

개인 및 가족
Exchange
HMO 및 HSP 플랜

Covered California™를 통해

이용 혜택을 받으시려면 www.CoveredCA.com을 방문하셔서 오늘 신청하십시오!



Health Net®

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

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

본 공개 양식에서 설명하는 혜택은 인종, 민족, 피부색, 국적, 조상, 성별, 성적체성, 성별 표현, 연령, 장애, 성적 취향, 유전 정보, 결혼 유무, 동거 관계 또는 종교를 근거로 차별하지 않으며 기존 질병 또는 제외 기간에 영향을 받지 않습니다.

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

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

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

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

Health Net HMO CommunityCare 네트워크 플랜에서 보장하는 서비스 이용

서비스 제공자 유형	병원	의사	부속	약국	행동 건강
제공받는 곳	¹ CommunityCare 네트워크 병원들만 가능	¹ CommunityCare 네트워크 의사들만 가능	Health Net과 계약한 모든 부속 서비스 제공자	모든 Health Net 참여 약국들	Health Net 과 계약한 모든 행동 건강 서비스 제공자들
<p>¹의사 및 병원 서비스에 대한 본 플랜의 혜택은 오직 CommunityCare 네트워크 의사 또는 병원에서만 제공받은 혜택이 보장된 서비스에만 유효합니다. 단, 다음의 경우는 예외입니다. (1) 귀하의 의사 그룹이 30마일 반경 이상 떨어진 곳에서 긴급하게 필요한 치료 및 모든 응급 치료, (2) 귀하의 CommunityCare 네트워크 의사 그룹이 진료의뢰를 비-CommunityCare 네트워크 서비스 제공자들에게 발급한 경우 및 (3) Health Net이 승인한 비-CommunityCare 네트워크 서비스 제공자로부터 받는 보장되는 서비스.</p>					

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

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

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

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

- 네트워크
- 서비스 제공자 목록

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

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

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

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

Health Net PureCare HSP 네트워크 플랜에서 보장하는 서비스 이용

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

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

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

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

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

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

귀하 및 귀하의 가족을 위한 Health Net 개인 및 가족 보장

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

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

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

HMO가 귀하에게 적합합니까?

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

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

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

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

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

HSP가 귀하에게 적합합니까?

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

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

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

달력 연도 공제액

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

최대 본인 부담금

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

HSP 플랜에만 해당하는 인증 요구조건

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

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

인증을 요구하는 서비스:

1. 입원¹

다음에 포함하나 이에 국한되지 않는 모든 유형의 시설:

- 급성 재활 센터
- 약물 남용시설
- 호스피스
- 병원
- 행동 건강 시설
- 전문 간호 시설

2. 복강천자 (병원에서 수행하는 경우)

