으면 관리보건부에 연락하기 전에 우선 Health Net에 1-877-609-8711번으로 전화하여 당사의 고충처리를 절차를 밟아야 합니다. 이러한 고충처리 절차를 활용해도 귀하에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급 상황과 관련된 고충처리, Health Net에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충처리, 또는 30일 이상 처리되지 않은 고충처리에 대해 도움이 필요한 경우 관리보건부로 연락주시기 바랍니다. 또한 귀하에게는 독립의료심사(IMR)의 자격이 있을 수도

있습니다. 귀하께서 개별 의료 심사(IMR)에 대한 자격을 가지고 있는 경우, 개별 의료 심사(IMR) 절차는 의학적 필요성에 의해 제안된 서비스 또는 치료에 관련한 건강 보험의 의학적 검토, 사실상 실험 또는 연구적인 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지급 논쟁에 대한 공정한 검토를 제공할 것입니다. 관리보건부에는 무료통화 번호인 (1-888-466-2219)번과 청각 및 언어 장애인을 위한 TTY 회선(1-877-688-9891)이 마련되어 있습니다. 관리보건부의 인터넷 웹 사이트인 <http://www.hmohelp.ca.gov>에서 불만 양식, IMR 신청서, 온라인 지침서를 찾아보실 수 있습니다.

## 이차 소견이 필요한 경우 어떻게 합니까?

HSP 플랜을 통해 Health Net 회원은 직접 의뢰서 없이 아무 PureCare HSP 협약 공급자로부터 진료를 받을 수 있습니다.

HMO 플랜에서 Health Net 회원에게는 다음과 같은 경우 이차 소견을 요청할 권리가 있습니다.

- 회원의 PCP 또는 의뢰의가 해당 회원이 만족하지 못하는 진단 또는 치료 계획을 권장한다.
- 회원은 받은 치료 결과에 만족하지 못한다.
- 회원은 사망, 관절 또는 신체 기능의 손실, 혹은 중증 만성 상태를 포함하지만 이에 국한되지 않은 상당한 장애의 위험이 있는 상태의 진단을 받거나 그러한 상태에 대해 권장되는 치료 계획을 받았다. 또는
- 회원의 PCP 또는 의뢰의가 해당 회원의 상태를 진단할 수 없거나 상충되는 검사 결과가 나왔다.

Health Net의 이차소견 정책의 사본을 받아보려면 Health Net 고객센터서비스센터에 1-877-609-8711번으로 연락해 주십시오.

## Health Net의 보험료 비율이란 무엇입니까?

Health Net의 2014년 보험료 비용 대 개인 및 가족의 HMO 및 HSP 플랜에 대해 지불된 건강 서비스 금액은 비율은 71.6 퍼센트였습니다.

## 관련된 당사자들은 어떤 관계입니까?

의료진 그룹, 계약 의사, 병원, 협약 공급자, 기타 건강 의료 공급자는 Health Net의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. Health Net와 그 직원들은 어떠한 의료진 그룹, 계약 의사, 병원, 또는 기타 건강 의료 공급자의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. 모든 당사자들은 독립 계약자이며 귀하에게 본인의 보장 옵션에 따른 보장 서비스 혹은 용품을 제공하기 위해 각자 계약을 맺습니다. 회원에게는 Health Net, 자사 에이전트 혹은 직원, 또는 의료진 그룹, 협약 공급자, 의사 또는 병원, 또는 귀하 플랜에 따른 보장 서비스 및 용품을 제공하기로 Health Net와 주선된 또는 주선을 맺을 기타 분 혹은 조직의 행위 또는 누락에 대한 책임이 없습니다.

## 공급자 계약을 말소 후 의료의 지속은 어떻게 됩니까?

Health Net의 의료진 그룹, 협약 공급자 또는 기타 공급자와의 계약이 말소되면 Health Net는 그러한 영향을 받은 회원을 다른 계약 의료진 그룹 혹은 협약 공급자에게 이전해 드리고 계속해서 의료 서비스를 받을 수 있도록 모든 노력을 다할 것입니다. 회원이 서비스에 대해 지정된 의료진 그룹, 협약 공급자 혹은 급성 진료 병원과의 계약이 말소되기 최소 60일 이전에 Health Net는 이에 영향을 받은 회원들분에게 서면 통지서를 보내드릴 것입니다. Health Net와의 계약이 말소된 기타 모든 병원들의 경우, 계약 말소가 시작되는 후 5일 이내로 영향을 받는 모든 회원들에게 서면 통지서가 보내집니다.

또한 다음에 대해 환자가 계약 말소 시 의료 서비스를 받고 있었을 경우, 해당 회원은 계약이 말소되는 공급자에게 계속해서 진료를 받을 수 있게 요청할 수 있습니다.

- 급성 의료 상태,
- 계약 말소 날로부터 12개월이 초과되지 않은 중증 만성 의료 상태,
- 임신(임신 기간 중 및 즉각적인 임신 후 진료 포함),
- 계약 말소일로부터 12개월이 초과되지 않은 생후 36개월까지의 신생아,
- 말기 질환(말기 질환을 앓고 있는 기간 중) 또는
- 문서화된 치료 코스의 일환으로 Health Net가 승인한 수술 또는 기타 시술.

Health Net는 계약이 말소된 공급자로부터 이전에 시작된 서비스가 끝날 때까지에 대한 보험 보장을 제공하지만 이에는 코페이가 적용되고, 본 플랜의 기타 예외규정과 제한사항이 적용되며, 단 그러한 공급자가 계약 말소 전에 적용된 동일한 계약 약정을 받아들일 때에만 가능합니다. 공급자의 계약 말소 30일 전에 요청할 수 없었고 지금에서야 요청하는 것이 최대한 빨리하게된 합리적인 사유를 제시하지 않는 한 반드시 해당 공급자의 계약 말소 30일 전에 의료의 지속을 요청해야 합니다.

의료의 지속을 요청하는 방법에 대한 추가 정보를 원하거나 의료의 지속 정책본 사본을 요청하려면 Health Net의 고객센터서비스센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 인쇄된 번호로 연락해 주십시오.

## 중증 정신 질환과 어린이 중증 감정 장애란 무엇입니까?

중증 정신 질환에는 정신분열병, 분열정동장애, 양극성 장애(조울병), 주요 우울증, 공황장애, 강박장애, 전반발달장애(자폐병, 레트장애, 소아기 붕괴성 장애, 아스퍼거 장애, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*의 가장 최근 개정판을 포함하지만 이에 국한되지 않는 전문가가 인정된 기준에 따라 비정형 자폐증으로 특정되지 않는 전반발달장애 포함), 자폐증, 신경성식용부진, 신경성거식증이 있습니다.

어린이 중증 감정 장애는 그 나이의 발달 기준에는 적절하지 않는 행동을 보이는 주요 약물 남용 장애 또는 발달 장애 이외의 가장 최신의 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 개정판에서 인식된 한 가지 이상의 정신 장애를 19세 미만의 어린이가

보유하고 있는 경우입니다. 또한 그러한 아동은 반드시 하나 이상의 다음 기준사항을 충족해야 합니다. (a) 정신 장애로 인해 아동은 다음 분야에서 최소 2가지 상당한 장애를 갖고 있어야 합니다. 자기 돌봄, 학교생활, 가족 관계, 또는 사회 생활, 또한 다음 중 한 가지: (i) 해당 어린이가 집에서 쫓겨날 위험에 있거나 이미 집에서 쫓겨났다. 또는 (ii) 정신 질환 및 장애가 6개월 이상 존재했거나 1년 이상 진행될 것 같다. (b) 해당 어린이는 다음 중 한 가지를 보인다. 정신병 증상, 정신 장애로 인한 자살 위험 또는 난폭성 위험, 및/또는 (c) 어린이가 정부 법령 제1조 26.5장(7570절에서 시작됨) 7안의 특수 교육 유자격 요구조건에 부합된다.

## 공급자가 생식 의료에 대한 서비스를 제한합니까?

일부 병원들과 기타 공급자들은 귀하 플랜의 플랜 계약서와 보험 보장의 증표하에서 보장될 수 있고 귀하 또는 귀하 가족 구성원이 필요로 할 수 있는 다음 서비스 중 하나 이상을 제공하지 않습니다. 가족 계획, 응급 피임, 출산시에 이루어지는 난관절찰술을 포함한 불임술, 불임증 치료, 또는 유산을 포함한 피임 서비스. 가입하기 전에 좀 더 자세한 정보를 얻으셔야 합니다. 가입 대상 서비스에 속한 의사, 의료 그룹, 독립 의료기관 협회 또는 클리닉로 전화하거나 또는 Health Net의 고객센터서비스센터에 1-877-609-8711 번으로 전화하여 필요한 건강 의료 서비스를 받을 수 있는지 여부를 확인하십시오.

## 공급자 환급 방법은 무엇입니까?

HMO 플랜의 경우 Health Net는 공급자에게 지불할 때 재정적 인센티브와 다양한 위험 분담 방법을 이용합니다. HSP 플랜의 경우 Health Net는 협정 요율에 따라 행위별수가제에 따라 협약 의료진과 기타 전문 공급자에게 지불합니다. 회원은 Health Net의 고객센터서비스센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 인쇄된 번호로 연락하여 당사 지불 방법에 대한 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

## 언제 어떻게 Health Net가 의료 청구서에 대해 지불합니까?

당사는 귀하께서 담당 협약 공급자 혹은 PCP로부터 진료를 받거나 HMO 플랜의 경우 담당 PCP가 전문의에게 의뢰서를 발급할 때 보장되는 서비스에 대해 지불을 조율합니다. 당사는 이러한 의료진과 청구서 양식을 작성하지 않도록 하는데 동의하였습니다. 그냥 귀하 Health Net 회원 ID 카드를 제시하십시오.

## 응급상황의 경우 담당 일차진료의 (PCP) 또는 협약 공급자의 진료를 먼저 받아야 합니까?

Health Net는 전 세계에 어느 곳에서 발생한 응급상황과 긴급하게 필요했던 진료에 대해 보험 보장을 제공합니다.

**심각한 응급상황:** 911로 전화하거나 가까운 병원으로 가십시오.

**상황이 그리 심각하지 않는 경우:** HMO 플랜 회원은 담당 일차진료의 혹은 의료진 그룹(의료) 또는 보험 행정실(정신 질환 또는 약물 중독 해독)로 전화해 주십시오. HSP 플랜 회원은 협약 공급자(의료) 또는 보험 행정실(정신 질환 또는 약물 중독 해독)로 전화해 주십시오.

전화를 걸 수 없고 의료 치료가 즉시 필요하면 가까운 의료센터 또는 병원으로 가십시오.

응급상황은 급성 질환, 새 부상 또는 기존에 앓고 있는 질환, 상태의 예상치 못한 상태 악화 혹은 합병증 발생, 또는 미성년자의 경우, 건강과 의학에 평균적인 지식을 갖고 있는 합리적 사람(분별력 있는 비전문가)이 생각하기에 즉각적인 치료가 필요하다고 판단하고, 즉각적인 치료 없이 없이는 다음과 같은 일이 발생할 것이라는 것에 대한 보장 서비스를 뜻합니다. (a) 건강이 심각한 위험에 초래할 수 있다(임산부의 경우 태아의 건강이 심각한 위험에 초래될 수 있음). (b) 신체 기능, 장기, 신체 일부가 심각한 손상을 입을 수 있다. 또는 (c) 신체 장기 또는 일부의 심각한 기능 장애가 초래될 수 있다. 응급진료에는 또한 중증 통증 혹은 활동 분만이 포함됩니다. 활동 분만은 다음 중 한 경우에 해당되는 분만입니다. (a) 출산하기 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족하다. 또는 (b) 이송은 태아의 건강과 안전에 위협이 될 수 있다. 또한 응급진료는 정신과적 응급 의료 상태가 존재하고 해당 시설의 능력내에 정신과적 응급 의료 상태를 완화 또는 제거하는데 필요한 의료와 치료를 결정하고 또는 해당 회원을 일반 급성 병원내의 정신과로 이송하거나 급성 정신과 병원으로 이송하는 것이 필요한가를 결정하기 위해 의사(법에 의해 허용되는 범위내의 본인의 면허와 특권의 범위내의 기타 다른 분)가 행하는 추가 선별검사, 검진, 평가를 포함합니다.

911번으로 전화했기 때문에 제공된 모든 항공 및 지상 구급차와 구급차 이송 서비스는 해당 요청이 응급 의료 상태(중증 정신 질환 및 아동의 중증 정서 불안 포함)에 대해 이루어졌다면 보장될 것입니다.

HMO 플랜의 경우, 응급상황 후 또는 긴급한 상황이 지났고 상태가 호전된 후의 모든 후속 진료(중증 정신 질환, 아동의 중증 정서 불안 포함)는 반드시 담당 일차진료의 혹은 의료진 그룹(의료) 또는 관리자(정신 질환, 약물 의존)에 의해 제공되거나 승인되어야 합니다. 그렇지 않으면 Health Net의 보험 보장을 받지 못합니다.

HSP 플랜의 경우, 응급상황 후 또는 긴급한 상황이 지났고 상태가 호전된 후의 후속 진료(중증 정신 질환, 아동의 중증 정서 불안 포함)는 반드시 Health Net(의료) 또는 관리자(정신 질환, 약물 의존)에 의해 승인되어야 합니다. 그렇지 않으면 보험 보장을 받지 못합니다.

### 특정 서비스에 대한 지불의 책임이 본인에게 있습니까?

보험 보장되는 서비스에 대해 협약 공급자에게 지불할 책임은 당사에게 있습니다. 코페이와 디덕터블을 제외하고 협약 공급자는 당사 보험 지불금을 초과하는 비용을 귀하에게 청구할 수 없습니다. 귀하에게는 다음에 대한 재정적 책임이 있습니다. (a) 해당 플랜의 플랜 계약서와 EOC에 명시되어 있는 보험 혜택 제한을 초과한 서비스, (b) 개인 및 가족 플랜에서 보장되지 않는 서비스. 개인 및 가족 플랜은 선불 요금, 코페이, 디덕터블, 개인 및 가족 플랜에서 보장되지 않는 서비스와 용품, 비협약 공급자로부터 받은 비응급 진료를 보장하지 않습니다.

### 비네트워크 청구에 대해 환급받을 수 있습니까?

일부 비협약 공급자는 서비스를 받을 때 요금을 지불하도록 요청합니다. 보장되는 서비스에 대해 요금을 지불해야 할 경우, 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 위해 당사에 청구서 사본, 요금 납부 증거, 응급실 혹은 긴급 진료 센터 확인서를 제출해 주십시오. HMO 플랜의 경우, 비협약 공급자로부터 받은 서비스에 대한 보장은 응급진료, 담당 의료진 그룹으로부터 반경 30마일 밖에 있었을 때, 긴급진료로 제한됩니다. HSP 플랜의 경우, 비협약 혹은 비네트워크 공급자로부터 받은 서비스에 대한 보장은 응급진료와 긴급하게 필요했던 진료로 제한됩니다.

### 어떻게 Health Net가 회원 정보의 비밀보장 및 공개를 처리합니까?

Health Net는 귀하 의무 기록에 있는 개인 정보의 비밀이 보장되어야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 따라서 당사는 모든 환경에서 귀하 개인 건강 정보를 보호합니다. 신청서 혹은 가입 양식의 일부로 Health Net 회원은 본인 의무 정보를 구하거나 공개하기 위한 정기적 동의서에 서명해야 합니다. 이 동의는 개인 건강 정보를 제공하고 향후에 정기적으로 이용하는 것이 필요하다는 것을 통보하고 동의를 구하기 위해 Health Net에 의해 사용됩니다.

