

개인 및 가족 PPO 보험 플랜

Health Net를 통해 이용 가능

보장에 대해서는 www.healthnet.com 으로 가서 오늘 바로 신청하십시오!



Health Net®

보험 보장, 예외규정, 제한사항의 개요

캘리포니아 주(州) 북부, 중부에서 이용 가능한 플랜¹

Health Net Life Insurance Company 개인 및 가족 건강 보험 플랜 주요 의료 비용 보장.

귀하 보험 증서를 자세히 읽어주십시오.

본 보험 보장의 개요는 Health Net PPO 증서(줄여서 증서)의 중요한 특징들에 대한 간략한 설명을 제공합니다. 이것은 보험 계약이 아니며 실제 보험 조항들만이 규제할 것입니다. 보험 증서 자체는 귀하와 Health Net Life Insurance Company 두 당사자들의 권리 및 책임을 자세하게 명시합니다. 따라서 귀하께서 본인의 보험 증서를 자세하게 읽어보는 것이 중요합니다!

¹Health Net Life Insurance Company PPO 플랜들은 PureCare One 공급자 네트워크를 이용합니다. Contra Costa, Marin, Merced, Napa, Orange, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, 일부 Kern 카운티, Los Angeles, Riverside, San Bernardino 카운티에서 제공됩니다.

Health Net Platinum 90 PPO – C4Q

보험 혜택 설명	보험자 책임	
	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
평생 무제한 최대한도	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
플랜 최대한도 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음	없음
최대 본인부담금 ⁴	개인: \$4,000 / 가족: \$8,000	개인: \$8,000 / 가족: \$16,000
전문 서비스 진료 방문	\$20	50%
전문의 상담	\$40	50%
예방 의료 서비스 ⁵	\$0	보장되지 않음
X-선 및 진단 영상 촬영 / 임상병리실 절차	\$40 / \$20	50%
영상(CT/PET 스캔, MRI)	10%	50%
재활/자활 요법	\$20	보장되지 않음
병원 서비스 입원환자 병원 시설 서비스(산과 포함)	10%	50%
외래환자 수술(병원 또는 외래환자 수술센터 비용에 한함)	10%	50%
전문 요양 시설	10%	50%
응급 서비스 응급실(입원 시 코페이 면제)	시설: \$150 / 의사: 10%	시설: \$150 / 의사: 10%
긴급진료	\$40	50%
구급차 서비스(지상/항공)	\$150	\$150
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 (입원환자)	10%	50%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 (외래환자)	진료 방문: \$20 진료 방문 이외: 0%	50%
가정 건강 의료 서비스 (100회 방문/년, 네트워크 내 및 비네트워크 서비스 합산)	10%	50%
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%	보장되지 않음
침술(의학상 필요)	\$20	보장되지 않음

(계속)

Health Net Platinum 90 PPO – C4Q (계속)

보험 혜택 설명	보험자 책임	
척추교정 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음
처방약 보장 처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁶		
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$5	보장되지 않음
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$15	보장되지 않음
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$25	보장되지 않음
티어 IV (전문 약)	10%, 처방전당 최대 \$250까지	보장되지 않음
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스	\$0	0%
소아 비전 ^{7,9} 정기 눈 검사	\$0	보장되지 않음
안경	연간 1쌍	보장되지 않음

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹ 일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

² 보험자는 협약 또는 선호 공급자가 보험 보장 서비스를 제공하는데 있어 받아들이기로 동의한 협정된 가격을 지불합니다.

³ 비네트워크 환급 방법에 대해서는 본 보험 약관을 참조해 주십시오.

⁴ 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이 또는 공동보험료는 비네트워크 소속 공급자에 대한 최대본인부담금에 대해 적용되지 않습니다. 비네트워크 서비스에 대해 지불된 공동보험료는 선호 공급자에 대한 최대본인부담으로 적용되지 않습니다.

⁵ 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.

⁶ 필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 보험 약관을 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 공유로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 공유 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 약관과 Health Net의 Essential Rx Drug List를 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁷ 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸ 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 보험 증서를 참조하십시오.