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

3. 구급차: 비응급 항공 또는 지상 구급차 서비스
4. 응용 행태 분석(ABA) 및 자폐 및 전반적 발달 장애를 위한 기타 유형의 행동 건강 치료(BHT).
 - 통지, 진단서 및 첫 6개월의 치료 계획 필수, 6개월 이후 지속적인 의료적 필요를 결정하기 위해 사전 인증 필수
5. 등 수술
6. 비만 치료 시술
7. 안검성형술 (안검하수 포함)
8. 유방 축소 및 확대
9. 손목골 증후군 (병원에서 수행하는 경우)
10. 백내장 수술 (병원에서 수행하는 경우)
11. 연골 세포 이식
12. 치과 및 교정 서비스를 포함하는 구개열 재건
13. 임상 실험
14. 달팽이관 이식
15. 맞춤형 보조기기
16. 피부과 - 입원 시술
 - 피부 주사 및 이식
 - 박리술/화학적 박피
 - 레이저 치료
 - 화학적 박리 및 전기 분해 요법
17. 내구성 의료 장비
 - 골성장 촉진 장비
 - 지속적 양압기 (CPAP)
 - 맞춤형 제작품
 - 병원 침대
 - 전동 휠체어
 - 스쿠터
18. 증진된 외부 역박동술 (EECP)
19. 선택적 제왕절개술
20. 복부, 허벅지, 둔부, 다리, 엉덩이, 팔뚝, 팔, 손, 턱밑 지방 및 기타 부위의 과도한 피부 및 피하 조직 삭제 (지방 제거 및 지방 절제술 포함)
21. 실험적/조사적 서비스 및 새로운 기술
22. 유전자 검사
23. 탈장 회복 (병원에서 수행하는 경우)
24. 지방 흡입술
25. 간 조직검사 (병원에서 수행하는 경우)
26. 여성형 유방의 경우 유방 절제술
27. 신경 또는 척수 자극
28. 직업 및 언어 치료 (가정 설정 포함)
29. 구개열 재건 수술의 필수 요소로써 의료적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스. 구개열은 구개열, 구순파열 또는 기타 구개열과 관련된 두개안면 이상을 포함합니다.
30. 양악 수술 (TMJ 치료 포함)
31. 귀 성형술
32. 외래 진단 시술:
 - 심장카테터법
 - 컴퓨터단층촬영법 (CT)
 - 초음파 심장 검진
 - 자기 공명 혈관조영상 (MRA)
 - 자기 공명 영상 (MRI)
 - 단일광자방출단층촬영(SPECT)을 포함한 심장핵의학
 - 양전자 방사 단층 촬영 (PET)
 - 수면 연구

33. 외래 약품
 - 자가 주사제
 - 의사 진료소, 독립적 주입 센터, 외래 수술 센터, 외래 투석 센터 또는 외래 병원에서 의사가 주입하는 특정 약품. 인증이 요구되는 의사 주입 약품의 목록이 필요하신 경우 Health Net 웹사이트 www.healthnet.com을 참조하십시오.
34. 외래 물리 치료 및 침술 (12회 방문 초과, 가정 설정 포함)
35. 청구 금액이 \$2,500를 초과하는 보형물
36. 방사선 치료
37. 코 성형술
38. 비중격성형술
39. 편도절제술, 인두편도절제술 (병원에서 수행하는 경우)
40. 전체 관절 교체 (둔부, 무릎, 어깨, 발목)
41. 이식 관련 서비스
42. 성전환 서비스
43. 정맥류 치료
44. 상하부 위장 내시경 (병원에서 수행하는 경우)
45. 비뇨기과 시술 (병원에서 수행하는 경우)
46. 구개수구개인두성형술 (UPPP) 및 레이저 지원 UPPP
47. 점막 증강술을 동반한 홍순절제술
48. 구강전정성형술
49. X-스톱

적절한 시간 내에 비-응급 의료 서비스 제공

캘리포니아 주 관리보건국(California Department of Managed Health Care, DMHC)은 비-응급 의료 서비스를 적절한 시간 내에 제공해야 하는 요구조건을 포함하는 새로운 규정(제28편, 1300.67.2.2 섹션)을 발표하였습니다.

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

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

플랜 개요 – Health Net Platinum 90 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금(이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$4,000 / 가족 \$8,000
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ²	\$15
전문의 방문 ²	\$40
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ³	\$15
예방 치료 서비스 ^{2,4}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$40
실험실 검사	\$20
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$150
재활 및 훈련 요법	\$15
외래환자 서비스 외래환자 수술	시설 \$250 / 의사 \$40
병원 서비스 병원 입원 시설 (출산 포함)	시설 하루당 \$250 (최대 5일) / 외과의사 \$40 ⁵
전문 간호 진료	하루당 \$150 / 최대 5일 ⁶
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$150 / 의사 \$0
긴급 치료	\$15
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$150
정신/행동 건강/약물 사용 장애 서비스⁷ 정신/행동 건강/약물 중독 (입원)	시설 하루당 \$250 (최대 5일) / 외과의사 \$40
정신/행동 건강/약물 중독 (외래환자)	\$15 진료소 방문 / \$0 진료소 방문 외 기타
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$20
기타 서비스 내구성 의료 장비	10%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 이외) ⁸	처방전당 10% / 최대 \$250
처방약 보장 ^{9,10,11,12} (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$15
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$25
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 10% / 최대 \$250
소아 치과¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과¹⁵ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