이 동의에는 신청서, 청구, 이의제기 (독립심사기관으로의 공개 포함) 또는 고충처리를 심사, 조사 혹은 평가하거나 예방 건강 또는 예방 건강 관리 목적을 위해 해당 플랜하에 등록된 모든 가입자와 회원들의 의무 기록, 이용한 서비스 또는 받은 치료와 관련된 모든 기록의 구하거나 공개하는 것이 포함됩니다.

귀하의 의무 기록 또는 기타 개인 정보를 그러한 정보를 열람할 승인을 받지 않은 고용주 혹은 보험 중계인과 같은 누구에게나 공개하지 않습니다. 귀하가 당사에 서면으로 특별 동의서를 제출할 경우에만 그러한 정보를 공개할 것입니다. 그러한 정보를 귀하의 특별 동의서 없이 공개할 경우는 당사가 법규, 법정 지시 혹은 소환장에 따라야 할 경우입니다. 종종 Health Net는 총량 측정과 자료 보고 의무를 따라야 합니다. 그러한 경우 당사는 회원분들을 식별할 수 있는 정보를 절대 공개하지 않음으로써 귀하의 개인 정보를 보호합니다.

### 개인정보보호 정책

어떻게 귀하에 관한 개인 건강 정보가 사용되고, 공개되고, 귀하가 이러한 정보를 어떻게 열람할 수 있는가에 관한 자세한 내용은 해당 플랜의 플랜 계약서에 있는 "개인정보보호 정책에 관한 공지"를 참조해 주십시오.

## 어떻게 Health Net가 새로운 테크놀로지에 대처하는가?

새로운 테크놀로지는 특정 질환 혹은 의료 상태에 대해 최근에 개발된 절차, 약물, 기구이거나 기존에 존재한 절차, 약물 또는 기구를 새롭게 적용하는 방법입니다. 새로운 테크놀로지는 안전성과 효율성이 평가되는 임상 시험의 여러 단계 중 연구적 혹은 실험적인 것으로 고려되지만 결국

이 테크놀로지는 의료 치료 기준으로 용인받습니다. 이러한 테크놀로지는 임상 시험에 의해 안전성 혹은 효율성이 입증되지 않거나 적절한 의료 전문성에 의해 표준 의료로 고려되지 않으면 계속해서 연구적 혹은 실험적이라고 고려됩니다. 승인된 테크놀로지는 Health Net 혜택으로 통합됩니다.

Health Net는 적절한 전문의에 의한 방대한 의료 연구 심사를 통해 새로운 테크놀로지가 의학적으로 적절한지 또는 연구적 혹은 실험적인지 여부를 결정합니다. Health Net는 테크놀로지 또는 시술의 의학적 적절성 혹은 연구적 또는 실험적 상태를 결정하기 위해 독립 전문 의료 심사자에 의한 새로운 테크놀로지의 심사를 요청합니다.

또한 전문 의료 심사자는 또한 특정 테크놀로지에 대한 안내 원칙이 없거나 환자 의료 상태의 복잡성으로 인해 전문 평가가 필요할 때 환자에게 신속한 보장 결정이 필요하다면 Health Net에 조언을 제공합니다. 만약 Health Net요청된 치료가 연구적 혹은 조사적이란 근거로 인해 그 치료에 대한 보장을 거부하거나, 변경하거나, 지연할 경우, 관리보건부(Department of Manage Health Care)에 Health Net의 결정에 대한 독립의료심사(Independent Medical Review, IMR)을 요청할 수 있습니다. 추가 내용은 플랜 계약서와 보험 보장의 증표에 있는 "분쟁이 발생한 건강 의료 서비스의 고충처리에 대한 독립의료심사"를 참조해 주십시오.

## Health Net의 이용도 관리 절차는 무엇입니까?

이용도 관리는 건강 의료 관리에 있어 매우 중요한 요소입니다. 사전승인, 동시, 소급 심사와 의료 관리의 절차를 통해 당사는

회원들에게 제공된 서비스가 의학적으로 필요했고 해당 시설과 주어진 시간에 있어 적절했는지 확인하기 위해 평가를 진행합니다. 이러한 감독은 Health Net의 고품질 의료 관리 표준을 유지하는데 도움이 됩니다.

### **사전승인**

제시된 특정 서비스는 승인되기 전에 평가를 받아야 합니다. 해당 절차가 의학적으로 필요하고 적절한 시설(예: 입원, 통원수술 등)에서 계획된 것인지 평가하기 위해 증거 기반 기준이 사용됩니다.

### **동시 심사**

이 절차는 환자 입원 또는 외래환자 가정 의료 서비스를 받는 중처럼 회원의 경과를 보면서 동시 기준에 따라 입원과 특정 외래환자 상태를 계속해서 승인합니다.

### **퇴원 계획**

이 동시 심사 과정의 요소는 회원의 안전한 퇴원에 대한 계획이 의사의 퇴원 지시와 함께 이루어지는 확인하고 필요한 경우 후속 병원 서비스를 승인하기 위함입니다.

### **소급 심사**

이 의료 관리 절차는 서비스가 제공된 후 사례별로 의료 서비스의 적절성을 평가합니다. 이것은 일반적으로 사전 승인이 필요했지만 받지 않았던 사례에 대해 이루어집니다.

### **의료 또는 사례 관리**

간호사 의료 관리자는 주요 급성 및/또는 만성 장기 건강 문제에 대해 회원(그 가족도 포함)에게 지원, 교육, 안내를 제공합니다. 의료 관리자는 회원, 회원 담당 의사, 지역사회 자원과 긴밀하게 협조합니다.

## **추가 상품 정보**

### **정신 장애 및 약물 의존 서비스**

정신 장애 및 화학물 의존 혜택은 이러한 혜택들을 집행하기 위해 Health Net와 계약을 맺은 계열 행동 건강 집행 서비스 회사(관리자)인 MHN Services에 의해 집행됩니다. 협약 정신 건강 전문가의 진료를 받을 필요가 있을 경우, Health Net의 고객센터센터에 Health Net ID 카드 뒷면에 인쇄되어 있는 번호로 전화해 주십시오. 관리자는 귀하가 진료 예약을 잡을 수 있는 귀하 거주지 혹은 직장 근처에 있으며 네트워크에 소속된 협약 정신 건강 전문가, 협약 독립 진료의, 또는 하도계약 공급자 협회(IPA)를 식별하는데 도움을 드릴 것입니다.

정신 장애와 화학물 의존에 대한 특정 서비스 및 용품은 보장을 받기 위해 관리자에 의한 사전승인(HMO) 혹은 사전인증(HSP)이 필요할 수 있습니다. 사전승인(HMO) 또는 사전인증(HSP)은 외래환자 진료 방문에 필요하지만 관리자와의 자발적 등록이 권장됩니다.

어떤 것에 사전승인(HMO)이 필요하고 어떤 것에 관리자에 의한 사전인증(HSP)이 필요한가를 포함한 정신 장애와 화학물 의존 서비스 및 용품에 대한 추가 전체 설명은 Health Net 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서 및 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

## 처방약품 프로그램

Health Net는 캘리포니아 주(州)의 슈퍼마켓안에 있는 약국과 개인 약국을 포함한 다수의 주요 약국들과 계약되어 있습니다. 편리한 곳에 위치한 협약 약국을 찾기 위해서는 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주시거나 Health Net의 고객센터센터에 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오.

구체적인 예외규정과 제한사항이 처방약 프로그램에 적용됩니다. 전체 세부내용에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 *플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해* 주십시오. 수량, 용량, 치료 기간의 제한이 일부 약물에 적용될 수 있다는 것을 꼭 기억해 주십시오.

**우편 주문 약물 프로그램에 의한 관리 처방약**  
처방약이 관리약인 경우, 당사의 편리한 우편 주문 프로그램을 통해 조제받을 수 있는 옵션이 있습니다.

관리약은 회원이 약물 치료에 좋은 반응을 보일 때 만성 또는 장기 상태를 관리하기 위해 계속해서 복용해야 하는 처방약입니다. 우편 주문 관리자는 보장되는 관리약과 해당 주문에서 허용되는 각 재조제(리필)에 최대 90일 연속 복용량만을 조제해 드릴 수 있습니다. 또한 관리약은 우편 주문 혜택하에 CVS 소매 약국에서 구입할 수도 있습니다. 처방약 주문 양식서와 추가 정보는 고객센터센터에 1-877-609-8711 번으로 문의하여 구할 수 있습니다.

## 주의

Schedule II 마약성 약물은 우편 주문을 통해 보장되지 않습니다. 추가 정보에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 *플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해* 주십시오.

**Health Net "필수 처방약 목록": 티어 I 약물 (대부분의 복제약과 필수 약물 목록에 등재된 경우의 선호 유명상표약), 티어 II 약물(비선호 복제약과 선호 유명상표약, 최고흐름측정기, 흡입기 스페이서, 필수 약물 목록에 등재된 경우의 인슐린과 당뇨병 용품)**

Health Net 필수 처방약 목록(또는 처방집 혹은 목록) 질병과 의료 상태에 있어 보장되는 의약품 승인 목록입니다. Health Net 회원들을 위한 가장 안전하고 가장 효과적인 의약품을 식별하는 한편 저렴한 약국 혜택을 유지하기 위해 개발되었습니다.

당사는 모든 Health Net 협약 공급자, 계약을 맺은 PCP와 전문으로 하여금 Health Net 회원인 환자에게 약을 처방할 때 이 목록을 참조하도록 제의합니다. 담당 의사가 필수 조제약 목록에 등재된 의약품을 처방할 때 이 목록은 귀하께서 높은 가치의 고품질 의약품을 받게합니다.

필수 조제약 목록은 Health Net의 약국 및 치료제(Pharmacy and Therapeutics, P&T) 위원회의 의견에 기초해 정기적으로 갱신됩니다. 이 위원회의 회원들은 다양한 의료 전문 분야에서 현재 진료 활동하고 있는 의사와 임상 약사들입니다. 투표권을 행사하는 회원들은 이들의 경험, 지식, 전문성에 기초하여 캘리포니아 주(州) 전반에 걸쳐 계약 의료 그룹에서 모집됩니다. 또한 P&T 위원회는 추가 의견을 위원회에 제공하기 위해 기타 의료



전문가들을 상담을 자주 받습니다. 필수 처방약 목록과 약물 사용 지침서는 새 임상 정보와 새 약물이 이용 가능할 때마다 갱신됩니다. 이 목록을 자주 갱신하기 위해 P&T 위원회는 임상적 효율성, 안전성, 전반적 가치를 다음을 통해 평가합니다.

- 의학, 과학 출판물.
- 관련 활용 경험
- 의사 추천.

Health Net의 가장 최신 필수 처방약 목록의 사본을 구하려면 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문하시거나 Health Net의 고객센터센터에 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오.

### 티어 III 약물

티어 III 약물은 Tier III로 등재되어 있거나 필수 조제약 목록에 등재되어 있지 않지만 보장에서 제외되지 않는 비선호 유명상표 처방약입니다.

### 티어 IV (특화 약물)

티어 IV(특화 약물)는 제한된 약국에서 이용 가능하거나 유통되고, 경구로 자가 복용 가능하거나, 국소적으로 적용하거나, 흡입 또는 수련 혹은 임상적 모니터링을 필요로 하는 주사(피하층, 근육내, 또는 정맥내)로 복용 가능하거나, 생물 공학을 이용하여 제조되거나 Covered California 에서 고비용으로 명시된 특정 처방약입니다. 티어 IV(특화 약물)는 필수 처방약 목록에서 "SP"로 표시됩니다. 특화 약물 목록은 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에서 Health Net의 필수 처방약 목록을 참조해 주십시오.

모든 티어 IV(특화 약물)는 Health Net의 사전 승인을 필요로 하고 보장을 받으려면 특화 약국 업체를 통해서만 조제받아야 할 수 있습니다. 티어 IV(특화 약물)는 우편 주문을 통해 이용 가능하지 않습니다.

혈우병 치료제를 포함한 자가 주입 약물 (인슐린 이외)과 특화 약물하에 포함된 이러한 자가 주입 약물에 사용되는 주사 바늘과 주사기는 사전 승인을 받아야 하고 반드시 Health Net와 계약을 맺은 특화 약국 업체를 통해 구입해야 합니다. 담당 PCP 또는 치료 주치의는 승인을 조율해 드릴 것이며, 승인이 내려지면 특화 약국 업체가 해당 약물, 주사 바늘, 주사기를 구해드릴 것입니다. 특화 약국 업체는 귀하에게 이러한 의약품을 전달하기 위해 귀하께 직접 연락할 수도 있습니다.

### "사전 승인"이란 무엇입니까?

일부 티어 I, 티어 II, 티어 III 처방약에는 사전 승인이 필요합니다. 이는 즉 담당 의사가 반드시 Health Net에 사전에 연락하여 해당 의약품 처방하는 의료적 사유를 밝혀야 하는 것을 의미합니다. 담당 의사의 사전 승인 요청이 접수되면 Health Net는 제출된 정보를 평가하고 특정 의약품에 대해 수립된 임상 기준에 따라 결정을 내립니다. 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문하거나 Health Net 고객센터센터에 표지 뒷면에 인쇄된 번호로 연락하여 사전 승인이 필요한 약물 목록을 받으실 수 있습니다.

사전 승인에 사용된 기준은 Health Net P&T 위원회뿐만 아니라 전문의의 의견에 따라 수립됩니다. 담당 진료의는 특정 의약품에 대한 이용 지침을 구하기 위해 Health Net에 연락을 취할 수 있습니다.

Health Net가 승인을 거부하면 거부 사유가 포함된 서면 통신문을 받게 되십시오. 이 결정에 동의할 수 없는 경우, 이의제기를 할 수 있습니다. 본 안내서의 앞에 있는 "Health Net와 동의할 수 없는 경우 어떻게 합니까?"를 참조해 주십시오.

## 처방약 프로그램 예외규정 및 제한사항

약국 서비스에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택하에서 보장될 수 있습니다. 아래 수록된 예외규정과 제한사항 이외에 처방약 혜택은 해당 플랜의 일반 예외규정 및 제한사항의 구속 대상입니다. 좀 더 자세한 내용은 **플랜 계약서와 EOC**를 살펴보아 주십시오.

- 알레르기 혈청은 의료 혜택으로 보장됩니다.
- 복제약이 있는 유명상표약은 Health Net의 사전 승인 없이는 보장되지 않습니다.
- 기구에 대한 보장은 피임 기구, 최고흐름측정기, 흡입기 스페이서, 당뇨병 용품으로 제한됩니다. 기타 다른 기구들은 협약 의사가 처방했다더라도 보장되지 않습니다.
- 비만 치료를 위해 처방된 약물은 병적 비만 치료를 위해 의학적으로 필요한 경우를 제외하고는 보장되지 않습니다.
- 일반 감기 기간을 단축시키기 위해 처방된 약물.
- 실험적 약물("주의 - 연방법에 의해 연구 사용으로만 제한됨"이라는 라벨이 부착된 것). 약물이 연구적 또는 실험적이란 이유로 해당 약물의 보장이 거부된 경우, 귀하에게는 독립의료심사의 권리가 있습니다. 자세한 정보는 본 책자의 "Health Net과 동의하지 않을 경우 어떻게 합니까?" 섹션을 참조해 주십시오.
- 인슐린 주사바늘, 주사기, 특정 펜 기구 상표를 제외한 피하 주사바늘 또는 주사기.
- 플라스틱, 개별 용량 혹은 알루미늄 패키지로 조제되는 개별 약물 용량, Health Net가 사용 편리를 위해 사용되는 판단 내린 용량 형태는 의학적으로 필요한 경우나 해당 의약품이 오직

그러한 형태로만 이용 가능할 경우에만 보장됩니다.