⁹ 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

Health Net Gold 80 PPO – C4P

보험 혜택 설명	보험자 책임	
평생 무제한 최대한도	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
플랜 최대한도 연간 가입자 우선부담금(디덕터블)	없음	없음
최대 본인부담금 ⁴	개인: \$6,200 / 가족: \$12,400	개인: \$12,400 / 가족: \$24,800
전문 서비스 진료 방문	\$35	50%
전문의 상담	\$55	50%
예방 의료 서비스 ⁵	\$0	보장되지 않음
X-선 및 진단 영상 촬영 / 임상병리실 절차	\$50 / \$35	50%
영상(CT/PET 스캔, MRI)	20%	50%
재활/자활 요법	\$30	보장되지 않음
병원 서비스 입원환자 병원 시설 서비스(산과 포함)	20%	50%
외래환자 수술(병원 또는 외래환자 수술센터 비용에 한함)	20%	50%
전문 요양 시설	20%	50%
응급 서비스 응급실(입원 시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: 20%	시설: \$250 / 의사: 20%
긴급진료	\$60	50%
구급차 서비스(지상/항공)	\$250	\$250
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스 정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스(입원환자)	20%	50%
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스(외래환자)	진료 방문: \$35 진료 방문 이외: 0%	50%
가정 건강 의료 서비스 (100회 방문/년, 네트워크 내 및 비네트워크 서비스 합산)	20%	50%
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%	보장되지 않음
침술(의학상 필요)	\$35	보장되지 않음
척추교정 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음

(계속)

Health Net Gold 80 PPO – C4P (계속)

보험 혜택 설명	보험자 책임	
처방약 보장 처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁶		
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15	보장되지 않음
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50	보장되지 않음
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$70	보장되지 않음
티어 IV (전문 약)	20%, 처방전당 최대 \$250까지	보장되지 않음
소아 치과 ^{7,8} 진단 및 예방 서비스 (\$60 가입자 우선부담금 적용)	\$0	0%
소아 비전 ^{7,9} 정기 눈 검사	\$0	보장되지 않음
안경	연간 1쌍	보장되지 않음

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹ 일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

² 보험자는 협약 또는 선호 공급자가 보험 보장 서비스를 제공하는데 있어 받아들이기로 동의한 협정된 가격을 지불합니다.

³ 비네트워크 환급 방법에 대해서는 본 보험 약관을 참조해 주십시오.

⁴ 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이 또는 공동보험료는 비네트워크 소속 공급자에 대한 최대본인부담금에 대해 적용되지 않습니다. 비네트워크 서비스에 대해 지불된 공동보험료는 선호 공급자에 대한 최대본인부담으로 적용되지 않습니다.

⁵ 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.

⁶ 필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 보험 약관을 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 공유로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 공유 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 약관과 Health Net의 Essential Rx Drug List를 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.

⁷ 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.

⁸ 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 보험 증서를 참조하십시오.

⁹ 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

Health Net Silver 70 PPO – C4R

보험 혜택 설명	보험자 책임	
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 가입자 우선부담금의 대상입니다.	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
플랜 최대한도 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) ⁴	개인: \$2,250 / 가족: \$4,500	개인: \$4,500 / 가족: \$9,000
최대 본인부담금 (연간 가입자 우선부담금 포함) ⁵	개인: \$6,250 / 가족: \$12,500	개인: \$12,500 / 가족: \$25,000
전문 서비스 진료 방문	\$45 (가입자 우선부담금 면제)	50%
전문의 상담	\$70 (가입자 우선부담금 면제)	50%
예방 의료 서비스 ⁶	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
X-선 및 진단 영상 촬영 / 임상병리실 절차	\$65 (가입자 우선부담금 면제) / \$35 (가입자 우선부담금 면제)	50%
영상(CT/PET 스캔, MRI)	\$250 (가입자 우선부담금 면제)	50%
재활/자활 요법	\$45 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
병원 서비스 입원환자 병원 시설 서비스(산과 포함)	20%	50%
외래환자 수술(병원 또는 외래환자 수술센터 비용에 한함)	20% (가입자 우선부담금 면제)	50%
전문 요양 시설	20%	50%
응급서비스 응급실(입원시 코페이 면제)	시설: \$250 / 의사: \$50	시설: \$250 / 의사: \$50
긴급진료	\$90 (가입자 우선부담금 면제)	50%
구급차 서비스(지상/항공)	\$250	\$250
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 (입원환자)	20%	50%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스 (외래환자)	진료 방문: \$45 (가입자 우선부담금 면제) 진료 방문 이외: \$0 (가입자 우선부담금 면제)	50%
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문, 네트워크 내 및 비네트워크 서비스 합산)	\$45 (가입자 우선부담금 면제)	50%