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

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

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

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

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

5병원 입원당 1회의 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트가 적용됩니다. 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트는 입원 병원 시설 서비스 코페이먼트와 함께 수납됩니다. 최초 5일간 연속 병원 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

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

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

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

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

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

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Gold 80 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,750 / 가족 \$13,500
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ²	\$30
전문의 방문 ²	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ³	\$30
예방 치료 서비스 ^{2,4}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$55
실험실 검사	\$35
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$275
재활 및 훈련 요법	\$30
외래환자 서비스 외래환자 수술	시설 \$600 / 의사 \$55
병원 서비스 병원 입원 시설 (출산 포함)	시설: 하루당 \$600 / 최대 5일, 의사: \$55 ⁵
전문 간호 진료	하루당 \$300 / 최대 5일 ⁶
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$325 / 의사 \$0
긴급 치료	\$30
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강/약물 사용 장애 서비스⁷ 정신/행동 건강/약물 중독 (입원)	시설: 하루당 \$600 / 최대 5일, 의사: \$55
정신/행동 건강/약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$30 / 진료소 방문 외 기타: \$0
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$30
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 (인슐린 이외) ⁸	처방전당 20% / 최대 \$250
처방약 보장^{9,10,11,12} (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 20% / 최대 \$250
소아 치과¹⁴ 진단 및 예방 서비스	\$0
소아 안과¹⁵ 정기 안과 검사	\$0
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

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

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

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

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

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

5병원 입원당 1회의 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트가 적용됩니다. 입원 의사/외과 의사 서비스 코페이먼트는 입원 병원 시설 서비스 코페이먼트와 함께 수납됩니다. 최초 5일간 연속 병원 입원 이후 추가 코페이먼트는 없습니다.

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

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

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

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

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

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 70 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$2,500 / 가족 \$5,000
최대 본인 부담금 (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,800 / 가족 \$13,600
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$35 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$35 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$70 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 요법	\$35 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 시설 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$35 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강/약물 사용 장애 서비스⁶ 정신/행동 건강/약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강/약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$35 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 20% 최대 \$35 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$45 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% 최대 \$250 (Rx 공제액 적용)
처방약 보장^{8,9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$80 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹³	Rx 공제액 이후 처방전당 20% 최대 \$250

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10처방약 공제액은 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전체 가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다. 처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 전신 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 유포와 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 94 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$8 (공제액 면제)
실험실 검사	\$8 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$50 (공제액 면제)
재활 및 훈련 요법	\$5 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 시설(출산 포함)	10%
전문 간호 진료	10%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$50 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$5 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$30
정신/행동 건강/약품 사용 장애 서비스⁶ 정신/행동 건강/약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강/약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$5 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 10% 최대 \$5 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$3 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 10% 최대 \$150 (Rx 공제액 면제)
처방약 보장^{8,9,10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	없음
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 10%/최대 \$150 (공제액 면제)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 요율과 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 87 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기제가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 한도 달력 연도 공제액 ²	독신 \$650 / 가족 \$1,300
최대 본인 부담금 (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 분야 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$10 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$10 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$25 (공제액 면제)
실험실 검사	\$15 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$100 (공제액 면제)
재활 및 훈련 요법	\$10 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	15% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 시설 (출산 포함)	15%
전문 간호 진료	15%
응급 치료 서비스 응급실 서비스 (입원하는 경우 코페이먼트 면제)	시설 \$100 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$10 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$75
정신/행동 건강/약품 사용 장애 서비스⁶ 정신/행동 건강/약물 중독 (입원)	15%
정신/행동 건강/약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$10 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 15% 최대 \$10 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$15 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	15% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 15% 최대 \$150 (Rx 공제액 적용)
처방약 보장^{8,9, 10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$50 / 가족 \$100
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$20 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$35 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹³	Rx 공제액 이후 처방전당 15% 최대 \$150