- 우편 주문 약물은 연속 90일 복용량까지 보장됩니다. 또한 관리약은 Bronze와 Minimum Coverage 플랜을 제외하고는 우편 주문 혜택하에 CVS 소매 약국에서 구입할 수도 있습니다.
- 일부 약물은 FDA의 이용 권고량 또는 Health Net의 이용 지침에 따라 코페이당 특정 수량 제한의 구속을 받습니다. "필요에 따라" 기준으로 복용하는 약물에는 특정 수량, 기본 패키지, 작은병, 앰플, 튜브, 기타 표준 단위에 따른 코페이가 있을 수 있습니다. 그러한 경우, 조제되는 약물 양은 연속 30일 복용량 이하일 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우, 담당 의사는 Health Net에 대량 수량을 요청할 수 있습니다.
- 처방 없이 이용 가능한 의료 장비와 용품 (인슐린 포함)은 당뇨병 관리와 치료를 위한 경우나 금연제를 포함한 미국 예방 서비스 태스크 포스(U.S. Preventive Services Task Force) A, B 권장사항에 따라 예방 목적을 위하거나 FDA가 승인한 여성 피임을 위한 경우 보장됩니다. 처방전 없이 구입할 수 있는 기타 다른 처방약, 의료 장비 혹은 용품은 그러한 약, 장비, 용품에 대해 의사가 처방전을 발급할지라도 보장되지 않습니다. 하지만 처방약 또는 일반의약품(Over-The-Counter, OTC)의 더 높은 용량은 처방을 받아야지만 구입할 수 있는 경우, 이 좀 더 높은 용량의 약물은 의학적으로 필요한 경우 보장될 수 있습니다. 이전에는 처방전이 있어야만 구입할 수 있었던 약이 이제 처방전과 동일한 강도가 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있게 되면 유사한 물질이고 거의 동등한 임상효과가 있는 처방약은 의학적으로 필요하고 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우에만 보장됩니다.

- 응급상황 또는 긴급진료가 필요한 상황을 제외하고 Health Net 약국 네트워크에 속해 있지 않은 약국에서 조제받은 처방약.
- 회원 또는 협약 의사가 아니거나 승인된 전문의가 아닌 의사가 처방한 처방약은 해당 의사의 서비스가 승인되었거나 의료 응급 상태, 질병 혹은 부상으로 인하거나 긴급하게 필요한 진료이거나 또는 구체적으로 명시된 경우를 제외하고는 보장되지 않습니다.
- 분실, 도난, 또는 손상된 의약품의 교체.
- FDA의 또는 Health Net가 표시한 권장 사용 용량을 초과한 처방약의 복용량은 의학적으로 필요한 경우이거나 Health Net의 사전 승인을 받은 경우를 제외하고는 보장되지 않습니다.
- 본 플랜에 의해 보장되지 않는 상태 또는 치료에 대해 처방된 약물은 보장되지 않습니다. 하지만 합병증(예: 성형 수술 후 생명이 위협되는 합병증)이 정기적 후속 진료를 받기 이전에 심각해질 경우, 해당 플랜은 비보장 서비스와 직접 관련된 의료 상태에 대해 의학적으로 필요한 약물을 보장합니다.
- 성기능장애를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우 약물(자가 주입 가능한 의약품 포함)은 30일 기간에 최대 8번으로 투여량으로 제한됩니다.

**이것은 단지 요약서입니다.** 포괄적 목록에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

## 침술 의료 프로그램

침술 서비스는 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와 고품질의 저렴한 침술 보장을 제공하기 위해 계약을 체결하였습니다. 이 프로그램을 통해 ASH 플랜과 계약을 맺은 침술사의 명부에서 계약을 체결한 침술사를 선택하여 서비스를 받을 수 있습니다.

ASH 플랜은 보장되는 침술 서비스를 주선해 드립니다. 협약 공급자, 진료의 또는 담당 PCP의 의뢰서 없이 계약된 아무 침술사를 이용할 수 있습니다.

계약이 체결된 아무 침술사로부터 보장되는 침술 서비스를 받을 수 있으며 보장되는 침술 서비스를 받게되는 침술사를 방문하기 전에 계약이 체결된 침술사를 사전에 지정할 필요가 없습니다. 다음과 같은 경우를 제외하고 반드시 계약이 체결된 침술사로부터 보장되는 침술 서비스를 받아야 합니다.

- 계약이 체결되지 않은 침술사를 포함한 침술사로부터 응급 침술 서비스를 받을 수 있습니다.
- 거주하고 있는 카운티에서 보장되는 침술 서비스가 없고 이용할 수 없으면 ASH 플랜에서 의뢰서가 발급된 후 이웃 카운티에 있고 이용할 수 있는 계약이 체결되지 않은 침술사로부터 보장되는 침술 서비스를 받을 수 있습니다.

다음은 제외하고는 모든 보장되는 침술 서비스에는 ASH 플랜의 사전 승인이 필요합니다.

- 계약이 체결된 침술사에 의한 새 환자 검진과 전문가가 인정하는 진료 표준의 범위와 일치하는 보험 보장되는 침술 서비스인 새 환자 검진에 있어 의학적으로 필요한 서비스의 조항 또는 시작. 또한
- 응급 침술 서비스.

## 침술 의료 프로그램 예외규정 및 제한사항

침술 의료 프로그램에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택하에서 보장될 수 있습니다. 좀 더 자세한 내용은 해당 플랜의 플랜 계약서와 EOC를 살펴보아 주십시오.

- 보조기와 보조 서비스는 보장되지 않습니다.
- 캘리포니아 주(州) 밖에서 진료하는 침술사에 의해 제공된 서비스는 응급 침술 서비스와 관련된 것을 제외하고는 보장되지 않습니다.
- MRI 또는 체열촬영을 포함한 진단 방사선 영상은 보장되지 않습니다.
- X-선, 임상병리 검사, X-선 이차 소견.
- 최면요법, 행동 훈련, 수면요법, 체중 프로그램은 보장되지 않습니다.

- 교육 프로그램, 비의료 스스로 돌봄, 자가 도움 훈련, 관련 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 계약을 체결하지 않은 침술사에 의해 이루어진 서비스 또는 치료는 응급 침술 서비스와 관련된 것을 제외하고는 보장되지 않습니다.
  - 캘리포니아 주(州)에서 면허 인가를 받은 침술사의 면허 범위내에서 이루어진 서비스만이 보장됩니다.
- 이것은 단지 요약서입니다. 포괄적 목록에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

## 소아 비전 의료 프로그램(출생부터 18세까지)

안경류 혜택은 Health Net에 의해 제공됩니다. Health Net는 안경류 혜택을 제공하고 관리하기 위해 비전 서비스 공급자 위원인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 체결하였습니다. EyeMed Vision Care는 안경사들과 안경광학 실험실들로 이루어진 네트워크를 통해 안경류 혜택을 제공합니다. 검안 검사는 협약 공급자 또는 의료진 그룹을 통해 제공되거나 EyeMed Vision Care를 통해 시력 검사 예약을 정할 수 있습니다. 협약 안경점을 찾으려면 Health Net 비전 프로그램에 1-866-392-6058번으로 전화하거나 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

전문 서비스	코페이
정기 산동검사가 포함된 눈 검진	\$0 <sup>1</sup>
콘택트렌즈 검사 기본 콘택트렌즈 피팅 및 후속 방문	최대 \$55
고급 콘택트렌즈 피팅 및 후속 방문	소매가격에서 10% 할인
<p><b>제한:</b>  <sup>1</sup>전문가가 인정한 진료 표준에 따라 본 플랜은 매년 한 번의 시력 검사를 보장합니다.</p> <p><b>주의:</b> 콘택트렌즈 검사는 회원의 시력 검사 이외에 추가로 받아야 하는 검진입니다. 초기 피팅 검사 이후의 콘택트 렌즈 후속 방문에 대한 추가 코페이가 없습니다.</p> <p>보험 혜택은 기타 다른 할인, 판촉 제공 또는 기타 그룹 보험 혜택 플랜과 함께 사용할 수 없습니다. 허용한도는 단 한번 사용하는 혜택입니다. 남은 잔액이 없습니다.</p> <p>표준 콘택트 렌즈에는 소프트, 구면, 일일 착용 콘택트 렌즈가 있습니다.</p> <p>고급 콘택트 렌즈에는 난시렌즈, 이중초점, 다초점, 미용 컬러, 수술후, 가스 투과 콘택트 렌즈가 있습니다.</p>	

재료(안경테와 렌즈)	코페이
공급자 선택 안경테(12개월마다 1개)	\$0
기본 플라스틱 안경 렌즈(12개월마다 1쌍) • 단일시, 이중초점, 삼중초점, 수정체 • 유리 또는 플라스틱	\$0
선택적 렌즈와 처리에는 다음 포함: • UV 처리 • 틸트(패션, 그레디언트, 유리-회색) • 기본 플라스틱 스크래치 방지 코팅 • 기본 폴리카보네이트 • 포토크로믹 / 트랜지션 플라스틱 • 기본 반사 방지 코팅 • 편광 렌즈 • 일반 프로그레시브 렌즈 • 하이 인덱스 렌즈 • 블렌디드 세그먼트 렌즈 • 중간 시력 렌즈 • 셀렉트 또는 울트라 프로그레시브 렌즈	\$0
프리미엄 프로그레시브 렌즈	\$0
공급자가 선택한 콘택트 렌즈(안경 렌즈 대신에) • 연속 착용 일회용: 매달 최대 6개월 사용량 또는 일회용, 단초점 구면 또는 난시 교정 콘택트 렌즈 • 매일 착용/일회용: 일회용, 단초점 구면 콘택트 렌즈의 최대 3개월 사용량 • 비일회용 렌즈: 공급자가 지정한 콘택트 렌즈 선택 1쌍 • 의학적으로 필요함 <sup>2</sup>	\$0
<sup>2</sup> 개인이 다음 상태 중 한 가지에 해당되는 진단을 받을 경우 콘택트 렌즈가 의학적으로 필요하다고 정의됨: <ul style="list-style-type: none"> <li>• -10D 또는 +10D를 초과하는 고굴절이상</li> <li>• 메리디안 파워 측정에서 3D인 굴절부등</li> <li>• 일반 안경 렌즈를 통해 회원의 한 쪽 또는 양쪽 눈의 시력이 20/25로 교정되지 못할 경우 원추각막</li> <li>• 가장 잘 교정될 수 있는 기본 안경 렌즈와 비교하여 시력표에서 2라인 향상될 수 있도록 교정될 수 있는 시력을 가진 회원에 대한 시력 향상</li> </ul>	

#### 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈:

의학적으로 필요한 콘택트 렌즈에 대한 보장은 의학적 필요성, Health Net로부터의 사전 승인(HMO) 또는 사전 인가(HSP)와 적용 가능한 모든 예외규정 및 제한사항의 구속을 받습니다.

#### 소아 비전 의료 프로그램 예외규정 및 제한사항

비전 의료 프로그램에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택하에서 보장될 수 있습니다. 좀 더 자세한 내용은 해당 플랜의 플랜 계약서와 EOC를 살펴보아 주십시오.

- 협약 비전 공급자가 아닌 공급자에 의해 제공된 서비스와 용품은 보장되지 않습니다.
  - Health Net에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 판단내려진 서비스와 재료에 대한 비용은 제외됩니다. 한 번의 정기 산동검사는 매년 보장되고 의학적 필요성의 대상이 아닙니다.
  - 평면(비처방) 렌즈는 제외됩니다.
  - 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈 처방에 대한 보장은 Health Net로부터의 사전 승인(HMO) 또는 사전 인가(HSP)와 적용 가능한 모든 예외규정 및 제한사항의 구속을 받습니다. 보장될 경우, 콘택트 렌즈는 본 비전 혜택에서 안경 렌즈가 보장되는 동일한 간격 기간마다 제공됩니다. 이러한 콘택트 렌즈는 모든 안경 렌즈와 안경테를 대신합니다.
  - 모든 유형의 병원에서 받은 비전 서비스, 눈에 대한 의료 또는 외과 수술적 치료에 대한 병원 및 의료 비용은 보장되지 않습니다.
  - 본 비전 플랜의 정기적 보장 간격으로 교체된 경우를 제외하고 분실, 도난, 또는 파쇄로 인한 교체는 제외됩니다.
  - 이중초점을 대신한 두 번째 안경은 기본 혜택에서 제외됩니다. 하지만 Health Net 협약 비전 공급자는 첫 혜택이 소진되면 두 번째 구입에 대해 정상 비용에서 최대 40%까지의 할인을 제공합니다.
- 이것은 단지 요약서입니다. 포괄적 목록에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.**

## 소아 치과 서비스(생후부터 18세까지)

모든 다음 서비스들은 반드시 보장받기 위해서는 선택된 Health Net 협약 일차 치과 공급자에 의해 제공되어야 합니다.

Exchange에서 보충 소아 치과 혜택 플랜을 구입하셨으면 본 플랜에서 보장되는 소아 치과 혜택이 먼저 지불되고, 보충 소아 치과 혜택 플랜은 비보장되는 서비스를 보장하거나 또는 보충 소아 치과 혜택 플랜 보장 문서에서 설명된 것처럼 비용 공유를 하게 됩니다.

**중요:** 본 플랜하에 보장되지 않는 서비스인 치과 서비스를 받기를 옵션으로 선택하시면 협약 치과 의료서비스 제공자는 그러한 서비스에 대해 제공자의 일반적이고 통상적인 비용을 귀하에게 청구할 수 있습니다. 보험 보장되지 않는 혜택인 그러한 치과 서비스를 환자에게 제공하기 이전에 해당 치과 의사는 제공될 각 서비스와 각 서비스의 예상 비용을 포함한 치료 계획은 해당 환자에게 제공해야 합니다. 치과 보장 옵션에 대한 좀 더 자세한 정보는 Health Net 치과 ID 카드 뒷면에 인쇄된 번호로 고객센터로 전화하거나 담당 보험 중계인에게 전화해 주십시오. 귀하 보험 보장을 완벽하게 이해하려면 이 보험 보장의 증표 문서를 자세하게 살펴보셔야 합니다.

**주의:** HSP 최소 보장 플랜의 경우, 45~53쪽에 수록된 소아 치과 코페이는 연간 디덕터블이 충족되기 전까지 적용됩니다. HSP Minimum Coverage 보장에 대한 연간 디덕터블이 만족되면 그 해 나머지 기간 동안에는 보장된다고 표시된 서비스에 대한 코페이가 \$0가 됩니다.