(계속)

Health Net Silver 70 PPO – C4R (계속)

보험 혜택 설명	보험자 책임	
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
침술(의학상 필요)	\$45 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
척추교정 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음
처방약 보장 처방약 연간 가입자 우선부담금	개인: \$250 / 가족: \$500	보장되지 않음
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁷		
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	\$15 (처방약 가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	\$50	보장되지 않음
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	\$75	보장되지 않음
티어 IV (전문 약)	20%, 처방전당 최대 \$250까지 (처방약 가입자 우선부담금 후)	보장되지 않음
소아 치과 ^{8,9} 진단 및 예방 서비스	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	\$0 (가입자 우선부담금 면제)
소아 비전 ^{8,10} 정기 눈 검사	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
안경	연간 1쌍	보장되지 않음

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

- 일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.
- 보험자는 협약 또는 선호 공급자가 보험 보장 서비스를 제공하는데 있어 받아들여기로 동의한 협정된 가격을 지불합니다.
- 비네트워크 환급 방법에 대해서는 본 보험 증서를 참조해 주십시오.
- 보장되는 서비스와 네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 비네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다. 또한 보장되는 서비스와 비네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다.
- 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이 또는 공동보험료는 비네트워크 소속 공급자에 대한 최대본인부담금에 대해 적용되지 않습니다. 비네트워크 서비스에 대해 지불된 공동보험료는 선호 공급자에 대한 최대본인부담으로 적용되지 않습니다.
- 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.
- 필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 공유로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 공유 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 Essential Rx Drug List를 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.
- 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.
- 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 보험 증서를 참조하십시오.
- 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

Health Net Bronze 60 PPO – C4M

보험 혜택 설명	보험자 책임	
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 가입자 우선부담금의 대상입니다.	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
플랜 최대한도 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) ⁴	개인: \$6,000 / 가족: \$12,000	개인: \$13,000 / 가족: \$26,000
최대 본인부담금 (연간 가입자 우선부담금 포함) ⁵	개인: \$6,500 / 가족: \$13,000	개인: \$13,000 / 가족: \$26,000
전문 서비스 진료 방문	1-3회 방문: \$70 (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: \$70 (가입자 우선부담금 적용) ⁶	50%
전문의 상담	1-3회 방문: \$90 (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: \$90 (가입자 우선부담금 적용)	50%
예방 의료 서비스 ⁷	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
X-선 및 진단 영상 촬영 / 임상병리실 절차	100% (가입자 우선부담금 적용) / \$40 (가입자 우선부담금 면제)	100%
재활/자활 요법	70% (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
병원 서비스 입원환자 병원 시설 서비스 (산과 포함)	100%	100%
외래환자 수술 (병원 또는 외래환자 수술센터 비용에 한함)	100%	100%
전문 요양 시설	100%	100%
응급서비스 응급실(입원시 코페이 면제)	100%	100%
긴급진료	1-3회 방문: \$120 (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: \$120 (가입자 우선부담금 적용)	50%
구급차 서비스(지상/항공)	100%	100%
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스(입원환자)	100%	100%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스(외래환자)	진료 방문: \$70 (가입자 우선부담금 면제) 진료 방문 이외: \$0 (가입자 우선부담금 면제)	50%

(계속)

Health Net Bronze 60 PPO – C4M (계속)

보험 혜택 설명	보험자 책임	
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문, 네트워크 내 및 비네트워크 서비스 합산)	100%	100%
기타 서비스 내구성 의료 장비	100%	보장되지 않음
침술(의학상 필요)	1-3회 방문: \$70 (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: \$70 (가입자 우선부담금 적용) ⁶	보장되지 않음
척추교정 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음
처방약 보장 처방약 연간 가입자 우선부담금	개인: \$500 / 가족: \$1,000	보장되지 않음
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁸		
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 가입자 우선부담금 후)	보장되지 않음
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 가입자 우선부담금 후)	보장되지 않음
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 가입자 우선부담금 후)	보장되지 않음
티어 IV (전문 약)	100%, 처방전당 최대 \$500까지(처방약 가입자 우선부담금 후)	보장되지 않음
소아 치과 ^{9.10} 진단 및 예방 서비스	0%	0%
소아 비전 ^{9.11} 정기 눈 검사	0%	보장되지 않음
안경	연간 1쌍	보장되지 않음