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 73 HMO

CommunityCare HMO는 Covered California를 통해 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티 그리고 Kern, Riverside 및 San Bernardino 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ¹
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ²	독신 \$2,200 / 가족 \$4,400
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,700 / 가족 \$11,400
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$30 (공제액 면제)
전문의 방문 ³	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$30 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$30 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$30 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$30 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 20% 최대 \$30 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{8,9, 10,11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$50 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10처방약 공제액은 1군 처방약품에는 적용되지 않습니다. 기타 모든 처방약의 경우 Health Net이 지불을 시작하기 전에 처방약 공제액(달력 연도당)을 지불해야 합니다. 귀하가 2인 이상 가족의 구성원인 경우, 귀하가 한 명의 가족에 대한 금액에 도달한 시점 또는 귀하의 전제

가족이 가족 금액에 도달한 시점에 귀하는 처방약 공제액에 도달하게 됩니다. 처방약 공제액은 참여 약국을 통해 공급되는 당뇨 용품 및 기기 및 천식 치료에 사용되는 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 예방 약품 및 여성 피임약에는 적용되지 않습니다. 처방약에 대한 비용 혜택은 Health Net과 계약을 맺고있는 약국의 유포와 혜택이 보장된 처방약의 약국 소매 가격 중 더 낮은 금액이 적용됩니다.

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11 Essential Rx 약품 목록은 질병과 증상에 대해 보험이 보장되는 승인된 약품의 목록입니다. 이 목록은 Health Net에서 만들었으며 Health Net 과 계약한 의사들 및 참여 약국들에 배포됩니다. 본 목록에 있는 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. 보장에서 제외 또는 제한되지 않지만 본 목록에 기재되지 않은 약품(비-규정 약품)은 보장됩니다. 본 목록에 기재되지 않은 일부 약품은 Health Net의 사전 승인을 요구합니다. Health Net은 가입자의 의사가 의료적 필요성을 증명하는 경우 3군 코페이먼트를 적용해 목록에 없는 약품을 승인할 것입니다. 의사가 승인을 긴급 요청하는 경우 Health Net이 해당 요청 및 Health Net이 결정을 위해 당연히 필요로 하는 추가 정보를 접수한 후 24시간 이내에 가능한 한 신속하게 처리됩니다. 의사로부터의 정기적 요청의 경우, 결정을 위해 Health Net에서 요청하고 합당한 이유로 필요한 정보를 Health Net이 접수한 후 가입자 증상에 따라 적절하고 의료적 필요에 맞게 72시간을 초과하지 않는 시간 내에 신속히 처리됩니다. Essential Rx 약품 목록의 사본이 필요하신 경우 귀하의 Health Net ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객센터 문의 센터로 전화하시거나 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하십시오. 제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도.	
플랜 최대 달력 연도 공제액	없음
최대 본인 부담금 (이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,750 / 가족 \$13,500
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ³	\$30
전문의 방문 ³	\$55
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁴	\$30
예방 치료 서비스 ^{3,5}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$55
실험실 검사	\$35
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	20%
재활 및 훈련 서비스	\$30
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$325 / 의사 \$0
긴급 치료	\$30
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁶ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$30 진료소 방문 외 기타: 20% 최대 \$30
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	20%
기타 서비스 내구성 의료 장비	20%
호스피스 서비스	\$0
자가 주사제 ⁷ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250
처방약 보장^{8,9,10,11} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75
4군 (특별 약품) ¹²	처방전당 20% / 최대 \$250