코드	서비스	코페이
<b>진단</b>		
D0120	소아 구강 검사 - 기존 환자	\$0
D0140	제한적 구강 검사-문제에 초점을 맞춤	\$0
D0145	일차의와의 3세미만 환자에 대한 구강 검사 및 상담	\$0
D0150	종합적 구강 검사 - 신규 또는 기존 환자	\$0
D0160	세부 및 확장 구강 검사 - 문제에 집중, 보고서에 의함	\$0
D0170	재검사 - 제한된 문제에 집중(이미 등록된 환자, 수술 후 방문 제외)	\$0
D0180	포괄적 치주 검사-새 또는 기존 환자	\$0
D0210	구강내 X-선 촬영 - 전체 시리즈(교익형 포함)	\$0
D0220	구강내 X-선 촬영 - 치근단 주위 첫 촬영	\$0
D0230	구강내 X-선 촬영 - 치근단 각 추가 촬영	\$0
D0240	구강내 X-선 촬영 - 교합 촬영	\$0
D0250	구강외-첫 필름	\$0
D0260	구강외-각각 추가된 필름	\$0
D0270	교익형 X-선 촬영 - 단일 필름	\$0
D0272	교익형 X-선 촬영 - 필름 2개	\$0
D0273	교익형 X-선 촬영 - 필름 3개	\$0
D0274	교익형 X-선 촬영 - 필름 4개	\$0
D0277	수직 교익형 - 7~8개 필름	\$0
D0330	파노라마 촬영	\$0
D0415	미생물 배양 수집 및 민감도	\$0
D0425	충치 감수성 검사	\$0
D0431	전암, 악성 병변을 포함하지만 세포 또는 생검 절차를 포함하지 않는 점막 이상을 검색하는 것을 돕는 사전 진단 검사의 보조	\$0
D0460	치수 생활력 검사	\$0
D0470	진단용 캐스트	\$0
D0472	어금니 조직, 육안 검사, 서면 보고서 작성 및 전송	\$0
D0473	어금니 조직, 현미경 육안 검사, 서면 보고서 작성 및 전송	\$0
D0474	조직 기탁, 육안 검사와 현미경 검사, 질병 존재를 확인하기 위한 잘라낸 조직 가장자리 평가, 서면 보고서의 준비와 전송	\$0
D0601	저위험을 찾기 위한 충치 위험 평가 및 문서	\$0
D0602	보통 위험을 찾기 위한 충치 위험 평가 및 문서	\$0
D0603	고위험을 찾기 위한 충치 위험 평가 및 문서	\$0
D0999	진료 방문 요금 - 방문당	\$0
<b>예방의료</b>		
D1120	예방조치-소아	\$0
D1206	불소 국소 바니쉬. 충치 위험도가 보통에서 고위험에 해당되는 환자를 위한 치료 요법	\$0
D1208	불소 국소 도포	\$0
D1310	치과 질환 완화를 위한 영양 상담	\$0
D1320	구강 질환 완화 및 예방을 위한 담배 상담	\$0

(계속)



코드	서비스	코페이
D1330	구강 위생 지침	\$0
D1351	실란트 - 치아당	\$0
D1352	중간 - 고위험군에 속한 환자의 레진이 안정화되지 못하도록 함	\$0
D1510	간격유지장치 - 고정식 - 한쪽	\$0
D1515	간격유지장치 - 고정식 - 양쪽	\$0
D1520	간격유지장치 - 이동식 - 양쪽	\$0
D1525	간격유지장치 - 이동식 - 양쪽	\$0
D1550	간격 유지 장치 재부착	\$0
D1555	고정식 간격유지장치의 제거	\$0
<b>복원</b>		
D2140	아말감 - 한 표면, 유치 또는 영구치	\$25
D2150	아말감 - 2개의 표면, 유치 또는 영구치	\$25
D2160	아말감 - 3개의 표면, 유치 또는 영구치	\$25
D2161	아말감 - 4개 이상의 표면, 유치 또는 영구치	\$25
D2330	레진 기반 합금 - 전방 1개 표면	\$25
D2331	레진 기반 합금 - 전방 2개 표면	\$25
D2332	레진 기반 합금 - 전방 3개 표면	\$25
D2335	레진 기반 합금 - 4개 이상의 표면 또는 절단면의 각도(전방)를 포함	\$25
D2390	레진 기반 합금 크라운, 전방	\$25
D2391	레진 기반 합금 - 후방 1개 표면 (영구치)	\$25
D2392	레진 기반 합금 - 후방 2개 표면 (영구 치아)	\$25
D2393	레진 기반 합금 - 후방 3개 표면 (영구 치아)	\$25
D2394	레진 기반 합금 - 4개 이상의 표면 또는 절단면의 각도(전방)를 포함 (영구 치아)	\$25
D2510	인레이 - 금속 - 1개 표면	\$235
D2520	인레이 - 금속 - 2개 표면	\$245
D2530	인레이 - 금속 - 3개 이상의 표면	\$260
D2542	온레이 - 금속 - 2개 표면	\$275
D2543	온레이 - 금속 - 3개 표면	\$285
D2544	온레이 - 금속 - 4개 이상의 표면	\$300
D2610	인레이 - 도재/세라믹 - 1개 표면	\$275
D2620	인레이 - 도재/세라믹 - 2개 표면	\$285
D2630	인레이 - 도재/세라믹 - 3개 이상 표면	\$300
D2642	인레이 - 도재/세라믹 - 2개 표면	\$285
D2643	인레이 - 도재/세라믹 - 3개 표면	\$300
D2644	인레이 - 도재/세라믹 - 4개 이상 표면	\$300
D2650	인레이 - 레진 기반 합금 - 1개 표면	\$215
D2651	인레이 - 레진 기반 합금 - 2개 표면	\$235
D2652	인레이 - 레진 기반 합금 - 3개 이상 표면	\$245
D2662	인레이 - 레진 기반 합금 - 2개 표면	\$225
D2663	인레이 - 레진 기반 합금 - 3개 표면	\$255

코드	서비스	코페이
D2664	인레이 - 레진 기반 합금 - 4개 이상 표면	\$275
<b>크라운 - 복원 1개만</b>		
D2710	크라운 - 레진 기반 합금(간접)	\$140
D2712	크라운 - 3/4 레진 기반 합금(간접)	\$140
D2720	크라운 - 초귀금속을 포함한 레진	\$300
D2721	크라운 - 기본 금속을 주로 이용한 레진	\$300
D2722	크라운 - 초귀금속을 포함한 레진	\$300
D2740	크라운 - 도재/세라믹 모판	\$300
D2750	크라운 - 초귀금속과 융합한 도재	\$300
D2751	크라운 - 주로 비금속과 융합한 도재	\$300
D2752	크라운 - 귀금속과 융합한 도재	\$300
D2780	크라운 - 3/4 초귀금속 주조	\$300
D2781	크라운 - 3/4 주로 비금속 주조	\$300
D2782	크라운 - 3/4 귀금속 주조	\$300
D2783	크라운 - 3/4 도재/세라믹	\$300
D2790	크라운 - 초귀금속 전체 주조	\$300
D2791	크라운 - 주로 비금속 전체 주조	\$300
D2792	크라운 - 귀금속 전체 주조	\$300
D2794	크라운 - 티타늄	\$300
D2910	리시멘트 인레이, 온레이 또는 부분 보장 복원	\$35
D2915	리시멘트 주조 또는 조립식 포스트 및 코어	\$35
D2920	리시멘트 크라운	\$35
D2921	치아 파절편, 절단 또는 용기의 재부착	\$25
D2930	조립식 스테인레스 스틸 크라운 - 유치	\$85
D2931	조립식 스테인레스 스틸 크라운 - 영구치	\$100
D2932	조립식 레진 크라운	\$100
D2933	조립식 스테인리스 스틸 크라운 레진 윈도우	\$120
D2934	조립식 미용 코팅된 스테인레스 스틸	\$115
D2940	진정제 필링	\$25
D2941	임시 치료상 복원 - 유치 치열	\$25
D2950	핀 포함한 코어 강화	\$80
D2951	보존용 핀 - 치아당, 복원 이외	\$15
D2952	간접 제작된 크라운 이외의 지대치 및 코어	\$110
D2953	간접 제작된 각 추가 지대치 - 동일 치아	\$65
D2954	크라운 이외의 조립식 포스트 및 코어	\$94
D2955	포스트 제거	\$30
D2957	각각의 추가 미리 조립된 포스트 - 같은 치아	\$64
D2960	라비알 비니어(레진 기반) - 체어사이드	\$270
D2962	라비알 비니어(도재 라미네이트)	\$300
D2970	임시 크라운	\$0

(계속)

코드	서비스	코페이
D2971	기존의 부분적 치아를 아래에 새 크라운을 세우는 추가 시술	\$65
D2980	크라운 복구, 보고상	\$70
D2981	복원 자료 실패로 인해 필요한 인레이 수리	\$70
D2982	복원 자료 실패로 인해 필요한 온레이 수리	\$70
<b>근관치료</b>		
D3110	치수 복조 - 직접(최종 복원 제외)	\$15
D3120	치수 복조 - 간접(최종 복원 제외)	\$15
D3220	치료용 치수절단(최종 복원 제외) - 상아시멘트질 경계에 치아머리속질을 제거하고 약물 적용	\$75
D3221	유치 및 영구치의 치수 죽은 조직 제거	\$55
D3222	치근단유도술에 대한 부분적 치수절단	\$55
D3230	속질 치료 - 유치 전치	\$60
D3240	속질 치료 - 후치부, 유치	\$70
D3310	전치(최종 복원 제외)	\$195
D3320	소구치(최종 복원 제외)	\$275
D3330	구치(최종 복원 제외)	\$300
D3331	치근관 폐쇄 치료, 비 수술적 방법	\$105
D3332	불완전 근관치료, 수술 불가능, 복원 불가능 또는 파절치	\$105
D3333	천공에 대한 내부 치근 복원	\$105
D3346	이전 근관 치료의 재치료 - 전치	\$275
D3347	이전의 근관 치료에 대한 재치료 - 이두치	\$300
D3348	이전의 근관 치료에 대한 재치료 - 어금니	\$300
D3351	치근단 형성 유도술/재칼슘화 - 최초 방문	\$110
D3352	치근단 형성 유도술/재칼슘화 - 중간	\$55
D3353	치근단 형성 유도술/재칼슘화 - 최종 방문	\$175
D3355	치수 재생 - 최초 방문	\$110
D3356	치수 재생 - 임시 약물 대체	\$55
D3357	치수 재생 - 치료 완료	\$175
D3410	치근단절제술/치근 주위수술 - 전치	\$265
D3421	치근단절제술 / 치근 주위수술 - 앞 어금니 (첫 번째 루트)	\$295
D3425	치근단절제술/치근 주위수술 - 어금니(첫 번째 루트)	\$300
D3426	치근단 절제술/치근 주위 수술(각 추가 루트)	\$90
D3427	치근첨절제술 없이 치근 주위 수술	\$90
D3430	레트로그레이드 필링-루트당	\$65
D3450	루트 절단 - 루트당	\$135
D3910	고무 댐으로 둘러싼 고립된 치아의 수술 절차	\$30
D3920	편측절단술(치근 제거 포함), 근관 치료 제외	\$115
D3950	근관 형성 및 사전 성형된 이음재 또는 지대치 맞추기	\$30

코드	서비스	코페이
<b>치주 치료</b>		
D4210	치은절제 또는 치은성형술 - 4개 이상의 선천성 치아 또는 지대치 공간 - 4분원	\$150
D4211	치은절제 또는 치은성형술 - 1~3개의 근접 치아 또는 지대치 공간 - 4분원	\$75
D4240	루트플랜을 포함한 잇몸판막술, 네 개 이상의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$225
D4241	치근 활택술을 포함한 치은 피판 시술 - 1~3개의 근접 치아 또는 지대치 공간 - 4분원	\$155
D4245	근단 변위 편막술	\$240
D4249	임상적 크라운 연장 - 경조직	\$175
D4260	뼈수술 (플랩 엔트리 및 폐쇄 포함) - 네 개 이상의 인접 치아나 치아경계공간 - 사분면당	\$300
D4261	뼈수술 (플랩 엔트리 및 폐쇄 포함) - 1~3개의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$275
D4263	뼈 대체 이식편 - 분원당 최초의 위치	\$225
D4264	뼈 대체 이식편 - 분원당 각 추가 위치	\$135
D4270	페디클 연부조직 이식 절차	\$285
D4274	원위 또는 근위 웨지시술 (같은 해부학적 영역의 수술과 함께 수행하지 않는 경우)	\$95
D4277	자유 연조직 이식(제공자 수술 포함), 이식에서 첫 치아 또는 무치아 위치	\$285
D4341	치주 치석제거 및 치근 활택술 - 4개 이상 치아 - 4분원	\$65
D4342	치주 스케일링 및 치근 활택술 - 1~3개의 치아 - 4분원당	\$35
D4355	포괄적인 검사/진단이 가능한 전구강 괴사조직 제거	\$65
D4381	감염된 열구조직으로 조절 방출되는 항균제의 국소 투여, 치아당, 보고서로	\$35
D4910	치주 관리	\$45
D4920	미예정 드레싱 교체	\$0
<b>보철 치료</b>		
D5110	전체 의치 - 위턱	\$300
D5120	전체 의치 - 아래턱	\$300
D5130	즉시 의치 - 위턱	\$300
D5140	즉시 의치 - 아래턱	\$300
D5211	위턱 부분 의치 - 레진 베이스(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5212	아래턱 부분 의치 - 레진 베이스(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5213	위턱 부분 의치 - 레진 의치 기반의 금속 틀 주조(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5214	하악 부분 의치 - 레진 의치 기반의 금속 틀 주조(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5225	위턱 부분 의치 - 유연한 베이스(모든 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5226	하악 부분 의치 - 유연한 베이스(모든 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$300
D5281	떼어낼 수 있는 단일 부분 의치 - PC 주조 금속 1개	\$290
D5410	전체 의치 조정-위턱	\$25

(계속)

코드	서비스	코페이
D5411	전체 의치 조정-아래턱	\$25
D5421	부분 의치 조정-위턱	\$25
D5422	부분 의치 조정-아래턱	\$25
D5510	손상된 전체 의치 베이스 수리	\$55
D5520	소실 치아 또는 파절치 대체 - 전체 의치(각 치아)	\$45
D5610	레진 의치 베이스 수리	\$55
D5620	캐스트 프레임워크 수리	\$55
D5630	손상된 클래스프 수리 또는 교체	\$60
D5640	손상된 치아 교체-치아당	\$48
D5650	기존의 부분 의치에 치아 추가	\$55
D5660	기존의 부분 의치에 클래스프 추가	\$65
D5670	전체 치아 및 아크릴 틀 상악 교체	\$175
D5671	전체 치아 및 아크릴 틀 하악 교체	\$175
D5710	위턱 전체 의치 리베이스	\$180
D5711	아래턱 전체 의치 리베이스	\$180
D5720	위턱 부분 의치 리베이스	\$170
D5721	아래턱 부분 의치 리베이스	\$170
D5730	위턱 전체 의치 리라인(체어사이드)	\$95
D5731	아래턱 전체 의치 리라인(체어사이드)	\$95
D5740	위턱 부분 의치 리라인(체어사이드)	\$95
D5741	아래턱 부분 의치 리라인(체어사이드)	\$95
D5750	위턱 전체 의치 리라인(실험실)	\$135
D5751	아래턱 전체 의치 리라인(치과 기공소)	\$135
D5760	위턱 부분 의치 리라인(치과 기공소)	\$135
D5761	아래턱 부분 의치 리라인(치과 기공소)	\$135
D5820	임시 부분 의치(상악)	\$165
D5821	임시 부분 의치(하악)	\$165
D5850	조직 양화, 상악	\$40
D5851	조직 양화, 하악	\$40
D5863	가철성 보철물 - 상악 전체	\$300
D5864	가철성 보철물 - 하악 전체	\$300
D5865	가철성 보철물 - 부분 상악	\$300
D5866	가철성 보철물 - 부분 하악	\$300
D5999	의치 복제	\$225
<b>보철 치료(고정)</b>		
D6205	가공 의치 - 간접 레진 기반 합금	\$175
D6210	가공 의치 - 초귀금속 주조	\$300
D6211	가공 의치 - 주로 비금속 주조	\$300
D6212	가공 의치 - 귀금속 주조	\$300
D6214	가공 의치 - 티타늄	\$300
D6240	가공 의치 - 초귀금속과 융합한 도재	\$300
D6241	가공 의치- 주로 비금속과 융합한 도재	\$300