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

¹ 일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

² 보험자는 협약 또는 선호 공급자가 보험 보장 서비스를 제공하는데 있어 받아들이기로 동의한 협정된 가격을 지불합니다.

³ 비네트워크 환급 방법에 대해서는 본 보험 증서를 참조해 주십시오.

⁴ 보장되는 서비스와 네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 비네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다. 또한 보장되는 서비스와 비네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다.

⁵ 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이 또는 공동보험료는 비네트워크 소속 공급자에 대한 최대본인부담금에 대해 적용되지 않습니다. 비네트워크 서비스에 대해 지불된 공동보험료는 선호 공급자에 대한 최대본인부담으로 적용되지 않습니다.

⁶ 1-3회 방문 (진료 방문, 전문의 진료 방문, 긴급진료, 산전/산후 방문, 침술, 외래환자 정신 건강/약물 남용 모두 포함): 해당 역년 가입자 우선부담금은 면제됩니다. 4회-무제한 방문: 해당 역년 가입자 우선부담금이 적용됩니다.

- 7 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.
- 8 필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 공유로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 공유 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 Essential Rx Drug List을 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.
- 9 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.
- 10 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc.라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 보험 증서를 참조하십시오.
- 11 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.

Health Net Minimum Coverage PPO – C4N

보험 혜택 설명	보험자 책임	
평생 무제한 최대한도. 그렇지 않다고 명시되지 않는 한 혜택은 가입자 우선부담금의 대상입니다.	네트워크 내 ^{1,2}	비네트워크 ^{1,3}
플랜 최대한도 연간 가입자 우선부담금(디덕터블) ⁴	개인: \$6,850 / 가족: \$13,700	개인: \$13,700 / 가족: \$27,400
최대 본인부담금 (연간 가입자 우선부담금 포함) ⁵	개인: \$6,850 / 가족: \$13,700	개인: \$13,700 / 가족: \$27,400
전문 서비스 진료 방문	1-3회 방문: 0% (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: 0% (가입자 우선부담금 적용) ⁶	0%
전문의 상담	0%	0%
예방 의료 서비스 ⁷	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
X-선 및 진단 영상 촬영	0%	0%
재활/자활 요법	0%	보장되지 않음
병원 서비스 입원환자 병원 시설 서비스 (산과 포함)	0%	0%
외래환자 수술(병원 또는 외래환자 수술센터 비용에 한함)	0%	0%
전문 요양 시설	0%	0%
응급서비스 응급실(입원시 코페이 면제)	0%	0%
긴급진료	1-3회 방문: 0% (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: 0% (가입자 우선부담금 적용)	50%
구급차 서비스(지상/항공)	0%	0%
정신/행동건강/약물 남용 장애 서비스 정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스(입원환자)	0%	0%
정신/행동 건강 / 약물 남용 장애 서비스(외래환자)	0%	0%
가정 건강 의료 서비스 (연간 100회 방문, 네트워크 내 및 비네트워크 서비스 합산)	0%	0%

보험 혜택 설명	보험자 책임	
기타 서비스 내구성 의료 장비	0%	보장되지 않음
침술(의학상 필요)	1-3회 방문: 0% (가입자 우선부담금 면제) / 4회 이상 방문: 0% (가입자 우선부담금 적용) ⁶	보장되지 않음
척추교정 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음
처방약 보장 유명상표약 연간 가입자 우선부담금	의료 가입자 우선부담금과 합산	보장되지 않음
처방약(협약 약국에서 조제받을 경우 최대 30일 복용량까지) ⁸		
티어 I (대부분의 복제약 및 저렴한 비용의 선호 상표)	0%	보장되지 않음
티어 II (비선호 복제약 및 선호 유명상표약)	0%	보장되지 않음
티어 III (비선호 유명상표약에 한함)	0%	보장되지 않음
티어 IV (전문 약)	0%	보장되지 않음
소아 치과 ^{9,10} 진단 및 예방 서비스	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	\$0 (가입자 우선부담금 면제)
소아 비전 ^{9,11} 정기 눈 검사	\$0 (가입자 우선부담금 면제)	보장되지 않음
안경	연간 1쌍	보장되지 않음

본 내용은 보험 혜택의 요약본입니다. 모든 서비스, 제한사항, 또는 예외규정을 포함하지 않습니다. 보험 보장의 약관에 대해서는 보험 증서를 참조해 주십시오.