코드	서비스	코페이
D6242	가공 의치 - 귀금속과 융합한 도재	\$300
D6245	가공 의치 - 도재/세라믹	\$300
D6250	크라운 - 초귀금속과 융합한 도재	\$300
D6251	크라운- 비금속 융합 도재	\$300
D6252	크라운 - 귀금속과 융합한 도재	\$300
D6600	인레이 - 도재/세라믹, 2개 표면	\$285
D6601	인레이 - 도재/세라믹, 3개 이상 표면	\$300
D6602	인레이 - 초귀금속 주조, 2개의 표면	\$245
D6603	인레이 - 초귀금속 주조, 3개의 표면	\$260
D6604	인레이 - 주로 기본 금속 주조, 2개의 표면	\$235
D6605	인레이 - 주로 기본 금속 주조, 3개 이상 표면	\$250
D6606	인레이 - 귀금속 주조, 2개 표면	\$235
D6607	인레이 - 귀금속 주조, 3개 이상 표면	\$255
D6608	온레이 - 도재/세라믹 - 2개 표면	\$250
D6609	온레이 - 도재/세라믹 - 3개 이상 표면	\$255
D6610	온레이 - 초귀금속 주조, 2개 표면	\$300
D6611	온레이 - 초귀금속 주조, 3개 이상 표면	\$300
D6612	온레이 - 주로 기본 금속 주조, 2개 표면	\$300
D6613	온레이 - 주로 기본 금속 주조, 3개 이상 표면	\$300
D6614	온레이 - 귀금속 주조, 2개 표면	\$300
D6615	온레이 - 귀금속 주조, 3개 이상 표면	\$300
D6624	인레이 티타늄	\$245
D6634	온레이 티타늄	\$255
D6710	크라운 - 간접 레진 기반 합금	\$175
D6720	크라운 - 초귀금속을 포함한 레진	\$300
D6721	크라운 - 주로 기본 금속 레진 - 틀니	\$300
D6722	크라운 - 귀금속을 포함한 레진	\$300
D6740	크라운 - 도재/세라믹	\$300
D6750	크라운 - 초귀금속과 융합한 도재	\$300
D6751	크라운- 주로 비금속에 융합된 도재	\$300
D6752	크라운 - 귀금속과 융합한 도재	\$300
D6780	크라운 - 3/4 초귀금속 주조	\$300
D6781	크라운 - 3/4 캐스트 주로 비금속	\$300
D6782	크라운 - 3/4 귀금속 주조	\$300
D6783	크라운- 3/4 도재/세라믹 틀니	\$300
D6790	크라운 - 초귀금속 전체 주조	\$300
D6791	크라운 - 주로 비금속인 전체 주조	\$300
D6792	크라운 - 귀금속 전체 주조	\$300
D6794	크라운 - 티타늄	\$300
D6930	리시멘트 고정 부분 의치	\$48
D6940	응력분산	\$120
D6980	고정 부분 의치 수복, 보고서에 의해	\$60

(계속)

코드	서비스	코페이
<b>구강 수술:</b>		
D7111	발치, 관측 단편 - 젓니	\$15
D7140	발치, 정출 치아 또는 노출 치근(들어올리기 및/또는 겹자를 이용한 제거)	\$65
D7210	비중격 천공의 들어올리기가 요구되는 정출 치아의 수술적 제거와 뼈 및/또는 치아 부분의 발치	\$45
D7220	매복치 제거-연조직	\$50
D7230	매복치 제거-부분적 뼈	\$50
D724	매복치 제거-완전한 뼈	\$160
D7241	매복치 제거 - 전골편, 특이한 수술적 합병증	\$95
D7250	잔존 치근의 수술적 제거 (커팅 절차)	\$90
D7270	치아 재치환술 및/또는 사고로 인한 이탈 또는 탈구 치아의 안정화	\$65
D7280	맹출된 치아의 수술적 접근의 노출	\$125
D7282	정출 치아 또는 잘못 자리잡은 치아의 정출을 돕기 위한 이동	\$135
D7285	구강 조직의 생검 - 경조직 (뼈, 치아)	\$85
D7286	구강 조직의 생검 - 연조직 (기타)	\$55
D7288	브러시 생검 - 경상피 표본 수집	\$0
D7310	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 4분원당	\$50
D7311	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 1~3개 치아 또는 지대치 공간 - 4분원당	\$40
D7320	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 4분원당	\$75
D7321	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 1~3개 치아 또는 지대치 공간 - 4분원당	\$65
D7410	1.25 cm 위로 양성 병변 절제	\$175
D7411	1.25 cm 이상 양성 병변 절제	\$300
D7412	양성 병변 절제, 복합	\$300
D7450	1.25 cm까지의 양성 치주 포낭 제거	\$200
D7451	1.25 cm 이상의 양성 치주 포낭 제거	\$285
D7460	1.25 cm까지의 양성 비치성 포낭 제거	\$200
D7461	1.25 cm 이상의 양성 비치성 포낭 제거	\$285
D7471	외측 뼈돌출증 제거	\$165
D7472	융기 구개 제거	\$300
D7473	융기 하악 제거	\$265
D7485	잇몸의 융기부 수술로 제거	\$75
D7510	농양의 절개 및 배농술 - 구강 내 연조직	\$20
D7511	농양의 절개 및 배농술 - 구강 내 연조직 - 복잡한(복수 근막공간의 배농술 포함)	\$35
D7520	종기 절개 및 배출 - 구강 외 연조직	\$275
D7521	종기 절개 및 배출 - 구강 외 연조직 - 복합	\$300
D7910	5 cm까지의 최근 작은 상처의 봉합	\$35
D7960	포피 소대 절제술 (설소대 절제술 또는 설소대 절단술) - 개별 절차	\$25
D7963	혀주름띠 성형	\$55
D7970	비대 조직 제거 - 상악/하악당	\$65



코드	서비스	코페이
D7971	치관주위 치은절제술	\$55
D7972	섬유질 용기부 수술로 축소	\$145
D7999	명시되지 않은 구강 수술 절차, 보고서상	\$10
<b>교정 치료 (의학적으로 필요함)</b>		
D8070	과도기 치열의 포괄적 교정 치료	\$1,000
D8080	청소년 치열의 포괄적 치열 교정 치료	
D8660	사전 교정 치료 방문	
D8999	명시되지 않은 치열 교정 절차, 보고서상	
<b>부가적인 일반 서비스</b>		
D9110	치통의 완화 치료(긴급)-간단한 시술	\$10
D9210	수술과 관련 없는 국소마취	\$5
D9211	지역 신경 차단마취	\$5
D9212	삼차 신경 부분 차단 마취	\$10
D9215	국부 마취	\$5
D9220	진정/전신마취- 처음 30분	\$95
D9221	진정/전신마취- 각 추가 15분	\$80
D9230	마취, 불안 완화, 일산화질소 흡입	\$10
D9241	정맥 수면마취/진통 - 처음 30분	\$155
D9242	정맥 수면마취/진통 - 각 추가 15분	\$60
D9248	비정맥 자각 진정	\$20
D9310	상담 - 치과의사 또는 의사에 의해 제공된 진단 서비스(치료를 제공하는 의료인 이외)	\$20
D9430	관찰을 위한 진료실 방문(정기적으로 예약된 시간으로 제한) - 다른 서비스는 실행하지 않음	\$20
D9440	진료실 방문 - 정기적으로 예약된 시간 후	\$35
D9450	사례 발표, 세부적 및 추가적 치료 계획	\$0
D9930	합병증 치료 - 수술 후	\$0
D9940	교합 가드, 보고서로	\$175
D9951	교합 조정 - 제한적	\$55
D9952	교합 조정 - 완전한	\$165
D9972	외부 표백 - 아치당	\$125
D9999	예약 지키기 못함	\$10

치과 코드는 "Current Dental Terminology© American Dental Association"에서 유추했습니다.

## 소아 치과 의료 프로그램 예외규정 및 제한사항

소아 치과 의료 프로그램에서 제외되는 서비스 또는 용품은 귀하 플랜의 의료 혜택하에서 보장될 수 있습니다. 좀 더 자세한 내용은 해당 플랜의 플랜 계약서와 EOC를 살펴보아 주십시오.

- 예방 서비스(청소)는 매 12개월마다 2번으로 제한됩니다.
- 불소 치료는 12개월마다 2번 보장됩니다.
- 정기 검사와 연계된 교익형 X-선 촬영은 연속 6개월 기간마다 한 번의 4개 필름으로 제한됩니다.

- 정기 검사와 연계된 전체 구강 X-선 촬영은 연속 24개월마다 한 번으로 제한됩니다.
- 파노라마 X-선 촬영은 연속 24개월마다 한 번으로 제한됩니다.
- 치과 봉합 치료는 첫째, 둘째 큰어금니 영구치만으로 제한됩니다.
- 치주 스케일링, 치근 활택술, 치은 연하 소파술은 연속 12개월마다 다섯(5)번의 4분원 치료로 제한됩니다.
- 보철물 교체는 충치 또는 파절의 재발생과 같은 상태처럼 결함이 있거나 치과적으로 필요한 교체일 때에만 보장됩니다.
- 크라운은 충전을 계속해 담고 있기에 치아에 충분한 보유력이 없을 때에만 보장됩니다.
- 진료실 또는 기공실 릴라인 혹은 리베이스는 연속 12개월마다 아치당 한 번 (1)으로 제한됩니다.
- 조직 컨디셔닝은 틀니당 2번으로 제한됩니다.
- 고정 브릿지는 19세 미만 사람이 없어진 영구 앞니를 대체하기 위해 필요한 경우에 보장됩니다. 19세 미만 어린이의 경우, 이것은 선택적 치과 치료로 고려됩니다. 19세 미만 회원에게 수행되었을 경우, 신청인은 반드시 고정식 브릿지와 간헐 유지기간의 차액을 지불해야 합니다. 없어진 후방 치아를 대체하기 위해 사용된 고정식 브릿지는 가공의치가 치과적으로 좋은 상태일 경우 선택적이라 고려되며 인공치아를 지지할 목적인 경우에만 크라운될 것입니다. 고정식 브릿지는 동일 아치의 부분 틀니와 연계되어 제공될 경우 선택적입니다. 기존 고정식 브릿지의 교체는 치유로 만족될 수 없는 경우에만 보장됩니다. 보험 혜택은 크라운 또는 아치당 브릿지 작업의 최대 다섯 단위까지만 허용합니다. 여섯 단위부터는 선택적 치료인 전체 구강 재건술로 고려됩니다.
- 치료 치과의 또는 Health Net가 치과적으로 필요하지 않다는 의견을 제시할 경우 다음 서비스는 보장되지 않습니다.
  - 측두 하악 관절 치료(일명 "TMJ").
  - 선택적 치과 및 미용 치과.
  - 파절 혹은 탈구의 조절이 필요한 구강 수술, 턱교정 수술, 치과 교정 목적만을 위한 발취(파절 또는 탈구된 치아에 적용되지 않음).
  - 악성, 낭종, 종양, 또는 선천성 기형의 치료.
  - 처방 의약품.
  - 모든 유형의 병원 비용 부과.
  - 전체 혹은 부분 틀니의 분실 또는 도난.
  - 이식술.
  - 실험적 시술.
  - 의료 혜택 부분에서 명시된 것을 제외한 일반 마취 또는 정맥/자각 진정.
  - 환자의 신체 또는 행동 제한때문에 수행될 수 없는 서비스.
  - 진료 예약을 놓쳤거나 지키지 못했기에 (24시간 전 알림 없이) 발생한 비용은 환자 책임입니다. 하지만 다음과 같은 경우 지키지 못한 예약에 대한 코페이는 적용되지 않습니다. (1) 사전 최소 24시간 전에 회원이 취소함, 또는(2) 응급상황 또는 회원의 통제 밖의 상황으로 인해 예약을 지키지 못함.
  - 윤곽, 접촉, 교합을 교정할 목적으로 수행되는 시술.
  - 보장 서비스로 명시적으로 기재되지 않은 시술.
  - 주(州) 정부 또는 자치체, 카운티, 혹은 그 외 구획의 기관에 의해 회원에게 무료로 제공된 서비스.
  - 모든 유형의 치과 혜택에서 사용된 귀금속의 비용.

- 회원이 본인의 패널 공급자에 의해 치료될 수 없거나 소아 치과의사가 의학적으로 필요하거나 본인의 플랜 공급자가 소아 치과의사인 경우를 제외한 소아 치과의사의 서비스.
- 가입자가 응급진료 상황이 존재하지 않았다는 것을 합리적으로 알 수 있었던 경우, 응급상황이 아닌 상태에 대해 응급 진료 시설에서 받은 소아 치과 서비스.

### **치아교정 혜택**

이 치과 플랜은 위에서 설명한 치아교정 혜택을 보장합니다. 발치와 초기 X-선 진단은 이러한 요금에 포함되지 않습니다. 치아교정 치료는 반드시 협약 치과의사에 의해 제공되어야 합니다.

### **치아교정 의료에 대해 전문의에게 의뢰**

각 회원의 일차 치과의에는 보험 혜택을 위해 회원의 전체 치과 의료를 지시하고 조율할 책임이 있습니다. 일차 치과 의사가 치아교정을 권장하고 본 치과 플랜하에서 그러한 의료 서비스에 대한 혜택을 받고 싶으면 Health Net의 고객센터는 **협약 치열 교정 의사 명부**에서 협약 치열 교정 의사를 선택하는 것을 도와드릴 것입니다.

# 개인 및 가족 플랜(IFP) 예외규정 및 제한사항

## 모든 Individual & Family Plan(IFP) 플랜에 공통적인 예외규정 및 제한사항

아래의 항목에 해당되는 것으로 인해 발생한 비용 또는 이에 대한 후속 진료로 인해 발생한 비용에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜에서는 보험 지불이 되지 않습니다. 다음은 선택된 목록만을 담고 있습니다. 포괄적 목록에 대해서는 Health Net 개인 및 가족 플랜의 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.

- Health Net에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 결정된 서비스와 용품. 단 본 안내서의 앞장인 "Health Net 임상 시험에 참여하는 비용을 보장합니까?" 및 "Health Net에 동의하지 못할 경우 어떻게 합니까?"에서 명시된 것 제외.
- 서비스가 의학적으로 필요하고 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)이 구해진 경우의 서비스를 제외한 이송되지 않았거나 응급진료의 기준에 부합되지 않는 구급차와 구급요원 서비스.
- 수중 요법과 기타 물 요법 서비스가 물리치료 플랜의 일부인 경우를 제외하고는 수중 요법과 물 요법은 보장되지 않습니다.
- 간병. 간병은 자활 의료가 아니고 걷기, 침대 사용, 목욕, 옷 입기, 특별 식이요법의 준비 및 섭취, 일반적으로 자가 투약되는 약물 복용의 감독에 대한 도움 제공과 같은 일상 생활 활동을 하는데 있어

환자를 돕기 위해 제공되며 계속적으로 전문 간호 서비스를 필요로 하는 간호가 아닙니다.

- Health Net에 의해 실험적 또는 조사적이라고 결정된 절차. 단 본 안내서의 앞장인 "Health Net가 임상 시험에 참여하는 비용을 보장합니까?" 및 "Health Net에 동의하지 못할 경우 어떻게 합니까?"에서 명시된 것 제외.
- 보험 보장 효력발생일 이전에 제공된 서비스 또는 용품과 본 플랜을 통한 보장이 말소된 후 제공된 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.
- 회원이 공급자에게 지불하도록 법적 구속을 받지 않거나 공급자가 아무 요금도 지불하지 않는 서비스에 대한 환급.
- 보장이 주(州) 또는 연방 법에 의해 요구되지 않는 한 보장되는 비용으로 구체적으로 명시되지 않은 서비스 또는 용품.
- 여성을 임신시키기 위한 의도의 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 제외되는 절차에는 정자 또는 난소의 수집, 보관 혹은 구입을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다.
- 외모 향상을 위한 목적으로 신체의 정상적인 구조를 변경 또는 형태를 고치기 위해 이루어지는 미용 성형수술.<sup>3</sup>
- 측두하악 관절장애에 대한 치료 및 서비스는 크라운, 온레이, 가공 의치, 교정장치를 제외하고 의학적으로 필요하다고 판단된 경우 보장됩니다.