Catastrophic 플랜은 30세 미만의 개인이 이용할 수 있습니다. 30세 이상이고 최소 기본 보장을 유지해야 할 연방 요구조건으로부터 면제받을 경우, 귀하에게 이 플랜의 자격이 있을 수도 있습니다.

- 일부 서비스는 Health Net의 사전 인증을 필요로 합니다. 사전 인증 없이는 추가로 \$250이 적용됩니다. 좀 더 자세한 내용은 본 보험 증서를 참조해 주십시오.
- 보험자는 협약 또는 선호 공급자가 보험 보장 서비스를 제공하는데 있어 받아들이기로 동의한 협정된 가격을 지불합니다.
- 비네트워크 환급 방법에 대해서는 본 보험 증서를 참조해 주십시오.
- 보장되는 서비스와 네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 비네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다. 또한 보장되는 서비스와 비네트워크 소속 공급자로부터 받은 용품에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용된 금액은 네트워크 소속 공급자에 대한 해당 역년의 가입자 우선부담금에 적용되지 않습니다.
- 네트워크 내 서비스에 대해 지불된 코페이 또는 공동보험료는 비네트워크 소속 공급자에 대한 최대본인부담금에 대해 적용되지 않습니다. 비네트워크 서비스에 대해 지불된 공동보험료는 선호 공급자에 대한 최대본인부담으로 적용되지 않습니다.
- 1-3회 방문 (진료 방문, 긴급진료, 산전/산후 방문, 침술, 외래환자 정신 건강/약물 남용 모두 포함): 해당 역년 가입자 우선부담금은 면제됩니다. 4회-무제한 방문: 해당 역년 가입자 우선부담금이 적용됩니다.
- 미국 예방 서비스 태스크 포스(Preventive Services Task Force, USPSTF)의 A, B 등급 권장사항, 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 본부장에 의해 채택된 예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)의 권장사항, 보건자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에 의해 지원된 포괄지침에서 제공된 여성 예방의료 및 선별검사, 유아, 어린이, 청소년에 대해 HRSA에 의해 지원되는 포괄지침에 기초한 보장 서비스. 일반적으로 권장되는 예방 서비스에 대한 추가 정보는 www.healthcare.gov로 가십시오. 예방 의료에 대한 적용 가능한 비용 공유가 이러한 서비스들에 적용됩니다.

(계속)

- 8 필수 처방약 목록(Essential Rx Drug List)은 본 플랜에 의해 보장되는 처방약들의 목록입니다. 일부 약들은 Health Net의 사전 승인이 필요합니다. Essential Rx Drug List의 사본을 원하시면 Health Net 웹사이트로 가십시오. 처방약 전체 정보에 대해서는 본 증서를 참조하십시오. 플랜은 대부분 여성 처방 피임약을 \$0 비용 공유로 보장합니다. 일부 약들에 대한 보장은 복제약, 유명상표 티어 시스템을 따르지 않을 수 있습니다. 보장, 비용 공유 티어 정보에 대해서는 귀하 보험 증서와 Health Net의 Essential Rx Drug List을 참조해 주십시오. 보험 증서는 법적 구속력을 갖는 문서입니다. 본 책자에 있는 정보가 보험 증서에 있는 정보와 다른 경우, 보험 증서가 그 우선권을 갖습니다. 우편 주문(최대 90일 분량)을 통해 조제 받은 처방약은 2배의 코페이를 필요로 합니다. 구체적인 약에 관한 자세한 내용은 www.healthnet.com으로 가십시오.
- 9 소아 치과와 검안은 모든 플랜에 포함되어 있습니다.
- 10 소아 치과 혜택은 Health Net Life Insurance Company로부터 가입 심사를 받고 Dental Benefit Providers, Inc라는 이름으로 운영되는 치과 혜택 행정 서비스(Dental Benefit Administrative Services: DBP 단체)에 의해 관리됩니다. DBP 단체는 Health Net의 자회사가 아닙니다. 추가 소아 치과 혜택이 보장됩니다. 자세한 내용은 보험 증서를 참조하십시오.
- 11 소아 검안 서비스 혜택은 Health Net Life Insurance Company의 가입 심사를 받습니다. Health Net는 소아 검안 서비스 혜택을 제공하기 위해 검안 서비스 공급자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺었습니다.