<sup>3</sup>의학적으로 필요한 유방절제(종괴절제 포함)가 수행되었을 경우, 유방 재건 수술과 한쪽 유방을 복원하거나 유방 대칭을 이루기 위해(균형된 비율) 수행되는 수술은 보험 보장됩니다. 또한 수술이 다음 중 하나를 이루기 위해 선천성 기형, 발달 이상, 외상, 감염, 종양, 질병에 의해 유발된 신체의 이상 구조를 교정 또는 복원하기 위해 수행될 경우, 기능을 향상하거나 수술이 해당 회원의 모습에 최소적인 향상을 제공하지 않는 한 가능한 범위로 정상적 모습을 재현하기 위한.

- 본 플랜은 합법적으로 운영되는 병원, Medicare에서 승인한 전문 요양원 시설, 또는 본 플랜의 플랜 계약서 및 EOC에서 보장되는 것으로 명시된 적절한 면허가 인가된 시설에서 제공된 서비스 또는 용품만을 보장합니다. 주로 노인, 요양을 위한 장소, 어떻게 선정되었는지에 상관 없이 또는 이와 유사와 기관은 이러한 자격이 있지 않은 기관입니다. 그러한 기관에 의해 제공된 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.
- 19세 이상 개인에 대한 치과 의료. 하지만 본 플랜은 구개파열 시술 위한 재건성형의 불가분한 일부로서 의학적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스를 보장합니다. 구개열, 구순열, 또는 구개열과 관련된 기타 두개안면 기형.
- 위치이상 또는 상악골 혹은 하악골의 부적절한 발달의 교정을 위한 수술 및 관련 서비스. 그러한 수술이 외상 또는 종양 혹은 신생물의 존재로 인해 필요하거나 그렇지 않으면 의학적으로 필요한 경우 제외됨. 구개열 시술에 관한 정보는 위의 "치과 의료" 예외규정을 참조해 주십시오.
- 보청기.
- 개인 간호. 교대 근무 간호와 교대 근무 간호 서비스의 일부도 보장되지 않습니다.
- 의학적으로 필요하여 회원의 치료 주치의가 권장하고 Health Net의 승인을 받을 경우를 제외한 눈의 굴절 이상 교정을 위한 모든 눈 수술.
- 본 안내서 앞장의 소아 비전 의료 프로그램에서 명시된 것을 제외한 콘택트 렌즈, 교정 렌즈(신체 안구 렌즈를 교체하는 이식 렌즈 제외), 시력 치료, 안경.
- 자발적으로 외과적으로 유도된 불임을 복원하기 위한 서비스.
- 보장되는 의료 상태, 질환, 부상의 진단 혹은 치료과 관련 없는 서비스 또는 용품. 하지만 합병증(예: 성형 수술 후 생명이 위협되는 합병증)이 정기적 후속 진료를 받기 이전에 심각해질 경우, 해당 플랜은 비보장 서비스와 직접 관련된 의료 상태에 대해 의학적으로 필요한 서비스와 용품을 보장합니다.
- 본 플랜의 플랜 계약서와 EOC에서 구체적으로 명시된 경우를 제외하고 모든 시설에서 조제 받거나 복용하게 될 외래환자 약물, 의약품 또는 기타 물질.
- 외국 여행/직업 목적상 이루어지는 예방접종 및 주사.
- 대리모가 Health Net의 회원인 경우, 대리모 임신에 대한 서비스는 보장됩니다. 대리 임신에 대해 보상이 이루어진 경우, 해당 플랜은 의료 비용을 회수하기 위해 그러한 보상에 대해 유치권을 설정합니다.
- 비록 본 플랜은 내구성 의료 장비를 보장하지만 다음 물품을 보장하지 않습니다. (a) 운동 장비, (b) 위생 장비 및 용품, (c) 협약 공급자, 의료진 그룹 또는 병원이 피부 병터 또는 수술절개 부위에 적용한 주요 드레싱 이외의 외과 수술적 드레싱, (d) 저쿠지, 거품 목욕기, (e) 측두하악 관절 장애와 관련된 치과 의료 상태를 치료하기 위한 치아 교정 기구, (f) 스타킹, 일반 소매점 판매 지원 기구와 같은 지원 기구 또는 운동 성능 또는 스포츠 관련 활동을 향상시키기 위한 보장구, (g) 보장구 및 교정 신발류(당뇨병 관련 합병증을 예방 또는 치료하기 위한 발 기구).
- 개인 편의 물품.
- 특정 일회용 개구 수술 또는 비뇨기과 용품. 자세한 정보는 혜택 플랜의 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.

- 응급진료 기준이 충족되지 않았던 경우의 가정 출산.
- 의사 자가 치료.
- 직계 가족에 의한 치료.
- 척추 교정 서비스.
- 가정 건강 의료(연간 100번의 총합 방문으로 제한, 하루 최대 3번의 방문, 방문당 4 시간).
- Health Net, 협약 공급자(의료), 의료진 그룹(의료) 또는 관리자(정신 장애 또는 화학물 의존)에 의해 승인되지 않은 서비스 혹은 용품. Health Net의 절차를 따름.
- 고위험 임신의 경우 태아 유전자 장애의 산전 진단을 위한 것을 제외한 유전자 장애에 대한 진단 절차 또는 검사.
- 처방 없이 구입 가능한 비처방약, 의료 장비 또는 용품(당뇨병 관리와 치료를 위한 경우나 미국 예방 서비스 태스크 포스(U.S. Preventive Services Task Force) A, B 권장사항에 따라 예방 목적을 위하거나 FDA에 의해 승인된 여성 피임을 위해 의사가 처방한 경우 제외). 이전에는 처방전이 있어야만 구입할 수 있었던 약이 이제 처방전과 동일한 강도가 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있게 되면 유사한 물질이고 거의 동등한 임상효과가 있는 처방약은 Health Net로부터 사전 승인을 구했을 경우에만 보장됩니다. 하지만 더 높은 용량의 비처방약 또는 일반의약품을 처방전이 있어야지만 구입할 수 있으면 그 더 높은 용량의 약물은 보장됩니다.
- 당뇨병 또는 말초 혈관병 치료를 위해 처방된 경우가 아닌 정기 발 의료.
- 불임의 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스는 보장되지 않습니다.
- 전반 발달 장애 또는 자폐증을 위한 행동 건강 치료와 관련된 서비스를 제외한 캘리포니아 주(州)의 건강 의료 공급자 면허를 소지한 개인에 의해 제공된 경우라도 고용 또는 전문가 목적을 포함한 교육 또는 훈련과 관련된 또는 그러한 것으로 이루어진 기타 모든 서비스들은 보장되지 않습니다.
- 치료가 실험적 또는 조사적 성격으로 고려되는 제대혈, 제대혈 줄기세포, 성인 줄기세포(이러한 것의 수집, 보존, 보관이 아님). 실험적 또는 조사적이라 고려되어서 플랜 보장이 거부된 것에 대한 독립의료심사를 요청하는 것에 관한 정보는 본 안내서의 앞 장에 있는 "Health Net와 동의하지 못할 경우 어떻게 합니까?"를 참조해 주십시오.
- 병적 비만 치료를 위해 제공되는 비만 수술은 의학적으로 필요하고 Health Net가 승인하고 Health Net 비만 수술 센터에서 Health Net 비만 수술 센터와 협약된 Health Net 비만 수술 센터 네트워크 소속 외과의를 의해 이루어진 수술인 경우 보장됩니다. Health Net에는 체중 감량 수술을 집도하기 위한 비만 수술 센터로 지정된 특정 네트워크의 비만 시설 및 외과의를 있습니다. 담당 회원 진료의가 이 네트워크에 관한 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 승인이 구해지면 Health Net 비만 수술 센터로 안내될 것입니다.
- 유해자극(혐오 요법)과 연관된 행동을 통해 싫어함을 유발시킴으로써 행동을 변경시키는 치료 요법은 보장되지 않습니다.

- 재활 및 자활 요법에 대한 보장은 신체적 또는 정신적 건강 상태 또는 유자격 자폐증 서비스(Qualified Autism Service, QAS) 공급자, QAS 전문가 혹은 QAS 전문직 보조원이 전반발달장애 혹은 자폐증을 치료하기 위해 본인의 면허 범위내에 행하는 플랜과 계약을 체결한 의사, 면허 인가를 받은 의사, 언어 혹은 작업 요법사, 또는 기타 계약을 체결한 공급자가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스로 제한됩니다. 보장을 받기 위해서는 해당 플랜 혹은 해당 회원의 의료 그룹으로부터 승인을 받아야 합니다. 서비스는 해당 플랜 혹은 해당 회원의 의료 그룹에 의해 승인된 치료 플랜에 반드시 기초되어야 합니다.
- 다음 유형의 치료만이 정신 장애 혹은 화학물 의존에 대한 보장되는 치료와 연계되어 제공되었을 때 보장됩니다. (a) 상호의존에 대한 치료 (b) 심리적 스트레스에 대한 치료 (c) 결혼 혹은 가족 기능장애에 대한 치료. 섭망, 치매, 기억상실 장애(DSM-IV에서 정의된 것처럼), 정신지체는 의학적으로 필요하면 보장되지만 정신치료 혹은 정신의학, 화학물 의존 또는 약물 이용 치료가 기꺼이 받아들여질 경우에만 동반되는 행동 및/또는 정신적 증상, 화학물 의존 혹은 약물 남용 장애 상태에 대해 보장됩니다. 또한 Health Net는 캘리포니아 주(州) 법에 따라 면허를 인가 받았고 그러한 면허 범위내에서 행동하거나 그렇지 않으면 캘리포니아 주(州) 법하에서 승인받은 공급자에 의해 제공되는 그러한 정신 장애 혹은 화학물 의존 서비스만을 보장합니다.
- Erhard/The Forum, 프라이멀 요법, 생물에너지학적 요법, 최면요법, 크리스털 치료 요법을 포함하지만 이에 국한되지 않은 전문 의료 혹은 정신 건강 진료에 대한 미국 표준에 부합되지 못하는 서비스는 보장되지 않습니다. 보장이 거부된 것에 독립의료심사를 요청하는 것에 관한 정보는 본 안내서의 앞 장에 있는 "Health Net와 동의하지 않을 경우 어떻게 합니까?"를 참조해 주십시오.
- 바이오피드백 요법에 대한 보장은 실금, 만성 통증과 같은 의학적으로 필요한 특정 신체 장애의 치료와 그렇지 않으면 관리자에 의해 사전 승인된 것으로 제한됩니다.
- 의약품 관리 혹은 진단 명료화를 포함한 치료 계획의 보조에 대해 면허가 있는 심리사가 행한 경우를 제외한 심리학적 검사. 수행할 자격이 있는 공급자에 의해 수행된 점수 매김이 아닌 자동화된 점수매김, 컴퓨터 기반 보고에 대한 보장도 제외됩니다.
- 의학적으로 필요하지 않는 거주 치료는 제외됩니다. 황야지 센터 훈련, 보호간호, 상황 혹은 환경 변화에 대한 입원 또는 결연 가정 혹은 중간 거주지에 배치되는 대신인 입원을 포함한 의학적으로 적절하다고 고려되지 않는 입원.
- 주(州) 병원에서의 서비스는 응급 혹은 긴급하게 필요한 진료의 결과로 인한 치료 혹은 입원으로 제한됩니다.
- 전화상으로 제공되는 치료 혹은 상담은 보장되지 않습니다.
- 가석방 혹은 보험 감찰 조건의 의료, 정신 건강 의료 혹은 화학물 의존 서비스와 법정 지시 검사는 의학적으로 필요한 보장되는 서비스로 제한됩니다.



- 보험, 면허, 고용, 학교, 캠프 또는 기타 비예방적 목적을 위한 정기 신체 검사 (정신 검진 혹은 약물 선별검사 포함). 정기 검사는 의학적으로 필요하거나 의사가 지시한 것이 아닌 회원의 증상의 부재 또는 기타 비예방적 목적으로 회원의 일반 건강을 검사할 목적으로 구해집니다. 예에는 고용시 받는 검사 혹은 학교, 캠프, 운동 조직과 같은 제3자의 요청에 의해 진행되는 검사가 있습니다.

### 모든 HSP 플랜에 대한 추가 예외규정 및 제한사항

- 이 플랜은 마사지 요법을 보장하지 않습니다. 단, 그러한 서비스가 물리 요법 치료 플랜의 일부인 경우 제외. 서비스는 Health Net에 의해 요구되는 것처럼 반드시 승인된 치료 계획에 기초해야 합니다.
- 계약을 체결하지 않은 공급자 혹은 시설로부터 받은 서비스 또는 용품은 Health Net(의료), 관리자(정신 장애 또는 화학물 의존)가 승인하거나 또는 응급상황 혹은 긴급하게 필요한 진료로 필요할 때에만 보장됩니다.

### 모든 HMO 플랜에 대한 추가 예외규정 및 제한사항

- 이 플랜은 마사지 요법을 보장하지 않습니다. 단, 그러한 서비스가 물리 요법 치료 플랜의 일부인 경우 제외. 서비스는 반드시 Health Net가 요구한 것처럼 승인된 치료 플랜에 기초해야 하며 Health Net 또는 의료진 그룹의 사전 승인 없이 비협약 의상에 의해 이루어진 의료진 그룹 서비스 및 용품은 보장되지 않습니다.
- 계약을 체결하지 않은 공급자 혹은 시설로부터 받은 서비스 또는 용품은 담당 의료진 그룹(의료), 관리자(정신 장애 또는 화학물 의존)가 승인하거나 또는 응급상황 혹은 긴급하게 필요한 진료로 필요할 때에만 보장됩니다.

# HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜(19세 이상에 한함)에 선택적 치과 보장이 포함됨

## HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜의 치과 의료에 대한 주 혜택 및 보장

HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에 대한 치과 보장은 Health Net of California, Inc.에 의해 제공되고 Dental Benefit Providers of California, Inc.에 의해 관리됩니다. 이 혜택은 HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에만 포함되어 있습니다.

중요: 본 플랜하에 보장되지 않는 서비스인 치과 서비스를 받기를 옵션으로 선택하시면 협약 치과 의료서비스 제공자는 그러한 서비스에 대해 제공자의 일반적이고 통상적인 비용을 귀하에게 청구할 수 있습니다. 보험 보장되지 않는 혜택인 그러한 치과 서비스를 환자에게 제공하기 이전에 해당 치과 의사는 제공될 각 서비스와 각 서비스의 예상 비용을 포함한 치료 계획은 해당 환자에게 제공해야 합니다. 치과 보장 옵션에 대한 좀 더 자세한 정보는 Health Net 치과 ID 카드 뒷면에 인쇄된 번호로 고객센터에 전화하거나 담당 보험 중계인에게 전화해 주십시오. 귀하 보험 보장을 완벽하게 이해하려면 보험 보장의 증서 문서를 자세하게 살펴보셔야 합니다.

## 치과 의사 선택

당사 치과 플랜은 귀하로 하여금 개인 치과 공급자를 선택하는 것을 쉽게 하여줍니다. 가입하면 반드시 귀하 지역에 있는 당사 일차진료 치과의 목록에서 전체 가족에 대한 치과 의사를 선택해야 합니다.

온라인에서 일차진료 치과의를 찾으려면 [www.yourdentalplan.com/healthnet](http://www.yourdentalplan.com/healthnet)로 가서 **치과 의사 찾기**를 클릭해 주십시오. 공급자를 선택하는데 도움이 필요하면 Health Net의 치과 고객센터에 **1-866-249-2382**번으로 전화해 주십시오.

한 달에 한 번 담당 주치 치과의를 변경할 수 있습니다. 그 달 15일 이전에 변경된 주치 치과의는 다음 달 첫째날에 그 효력을 발휘합니다. 일차진료 치과의 목록에서 새 치과 의사를 선택한 다음, Health Net 치과 고객센터에 1-866-249-2382번으로 전화하여 변경해 주십시오.

또한 성인과 어린이에 대한 치열 교정 보장을 제공합니다. 연중 언제든지 명부에서 치열 교정 치과의를 선택해 주십시오.

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 보장의 증표와 보험 플랜 계약서를 참조해 주십시오.

**치과 혜택 요약**

<i>보험 적용되는 혜택.</i>		<i>회원 부담액</i>
<b>가입자 우선부담금(디덕터블)</b>		없음
<b>평생 최대 한도액</b>		없음
<b>전문가 서비스 - 진단</b>		
D0120	소아 구강 검사 - 기존 환자	비용 없음
D0140	제한적 구강 검사 - 문제에 집중	비용 없음
D0150	종합적 구강 검사 - 신규 또는 기존 환자	비용 없음
D0210	구강내 X-선 촬영 - 전체 시리즈(교익형 포함)	비용 없음
D0220	구강내 X-선 촬영 - 치근단 첫 촬영	비용 없음
D0230	구강내 X-선 촬영 - 치근단 각 추가 촬영	비용 없음
D0240	구강내 X-선 촬영 - 교합 촬영	비용 없음
D0270	교익형 X-선 촬영 - 단일 촬영	비용 없음
D0272	교익형 X-선 촬영 - 두 번 촬영	비용 없음
D0273	교익형 X-선 촬영 - 세 번 촬영	비용 없음
D0274	교익형 X-선 촬영 - 4번째 교익형 X-선 촬영은 12개월에 한 번 촬영할 때 4번째 촬영으로 제한됩니다.	비용 없음
D0330	파노라마 촬영	비용 없음
D0350	구강 / 안면 사진 영상	비용 없음
D0460	치수 생활력 검사	비용 없음
D0470	진단용 캐스트	비용 없음
D0473	조직 기탁, 현미경 육안 검사, 서면 보고서 작성 및 전송	비용 없음
D0474	조직 기탁, 질병 존재를 확인하기 위한 잘라낸 조직 가장자리의 육안 검사와 현미경 검사, 서면 보고서의 준비와 전송	비용 없음
D0486	브러시 생검 샘플 실험실 기탁, 현미경 검사, 서면 보고서 준비 및 전송	비용 없음
<b>예방의료</b>		
D1110	예방 - 초회	\$8
D1110	예방 - 동일 보험년에서 2번째 예방은 다음으로 제한됩니다. (a) 매 12개월 마다 한 번의 첫 치료, (b) 12개월 마다 한 번의 "두 번째" 치료. 추가 예방은 전문가 진료와 동일하게 치과적으로 필요하다고 판단된 경우 보장됩니다. 예를 들어 임신부와 같은 고위험 환자, 항암요법을 받고 있는 가입자, 또는 당뇨병과 같은 위태로운 계통적 질환을 앓고 있는 가입자.	\$23
D1204	불소 도포 - 예방 조치 비포함	\$3
D1206	불소 국소 바니쉬 - 충치 위험도가 보통에서 고위험에 해당되는 환자를 위한 치료 요법	\$3
D1310	치과 질환 예방을 위한 영양 상담	비용 없음
D1330	구강 위생 지침	비용 없음
D1510	간격유지장치 - 고정식, 한쪽	\$75
D1515	간격유지장치 - 고정식, 양쪽	\$155
D1520	간격유지장치 - 이동식, 양쪽	\$100

보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함 <sup>1</sup>
<b>예방 (계속)</b>		
D1525	간격유지장치 - 이동식, 양쪽	\$170
D1550	간격유지장치의 리시멘테이션	\$15
D1555	고정식 간격유지장치의 제거	\$15
<b>복원</b>		
D2140	아말감 - 한 표면, 영구적	\$25
D2150	아말감 - 2개의 표면, 영구적	\$32
D2160	아말감 - 3개의 표면, 영구적	\$41
D2161	아말감 - 4개 이상의 표면, 영구적	\$49
D2330	수지 베이스 합금 - 전방 1개 표면	\$35
D2331	수지 베이스 합금 - 전방 2개 표면	\$45
D2332	수지 베이스 합금 - 전방 3개 표면	\$55
D2335	수지 베이스 합금 - 4개 이상의 표면 또는 절단면의 각도(전방)를 포함	\$65
D2391	수지 베이스 합금 - 후방 1개 표면 (영구 치아)	\$55
D2392	수지 베이스 합금 - 후방 2개 표면 (영구 치아)	\$70
D2393	수지 베이스 합금 - 후방 3개 표면 (영구 치아)	\$85
D2394	수지 베이스 합금 - 4개 이상의 표면 또는 절단면의 각도(전방)를 포함 (영구 치아)	\$85
<b>크라운 - 복원 1개만</b>		
D2710	크라운 - 간접 수지 기반 합금	\$240 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2712	크라운 - 3/4 간접 수지 기반 합금	\$240 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2720	크라운 - 초귀금속을 포함한 수지	\$240 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2721	크라운 - 기본 금속을 주로 이용한 레진	\$240 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2722	크라운 - 귀금속을 포함한 레진	\$240 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2750	크라운 - 귀금속에 용화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2751	크라운- 비금속 융합 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2752	크라운 - 귀금속에 용화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D2780	크라운 - 3/4 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용

(계속)

보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함 <sup>1</sup>
<b>크라운 - 복원 1개만 (계속)</b>		
D2781	크라운 - 3/4 캐스트 주로 비금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2782	크라운 - 3/4 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2790	크라운 - 전체 캐스트 고귀금속 <sup>1</sup>	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2791	크라운 - 풀 캐스트 비금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2792	크라운 - 전체 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2794	크라운 - 티타늄	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2910	리시멘트 인레이, 온레이 또는 부분 보장	\$15
D2915	리시멘트 캐스트 또는 조립식 포스트 및 코어	\$15
D2920	리시멘트 크라운	\$21
D2930	조립식 스테인레스 스틸 크라운 - 유치	\$55
D2931	조립식 스테인레스 스틸 크라운 - 영구치	\$65
D2940	진정제 필링	\$20
D2950	핀을 포함한 핵심 구축	\$23 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2951	복원 이외에 치아당 핀 유지 보존	\$20 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2952	크라운의 간접 제작 이외의 포스트 및 코어	\$100 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2953	각 추가 간접 제작 포스트 - 동일 치아	\$100 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 가공소 비용
D2954	조립식 포스트 및 코어	크라운하기 위해서는 \$60 추가
D2957	각각의 추가 미리 조립된 포스트 - 같은 치아	\$60
D2970	임시 크라운 (골절 치아)	비용 없음
<b>근관치료 전문</b>		
D3110	펄프 캡, 직접 (최종 복원 제외)	\$21
D3120	펄프 캡, 간접 (최종 복원 제외)	\$21
D3220	치료용 치수절단(최종 복원 제외) - 상아시멘트질 경계에 치아머리속질을 제거하고 약물 적용	\$33
D3310	근관 치료 - 전방(최종 복원 제외)	\$170
D3320	치수절단치료(최종 복원 제외)	\$220
D3330	근관 치료 - 어금니(최종 복원 제외)	\$290
D3332	불완전한 근관 치료; 수술할 수 없는, 복원안 되는 또는 골절된 치아	\$170

보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함
<b>치내 치료(계속)</b>		
D3346	이전 근관 치료의 재치료 - 전방	\$185
D3347	이전 근관 치료의 재치료 - 앞어금니	\$240
D3348	이전 근관 치료의 재치료 - 어금니	\$315
D3410	치근단절제술/치근 주위수술 - 전방	\$155
D3421	치근단절제술 / 치근 주위수술 - 앞어금니(첫 번째 루트)	\$155
D3425	치근단절제술/치근 주위수술 - 어금니(첫 번째 루트)	\$155
D3426	치근단절제술/치근 주위수술 -(각 추가되는 루트)	\$75
D3430	역행 충전 - 치근당	\$48
D3450	루트 절단 - 루트당	\$85
D3920	편측절단술(치근 제거 포함), 근관 치료 제외	\$85
<b>치주 치료</b>		
D4210	치은절제술 또는 치은성형술, 4개 이상의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$230
D4211	치은절제술 또는 치은성형술, 1~3개의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$33
D4240	루트플랜을 포함한 잇몸판막술, 네 개 이상의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$30
D4241	루트플랜을 포함한 잇몸판막술, 네 개 이상의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$30
D4260	뼈수술 (플랩 엔트리 및 폐쇄 포함) - 네 개 이상의 인접 치아나 치아경계공간 - 사분면당	\$290
D4261	뼈수술 (플랩 엔트리 및 폐쇄 포함) - 1~3개의 인접 치아나 치아경계 공간 - 사분면당	\$290
D4341	치주 스케일링 및 루트 플래닝 - 네 개 이상의 치아, 사분면당	\$30
D4342	치주 스케일링 및 루트 플래닝 - 1~3개 치아, 사분면당	\$30
D4355	종합평가 및 진단을 위한 전체 구강 변연절제술	\$20
<b>치과 보철(탈착 가능) - 5년 이내에 교체되는 틀니는 보장되지 않음</b>		
D5110	전체 의치-위턱	\$405
D5120	전체 의치 - 아래턱	\$405
D5130	즉시 의치 - 위턱	\$420
D5140	즉시 의치 - 아래턱	\$420
D5211	위턱 부분 의치 - 수지 베이스(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$290
D5212	아래턱 부분 의치 - 수지 베이스(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$290
D5213	위턱 부분 의치 - 수지 의치베이스의 캐스트 메탈 프레임워크(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$385
D5214	아래턱 부분 의치 - 수지 의치베이스의 캐스트 메탈 프레임워크(모든 기존의 클래스프, 레스트, 치아 포함)	\$385
D5410	전체 의치 조정-위턱	\$15
D5411	전체 의치 조정-아래턱	\$15
D5421	부분 의치 조정-위턱	\$15
D5422	부분 의치 조정-아래턱	\$15
D5510	손상된 전체 의치 베이스 수리	\$45

(계속)

보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함 <sup>1</sup>
보철(이동식 의치/부분 의치)		
D5520	잃어버린 또는 손상된 전체 의치 교체(치아당)	\$53
D5610	수지 의치 베이스 수리	\$45
D5620	캐스트 프레임워크 수리	\$58
D5630	손상된 클래스프 수리 또는 교체	\$63
D5640	손상된 치아 교체-치아당	\$53
D5650	기존의 부분 의치에 치아 추가	\$58
D5660	기존의 부분 의치에 클래스프 추가	\$63
D5710	위턱 전체 의치 리베이스	\$185
D5711	아래턱 전체 의치 리베이스	\$185
D5720	위턱 부분 의치 리베이스	\$185
D5721	아래턱 부분 의치 리베이스	\$185
D5730	위턱 전체 의치 리라인(체어사이드)	\$70
D5731	아래턱 전체 의치 리라인(체어사이드)	\$70
D5740	위턱 부분 의치 리라인(체어사이드)	\$70
D5741	아래턱 부분 의치 리라인(체어사이드)	\$70
D5750	위턱 전체 의치 리라인(실험실)	\$120
D5751	아래턱 전체 의치 리라인(실험실)	\$120
D5760	위턱 부분 의치 리라인(치과기공소)	\$120
D5761	아래턱 부분 의치 리라인(치과기공소)	\$120
D5820	임시 부분 의치 - 위턱	\$135
D5821	임시 부분 의치 - 아래턱	\$135
D5850	조직 컨디션닝 - 위턱	\$40
D5851	조직 컨디션닝 - 아래턱	\$40
보철 장치 - 고정		
D6205	가공 의치 - 간접 레진 기반 합금, 큰어금니 제외	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6210	폰턱 - 캐스트 고귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6211	폰턱 - 주로 비금속 캐스트	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6212	폰턱 - 캐스트 귀금속1	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6214	폰턱 - 티타늄	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6240	크라운 - 귀금속에 융화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6241	폰턱= - 주로 베이스 금속에 융화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용
D6242	크라운 - 귀금속에 융화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 치과 기공소 비용



보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함 <sup>1</sup>
<b>보철 장치 - 고정</b>		
D6710	크라운 - 간접 레진 기반 합금	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6750	크라운 - 귀금속에 용화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6751	크라운- 비금속 융합 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6752	크라운 - 귀금속에 용화된 도재	\$305 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6780	크라운 - 3/4 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6781	크라운 - 3/4 캐스트 주로 비금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6782	크라운 - 3/4 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6790	크라운 - 전체 캐스트 고귀금속 <sup>1</sup>	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6791	크라운 - 풀 캐스트 비금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6792	크라운 - 전체 캐스트 귀금속	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6794	크라운 - 티타늄	\$280 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6930	리시멘트 고정 부분 의치 고정 부분 의치는 비고정 부분 의치가 만족스러운 상태로 바뀌지 못할 때에만 보장됩니다.	\$23
D6970	고정 부분 의치 고정장치 이외에 미리 조립된 포스트와 코어	\$100 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6972	고정 부분 의치 고정장치 이외에 미리 조립된 포스트와 코어	\$60
D6973	핀을 포함한 유지장치용 핵심 구축	\$23 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6976	각 추가 간접 제작 포스트 - 동일 치아	\$100 이외에 크라운 용 귀금속 또는 고귀금속 초과 가공소 비용
D6977	각각의 추가 미리 조립된 포스트 - 같은 치아	\$60
D9120	고정 부분 의치의 색서닝	비용 없음
<b>구강 및 상악안면 성형</b>		
D7111	발치, 잔존 치관 - 유치	\$35
D7140	발치, 정출 치아 또는 노출 치근(들어올리기 및/또는 겹자를 이용한 제거)	\$35
D7140	발치, 맹출된 치아 또는 노출된 치근(검사 및/또는 집계 제거)	\$27

(계속)

보험 적용되는 혜택.		회원이 지불함 <sup>1</sup>
<b>구강 및 상악안면 성형 (계속)</b>		
D7140	발치, 맹출된 치아 또는 노출된 치근(검사 및/또는 집계 제거)	\$43
D7210	점막뼈막피판 검사가 필요한 맹출 치아의 수술적 제거와 뼈제거 및/또는 치아의 부분적 제거	\$50
D7220	매복치 제거- 연조직	\$70
D7230	매복치 제거- 부분적 뼈	\$105
D724	매복치 제거- 완전한 뼈	\$135
D7250	잔존 치근의 수술적 제거 (커팅 절차)	\$50
<b>치열 교정</b>		
D8090	성인 치열의 포괄적 교정 치료	\$1,800
D8210	탈착 가능한 기구 요법	\$115
D8220	고정식 기구 요법	\$220
D8670	사전 교정 치료 방문	\$17
<b>보조적</b>		
D9110	치통의 완화 치료(긴급)-간단한 시술	\$14 (이 코페이는 특정 서비스 코페이 이외에 추가됨)
<b>기타 서비스</b>		
D9930	복합 치료(수술 후) - 비정상적인 상황, 보고서에 의해	\$11
D9951	교합 조정 - 제한적	\$27
D9952	교합 조정 - 완전한	\$27
D9999	24시간 사전 통보 없이 예약 약속 지키지 못함 다음과 같은 경우 지키지 못한 예약에 대한 코페이가 적용되지 않을 수 있습니다. (a) 사전 최소 24시간 전에 회원이 취소함, 또는 (b) 응급상황 또는 회원의 통제 밖의 상황으로 인해 예약을 지키지 못함.	\$20
D9999	전체 구강 X-선 촬영 이외의 모든 자료 이전	비용 없음
D9999	전체 구강 X-선 촬영을 포함한 모든 자료 이전	비용 없음
D9999	운영 준비 비용(이용한 보장 서비스에 대해 적용되는 코페이 이외에 방문당 지불 가능)	비용 없음

때때로 일반 치과 의사가 전문의의 서비스가 필요하다고 판단을 내리는 상황이 발생합니다. Health Net는 회원을 전문의에게 의뢰하는 것을 도와드릴 수 있습니다. 하지만 치아교정 이외에 전문의로부터 받은 서비스에 대해 본 플랜에서는 보장되지 않습니다.