주요 의료 비용 보장

이 보장의 범주는 보험 보장이 되는 사고 또는 질병으로 인해 발생한 주요 병원, 의료, 수술 비용에 대한 혜택을 보험자에게 제공하기 위해 설계되었습니다. 혜택은 일상 병실 및 식사, 기타 병원 서비스, 수술 서비스, 마취 서비스, 병원내 의료 서비스, 병원외 의료, 가입자 우선부담금, 코페이 조항 또는 해당 약관에서 명시된 기타 제한사항의 구속을 받는 보철 기구에 대해 제공되어질 수 있습니다.

주된 혜택 및 보장

각 플랜의 보장 서비스 및 용품의 요약에 대해서는 아래 목록을 참조해 주십시오. 또한 플랜에 가입한 후 받게된 증서를 참조해 주십시오. 보험 증서는 건강 보험 플랜에 포함된 혜택과 보장에 관한 좀 더 자세한 정보를 제공합니다.

- 알레르기 혈청
- 알레르기 테스트 및 치료
- 구급차 서비스 - 지상/항공 구급차 이송
- 외래 수술 센터
- 비만(체중 감량) 수술 (비네트워크의 경우 보장되지 않음)
- 임신 상태에 대한 의료
- 임상 시험
- 당뇨병 관련 합병증을 예방 또는 치료하는 교정 신발류
- 당뇨병 기구
- 진단 영상(X-선 촬영 포함) 및 임상병리 절차
- 재활 요법
- 가정 건강 의료 에이전시 서비스
- 호스피스 의료
- 입원환자 병원 서비스
- 유기 안구 렌즈를 대체하는 의학적으로 필요하여 이식된 렌즈

- 의학적으로 필요한 재건성형
- 의학적으로 필요하여 외과적으로 이식된 약물
- 정신 건강 의료 및 약물 의존 혜택
- 외래환자 병원 서비스
- 외래환자 주입 요법
- 장기, 조직, 골수 이식
- 환자 교육(당뇨병 교육 포함)
- 보험 증서에서 명시된 소아 비전
- 페닐케톤뇨증(PKU)
- 임신 및 산과 서비스
- 예방 의료 서비스
- 전문가 서비스
- 보철
- 방사선 치료, 화학치료, 신장 투석 치료
- 재활 요법(물리, 언어, 작업, 심장, 폐 요법 포함)
- 내구성 의료 장비의 임대 또는 구입
- 자가 주입 가능한 약물
- 전문 요양 시설
- 남/여 불임술
- 의학적으로 필요한 경우 치과 상해에 대한 치료

생식 건강 서비스

일부 병원들과 기타 공급자들은 귀하 보험 약정하에서 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 난관결찰술을 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 Net Life의 고객센터 센터에 1-888-926-4988번으로 전화하여 필요한 건강 의료 서비스를 받을 수 있는지 여부를 확인하십시오.

비용 공유

보장은 가입자 우선부담금, 공동보험료, 코페이의 구속을 받습니다. 전체 세부 사항에 대해서는 해당 증서를 참조해 주십시오.

인증(서비스의 사전 승인)

일부 서비스는 사전 인증의 대상입니다. 증서에서 해당되는 서비스의 전체 목록을 참조해 주십시오.

예외규정 및 제한사항

다음은 일반적으로 보장되지 않는 서비스들의 부분 목록입니다. 플랜의 예외규정 및 제한사항에 관한 전체 세부내용은 해당 증서를 참조해 주십시오.