치과 코드는 Current Dental Terminology© American Dental Association에서 유추했습니다.

## 코페이

코페이는 보장되는 서비스들에 대한 귀하의 비용 공유분이며 의료 서비스를 받을 시 치과 의사에게 지불합니다. 귀하 치과 혜택에는 디덕터블 또는 연간 최대 보험 혜택금 제한이 있지 않습니다. 선택한 협약 일차진료 치과의에게 귀하의 Health Net 치과 회원 ID 카드를 제시하기만 하면 됩니다. 아주 간단합니다!

HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜하의 치과 서비스 혜택에 대한 코페이는:

- 귀하의 연간 최대본인부담금으로 누적되지 않습니다.
- 귀하의 플랜에 연간 가입자 우선부담금 (디덕터블)이 있으면, 코페이는 디덕터블에 해당되지 않으며
- 귀하의 플랜에 연간 가입자 우선부담금 (디덕터블)이 있으면, 코페이는 디덕터블로 누적되지 않습니다.

**주의:** Plus 플랜은 모든 카운티에서 이용 가능하지 않습니다. 자세한 내용은 **개인 및 가족 요율 안내서**를 참조해 주십시오.

## HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜의 치과 의료에 대한 주의외규정 및 제한사항

모든 치과적으로 필요한 서비스는 회원의 일차진료(주치) 치과의사에 의해 수행될 경우 보장됩니다. 치과 전문의의 서비스가 필요하면 회원에게 전문의 비용에 대한 책임이 있습니다.

- 예방은 다음으로 제한됩니다. (a) 매 12개월 마다 한 번의 첫 치료, (b) 12개월 마다 한 번의 후속 치료.
- 불소 치료는 12개월마다 2번 보장됩니다.
- 교익형 X-선 촬영은 12개월 기간마다 한 번의 4개 필름으로 제한됩니다.

- 전체 구강 X-선 촬영은 전문가 진료 지침과 동일하게 36개월마다 또는 필요할 때마다 한 번으로 제한됩니다.
- 치주 치료(치은하소파, 치근평활)은 12개월에 5번으로 제한됩니다.
- 수복의 교체는 치과적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
- 고정식 브릿지는 부분 브릿지가 만족스럽게 수복하지 못할 경우에만 보장됩니다.
- 기존 고정식 브릿지의 교체는 수리로 만족될 수 없는 경우에만 보장됩니다.
- 부분 틀니는 전문가 진료 표준과 일치하게 치과적으로 필요한 경우에만 교체됩니다.
- 전체 상악 및/또는 하악 틀니는 전문가 진료 표준과 일치하게 치과적으로 필요한 경우에만 교체됩니다.
- 치료 치과의 또는 Health Net가 치과적으로 필요하지 않다는 의견을 제시하는 서비스.
- 실험적 시술. 실험적 치료가 거부될 경우 독립의료심사 과정을 통해 이의제기할 수 있으며 해당 서비스는 독립의료심사 과정하에서 요구될 경우 보장 및 제공됩니다.
- 이식술.
- 윤곽, 접촉, 교합을 교정할 목적으로 수행되는 시술.
- 보장 서비스로 명시적으로 기재되지 않은 시술.
- 선택적 치과 및 미용 치과.
- 진료 예약을 놓쳤거나 지키지 못했기에 (24시간 전 알림 없이) 발생한 비용은 환자 책임입니다. 하지만 다음과 같은 경우 지키지 못한 예약에 대한 코페이는 적용되지 않습니다. (a) 사전 최소 24시간 전에 회원이 취소함, 또는 (b) 응급상황 또는 회원의 통제 밖의 상황으로 인해 예약을 지키지 못함.

- 일반 마취 또는 정맥/자각 진정. 하지만 그러한 서비스들은 본 플랜의 의료 서비스 부분하에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 본 플랜의 플랜 계약서 및 EOC를 참조해 주십시오.
- 모든 유형의 병원 비용 부과.
- 전체 혹은 부분 틀니의 분실 또는 도난.
- 파절 혹은 탈구의 조절이 필요한 구강 수술, 턱교정 수술, 치과 교정 목적만을 위한 발취(파절 또는 탈구된 치아에 적용되지 않음).
- 처방 의약품.
- 환자의 신체 또는 행동 제한때문에 수행될 수 없는 서비스.
- 측두 하악 관절 치료(일명 "TMJ").
- 악성, 낭종, 종양, 또는 선천성 기형의 치료.

## 치과 플랜 일반 조항

약속을 지키기 못한 진료 예약에는 추가 비용 부담이 부과됩니다. 24시간 전 통보 없이 예약을 지키기 못할 경우 추가 비용 부담이 부과됩니다. 하지만 다음과 같은 경우 지키지 못한 예약에 대한 코페이는 적용되지 않습니다. (1) 사전 최소 24시간 전에 회원이 취소함, 또는(2) 응급상황 또는 회원의 통제 밖의 상황으로 인해 예약을 지키지 못함.

## 치아교정 혜택

19세까지 어린이에 대해 Health Net가 부과한 치열교정 코페이는 건당 \$1,800입니다. 20세 이상 성인은 건당 \$2,000의 치열교정 코페이가 부과됩니다. 이 혜택은 24개월의 일반적, 통상적 치아교정때로 제한됩니다.

## 주 치열교정 예외규정 및 제한사항

Health Net는 자사가 선택한 협약 치과의사들로 보장을 제한할 권리를 보유하고 있습니다.

# HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜(19세 이상에 한함)에 비전 보장이 포함됨

## HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에서 제공되는 비전에 대한 주 혜택 및 보장

Health Net of California, Inc.에 의해 제공됨 Health Net는 비전 서비스 혜택을 제공하기 위해 비전 서비스 공급자 위원인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 체결하였습니다. 이 혜택은 HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에만 포함되어 있습니다.

당사는 귀하가 개인 비전 의료 공급자를 쉽게 선택할 수 있도록 하였습니다. 검안사, 안과 의사, 안경사를 포함한 방대한 공급자 네트워크에서 선택하실 수 있습니다. 참여하는 비전 공급자 상호, 주소, 전화번호에 대해서는 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 으로 로그인한 후 공급자 검색을 클릭해 주십시오. 공급자를 선택하는데 도움이 필요하면 Health Net 비전 회원서비스부에 1-866-392-6058번으로 전화해 주십시오.

HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜의 비전 서비스 혜택에 대한 코페이는:

- 귀하의 연간 최대본인부담금으로 누적되지 않습니다.
- 귀하의 플랜에 연간 가입자 우선부담금 (디덕터블)이 있으면, 코페이는 디덕터블에 해당되지 않으며
- 귀하의 플랜에 연간 가입자 우선부담금 (디덕터블)이 있으면, 코페이는 디덕터블로 누적되지 않습니다.

## HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에서 제공되는 비전 의료에 대한 혜택 및 보장 도표

이 도표는 보장 혜택을 비교하는데 사용될 목적이며 단지 요약 내용만을 담고 있습니다. 보험 보장 혜택 및 제한사항에 대한 자세한 설명은 보험 보장의 증표와 보험 플랜 계약서를 참조해 주십시오.

### 비전 혜택 요약

보험 적용되는 혜택.	회원 부담액
<b>가입자 우선부담금</b>	없음
<b>일생 최대 한도액</b>	없음
<b>전문 서비스</b> 의학적으로 필요한 산동검사	\$10의 코페이
<b>콘택트렌즈 검사</b> 기본 콘택트렌즈 피팅 및 후속 방문	최대 \$250
고급 콘택트렌즈 피팅 및 후속 방문	소매가격에서 10% 할인 받음
<b>재료</b> 안경테(12개월마다 한 번, \$80 허용금)	\$0의 코페이
표준 플라스틱 안경 렌즈(12개월마다) 단초점	\$40의 코페이
이중초점	\$40의 코페이
삼중초점	\$40의 코페이
수정체	\$40의 코페이
표준 다중 초점 렌즈	\$105의 코페이
프리미엄 다중 초점 렌즈	\$105 코페이, 비용의 80%, \$120 이하 허용금
렌즈 옵션(기본 렌즈 이외) UV 코팅	소매가격에서 20% 할인 받음
틴팅(단색, 그레이디언트)	소매가격에서 20% 할인 받음
기본 플라스틱 스크래치 방지	소매가격에서 20% 할인 받음
기본 폴리카보네이트	소매가격에서 20% 할인 받음
기본 반사 방지	소매가격에서 20% 할인 받음
기타 부가 서비스	소매가격에서 20% 할인 받음
콘택트 렌즈(매 12개월마다) (안경 렌즈 대신, 재료만 포함): 치과 질환 예방을 위한 영양 상담 <sup>2</sup>	\$0
의학적으로 필요한 경우의 콘택트렌즈 일반 콘택트 렌즈(\$80 허용금)	\$0 코페이, 허용금 초과하는 잔액에 대해 15% 할인
일회용 콘택트 렌즈(\$80 허용금)	\$0 코페이 및 허용금 초과하는 잔액

제한: 전문가가 인정한 진료 표준에 따라 본 플랜은 12개월마다 한 번의 시력 검사를 보장합니다. 보험 혜택은 기타 다른 할인, 판촉 제공 또는 기타 그룹 보험 혜택 플랜과 함께 사용할 수 없습니다. \*\*허용한도는 단 한번 사용하는 혜택입니다. 남은 잔액이 없습니다. 콘택트렌즈 검사는 회원의 시력 검사 이외에 추가로 받아야 하는 검진입니다. 초기 피팅 검사 이후의 콘택트 렌즈 후속 방문에 대한 추가 코페이가 없습니다.

<sup>1</sup>콘택트 렌즈는 개인이 다음 상태 중 한가지의 진단을 받을 경우 의학적으로 필요하다고 정의됩니다.

- 일반 안경 렌즈를 통해 환자의 한쪽 또는 양쪽 눈의 시력이 20/40으로 교정되지 못하는 원추각막.
- 구면 렌즈 대응치가 -12D 또는 +9D를 초과하는 고굴절이상.
- 3D 이상 되는 굴절부등.
- 가장 잘 교정될 수 있는 기본 안경 렌즈와 비교하여 시력표에서 두(2)라인 향상될 수 있도록 교정될 수 있는 시력을 가진 회원.

## 비전 검사

전문가가 인정한 진료 기준에 따라 이 검사에는 시력 문제 및 기타 이상 증상을 알아내기 위한 눈과 관련 구조의 분석이 포함됩니다.

## 안경테

검사 결과 안경이 필요할 경우, 본 비전 플랜은 최대 안경점에서 안경테에 있어 최대 \$80까지 매 12개월마다 한 번 보험 보장할 뿐만 아니라 이 허용금을 초과하는 금액에 대해 20% 할인해 드립니다. 만약 회원이 이 허용금 보다 더 비싼 안경테를 선택할 경우, 해당 안경테의 소매가격과 허용금액간의 차액에 대해 80% 만을 해당 회원이 부담하게 됩니다.

## 안경 렌즈

검사 결과로 인해 교정 렌즈가 처음으로 처방되거나 현재 교정 렌즈를 착용하고 있는 분이 새 렌즈를 필요로 할 경우, 본 비전 플랜은 위에서 가리킨 서비스 수준으로 렌즈 한 쌍을 보장합니다. 보장은 시력 수정을 위해 의학적으로 필요한 표준 단일시, 이중초점, 삼중초점, 또는 수정체 플라스틱 렌즈로 제한됩니다.

## 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈

의학적으로 필요한 콘택트 렌즈에 대한 보장은 의학적 필요성, Health Net가 인가한 사전 승인, 적용 가능한 예외규정 및 제한사항의 구속을 받습니다.

## 의학적으로 필요하지 않은 통상적 또는 일회용 콘택트 렌즈

의학적으로 필요하지 않는 통상적 또는 휴대용 콘택트 렌즈는 \$80의 최대 소매점 허용금까지 보장됩니다. 보장될 경우 의학적으로 필요하지 않는 콘택트 렌즈는 안경 렌즈 대신 제공되며 안경 렌즈와 같은 동일한 간격 기간마다 제공될 것입니다. 만약 회원이 이 허용금 보다 더 비싼 콘택트 렌즈를 선택할 경우, 위에서 설명한 것처럼 이 허용금을 초과한 공급자의 청구금액에 대한 책임은 회원에게 있습니다.

## 두 번째 구입

참가하는 비전 공급자는 첫 혜택이 소진되면 두 번째 구입에 대해 정상 비용에서 최대 40%까지의 할인을 제공합니다.

## Health Net HMO Plus 플랜과 Health Net HSP Plus 플랜에서 제공되는 비전 혜택에 대한 주 예외규정 및 제한사항

다음 비전 서비스와 비용은 HMO Plus 플랜과 HSP Plus 플랜에서는 보장되지 않습니다.

- 보장은 참여하는 비전 공급자가 제공한 서비스로 제한됩니다.
- 추가 및 의학적으로 필요하지 않는 서비스 및 재료. Health Net에 의해 서비스 및 재료가 다음에 해당된다고 결정될 경우, 서비스 및 재료에 대한 비용은 제외됩니다. (1) 비전 혜택 요약서에서 설명된 안경테, 렌즈, 콘택트 렌즈에 대한 허용금 이상 또는 (2) 의학적으로 필요하지 않는 서비스.
- 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈. 콘택트 렌즈 처방에 대한 보장은 의학적 필요성, Health Net가 인가한 사전 승인, 적용 가능한 예외규정 및 제한사항의 구속을 받습니다. 보장될 경우, 콘택트 렌즈는 본 비전 플랜에서 안경 렌즈가 보장되는 동일한 간격 기간마다 제공됩니다. 이 보장은 모든 안경 렌즈 및 안경테를 대신합니다.
- 의학적으로 필요하지 않는 콘택트 렌즈. 의학적으로 필요하지 않는 콘택트 렌즈에 대한 처방은 위에서 언급한 대로 최대 소매점 콘택트 렌즈 혜택 허용금까지 보장됩니다. 이 보장은 안경 렌즈와 동일한 간격으로 안경 렌즈를 대신합니다. 이 허용금은 콘택트 렌즈 구입과 관련된 모든 비용에 적용됩니다. 만약 회원이 이 허용금 보다 더 비싼 콘택트 렌즈를 선택할 경우, 이 허용금을 초과한 공급자의 청구금액에 대한 책임은 회원에게 있습니다.

- 의료 또는 병원. 모든 유형의 병원에서 받은 비전 서비스, 눈에 대한 의료 또는 외과 수술적 치료에 대한 병원 및 의료 비용은 제외됩니다.
  - 본 비전 플랜의 정기적 보장 간격으로 교체된 경우를 제외하고 분실, 도난, 또는 파쇄로 인한 교체는 제외됩니다.
  - 정형외과, 시력 훈련, 모든 관련 검사, 정상 이하 시력 보조기 및 평면오목(비처방) 렌즈.
  - 이중초점을 대신한 두 번째 안경은 제외됩니다.
- 예외규정 및 제한사항의 전체 목록은 보험 플랜 계약서와 보험 보장의 증표를 참조해 주십시오.





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**

Անվանար 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

Խոսկերի 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**



## Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-909-3447-8711 (영어)

1-877-891-9050 (광둥어)

1-877-339-8596 (한국어)

1-877-891-9053 (만다린어)

1-800-331-1777 (스페인어)

1-877-891-9051 (타갈로그어)

1-877-339-8621 (베트남어)

## 청각, 언어 장애인을 위한 지원

1-800-995-0852

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)