- 의학적으로 필요 없는 서비스 또는 물품.
- 보험 증서에서 명시된 최대 한도액을 초과하는 모든 비용.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 미용성형.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 19세

이상 성인에 대한 치과 서비스.

- 약관절 장애(Temporomandibular Joint Disorders, TMJ) (의학적으로 필요한 외과 시술 제외).
- 그러한 시술들이 의학적으로 필요한 경우를 제외한 상악골 또는 하악골 뼈의 위치이상 또는 부적절한 발달을 교정하기 위한 목적의 수술 및 관련 서비스.
- 식품, 식이, 영양 보충제. 페닐케톤 요증 (PKU)의 합병증을 방지하기 위한 처방 및 특수 식품 제외
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 안경을 대체하기 위한 특정 눈 수술을 포함한 19세 이상 성인에 대한 시력 의료.
- 보험 증서의 다른 어느곳에 구체적으로 명시된 것을 제외한 19세 이상 성인에 대한 검안 서비스 또는 눈 운동.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 19세 이상 성인에 대한 안경 또는 콘택트 렌즈.
- 성전환
- 자발적으로 외과적으로 유도된 불임을 복원하기 위한 서비스.
- 여성을 임신시키기 위한 의도의 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 다음 서비스들과 용품들은 수정능력 보전에서 제외됩니다. 생식세포 또는 배아 보관, 향후 임신하기 위한 냉동 생식세포 또는 배아의 사용, 사전 이식 유전자 진단, 기증자 난자, 정자, 또는 배아, 대리모.
- 특정 유전자 검사.
- 실험적 또는 연구적 서비스.
- 정기적인 신체검사. 예방 의료 서비스 제외(예: 보험, 면허, 고용, 학교 또는 캠프용 신체 검사). 보험 증서에서 구체적으로 명시된 것을 제외한 질환 또는 상해의 진단 또는 치료와 관련 없는 신체, 눈, 청각 검사.

- 외국 여행 또는 직업상 목적의 성인 또는 어린이에 대한 예방접종 또는 접종.
- 보장되는 질환 또는 상해와 관련 없는 서비스. 비보장 성형수술로 인해 발생한 합병증과 같은 비보장 서비스로 인해 발생한 합병증의 치료는 보장됩니다.
- 간병 또는 자가치료.
- 주로 외래환자 신분으로 안전하게 수행할 수 있는 진단 테스트에 대해 병원 입원 또는 기타 입원환자 치료 시설과 연계된 발생한 입원환자 병실 및 식사 비용.
- 병원 입원과 관련한 환경 변화, 물리 치료, 만성 통증 치료에 주로 지불되는 입원환자 병실 또는 숙식 비용.
- 어떻게 지정되든지 상관 없이 합법적으로 운영되지 않는 병원 또는 Medicare 승인 전문 요양 시설, 혹은 노인들이 주로 거처하는 곳, 요양원 또는 모든 유사한 기관인 비자격 기관에 의해 제공된 모든 서비스 또는 용품.
- 병원(또는 기타 입원환자 시설)의 가장 일반적인 일반 병실 요금을 초과한 비용.
- 불임 치료 서비스.
- 개인 간호.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 일반의약품(Over-The-Counter) 의료 용품.
- 개인 편의 물품.
- 보험자의 신체에 맞도록 맞춤형으로 제작되고 보험 증서에 명시되지 않는 경우를 제외한 보장구.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보청기
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 비만 관련 서비스.
- 납입 또는 추가 보험료 없이 Medicare 혜택에 의해 받은 모든 서비스.
- 보험 보장의 효력 발생일 이전에 받은 서비스
- 보장 만료 이후에 받은 서비스.
- 정부 기관에 의해 운영되지 않는 자선 연구 병원에서 받은 서비스를 제외한 보험 보장이 없는 상태에서 보험자에게 무료로 이루어진 서비스.
- 의사 자가 치료.
- 보험자의 집에 거주하고 있는 사람 또는 혈연 또는 결혼에 의해 보험자와 혈연 관계에 있는 사람에 의해 행하여진 서비스.
- 가정 폭력으로 인해 발생한 부상 또는 의료 상태로 인한 부상이 아닌 보험자의 범법 행위(또는 미수 행위)로 유발된 상태.
- 정부의 보유 기금이 있는 경우, 핵 에너지의 방출로 인해 유발된 상태.
- 지역, 주(州), 또는 연방 정부 기관에 의해 제공되거나 지불이 이루어진 서비스. 이 제한은 Medi-Cal, Medicaid 또는 Medicare에 적용되지 않습니다.
- 대리모가 Health Net의 보험 가입자인 경우, 대리모 임신이 보장되는 서비스. 하지만 대리 임신에 대해 보상이 이루어진 경우, 해당 플랜은 의료 비용을 회수하기 위해 그러한 보상에 대해 유치권을 설정합니다.
- 보험 증서에서 명시된 것을 제외한 모든 외래환자 환경에서 조제 또는 투약된 모든 외래환자 약, 의약품 또는 기타 물질.

- 응급진료를 제외한 외국에 있는 동안 구해진 서비스 및 용품.
- 응급진료 기준이 충족되지 않았던 경우의 가정 출산.
- 보험 보장이 없는 경우, 보장을 받는 사람이 해당 공급자에 지불할 법적 구속을 받지 않는 서비스에 대한 환급.
- 보장 비용을 초과한다고 Health Net Life가 판단한 보장 의료 서비스 및 치료에 대한 비네트워크 소속 공급자에 의해 부과된 금액.
- 의사에 의한 승인을 받은 여부에 상관 없이 다음 물품과 관련된 모든 비용: (a) 승강기 설치를 포함해 보험자의 신체 또는 의료 상태에 대한 편의 제공을 위한 해당 보험자 거주지의 변경, (b) 보정기구, 깁스, 부목을 제외한 교정 기기, (c) 공기 청정기, 에어컨, 가습기, (d) 보험 증서에서 구체적으로 제공된 경우를 제외한 교육 서비스 또는 영양 상담.
- 보험 증서에서 열거된 당뇨병 용품을 제외한 가정 사용용 일회용 용품.

일부 서비스들은 서비스를 받기 전에 Health Net로부터 사전 인증을 받아야 합니다. 어떤 서비스와 시술에 사전 인증이 필요한가에 대한 자세한 내용은 귀하 보험 증서를 참조해 주십시오.

Health Net Life는 투석 서비스 또는 산과 의료에 있어 사전 인증을 요구하지 않습니다. 하지만 투석 서비스를 시작할 때 또는 첫 산전 진료 방문 시 고객센터 센터에 1-888-926-4988번으로 전화해 주십시오.

사전 인증은 자폐증에 대한 행동 건강 치료에 있어서도 필요하지 않습니다. 하지만 면허 소지 의사 또는 면허 소지 심리학자가 자폐증 진단을 확정했다는 문서를 Health Net Life에 제출해 주십시오. 또한 유자격 자폐증 서비스 공급자는 반드시 Health Net Life에 최초 치료 플랜을

제출해야 합니다. 자세한 설명은 보험 약관을 참조하십시오.

본 보험 증서의 갱신 가능성

보험 약관에 명시된 종료 조항에 따라 매달 보험료가 납부되고 Health Net Life에 접수되는 기간에 한해 보험 보장의 효력은 유지되게 됩니다.

보험료

당사는 귀하의 보험료를 조정 또는 변경할 수 있습니다. 당사가 귀하의 보험료 금액을 변경할 경우, 보험료 변경의 효력일 최소 60일 이전에 공지서를 우편으로 우송해 드릴 것입니다. 보험료는 귀하, 본인의 부양 배우자 또는 등록된 동거인의 연령에 따라 자동으로 조정됩니다. 보험료는 거주지 주소가 변경될 때에도 조정될 수 있습니다.

청구 대 보험료 비율

Health Net Life의 2014년 위험 보정 및 개인 및 가족 PPO and EPO 보험 플랜의 재보험료를 반영한 후 발생한 보험 청구액수 대 보험료 소득 비율은 82.1 퍼센트였습니다. 발생한 보험 청구액수 대 보험료 소득 계산은 저렴한 의료 개혁 법안(Affordable Care Act.)하에서 정해진 의료 손실 비율 계산과 다릅니다.

Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (영어)

1-877-891-9050 (광둥어)

1-877-339-8596 (한국어)

1-877-891-9053 (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