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약(특별 약품 포함)을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ³	독신 \$2,500 / 가족 \$5,000
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,800 / 가족 \$13,600
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$35 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$70 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$35 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0
X-레이 및 진단 영상	\$70 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$35 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$35 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$35 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 20%/최대 \$35 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$45 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{9,10, 11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$55 (Rx 공제액 면제)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$80 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반의약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 제네릭의약품이 시판되는 경우 가입자는 제네릭의약품과 유명 상표약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 유명 상표약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 94 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ³	독신 \$75 / 가족 \$150
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$5 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$8 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$5 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$8 (공제액 면제)
실험실 검사	\$8 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$50 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$5 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	10% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	10%
전문 간호 진료	10%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$50 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$5 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$30
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	10%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$5 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 10%/최대 \$5 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$3 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	10% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 10% 최대 \$150 (Rx 공제액 면제)
처방약 보장^{9,10, 11,12} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	없음
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$3 (공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$10 (공제액 면제)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$15 (공제액 면제)
4군 (특별 약품) ¹³	처방전당 10%/최대 \$150(공제액 면제)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

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

플랜 개요 – Health Net Silver 87 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ³	독신 \$650 / 가족 \$1,300
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$2,350 / 가족 \$4,700
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$10 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$25 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$10 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$25 (공제액 면제)
실험실 검사	\$15 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$100 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$10 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	15% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	15%
전문 간호 진료	15%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$100 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$10 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$75
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	15%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$10 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 15%/최대 \$10 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$15 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	15% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 15% 최대 \$150 (Rx 공제액 적용)
처방약 보장^{9,10, 11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$50 / 가족 \$100
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$5 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$20 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$35 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 15% / 최대 \$150 (Rx 공제액 이후)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12금연약을 포함해 식품의약품(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반의약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 제네릭의약품이 시판되는 경우 가입자는 제네릭의약품과 유명 상표약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 유명 상표약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Silver 73 HSP

PureCare HSP는 Covered California를 통해 Kings, Madera, Sacramento 및 Yolo 카운티 그리고 El Dorado, Fresno, Nevada, Placer 및 Santa Clara 카운티 일부에서 이용 가능합니다.

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ³	독신 \$2,200 / 가족 \$4,400
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$5,700 / 가족 \$11,400
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	\$30 (공제액 면제)
전문의 방문 ⁴	\$55 (공제액 면제)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁵	\$30 (공제액 면제)
예방 치료 서비스 ^{4,6}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	\$65 (공제액 면제)
실험실 검사	\$35 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	\$300 (공제액 면제)
재활 및 훈련 서비스	\$30 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	20% (공제액 면제)
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	20%
전문 간호 진료	20%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	시설 \$350 (공제액 면제) / 의사 \$0 (공제액 면제)
긴급 치료	\$30 (공제액 면제)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	\$250
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁷ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	20%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$30 (공제액 면제) 진료소 방문 외 기타: 20%/최대 \$30 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	\$40 (공제액 면제)
기타 서비스 내구성 의료 장비	20% (공제액 면제)
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁸ (인슐린 제외)	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{9,10, 11,12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$250 / 가족 \$500
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$15 (Rx 공제액 면제)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$50 (Rx 공제액 적용)
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$75 (Rx 공제액 적용)
4군 (특별 약품) ¹⁴	처방전당 20% / 최대 \$250 (Rx 공제액 이후)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹²금연약을 포함해 식품의약품(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반의약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 제네릭의약품이 시판되는 경우 가입자는 제네릭의약품과 유명 상표약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 유명 상표약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

¹⁶소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Bronze 60 HSP

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

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 ³	독신 \$6,300 / 가족 \$12,600
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$6,800 / 가족 \$13,600
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용)
전문의 방문 ⁴	1-3회 방문: \$105 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$105 (공제액 적용)
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁶	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ^{4,7}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	100%
실험실 검사	\$40 (공제액 면제)
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	100%
재활 및 훈련 서비스	\$75 (공제액 면제)
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	100%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	100%
전문 간호 진료	100%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	100% 시설 / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	1-3회 방문: \$75 (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: \$75 (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁸ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	100%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	진료소 방문: \$75 (공제액 면제) / 진료소 방문 외 기타: 100% 최대 \$75 (공제액 면제)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	100%
기타 서비스 내구성 의료 장비	100%
호스피스 서비스	\$0 (공제액 면제)
자가 주사제 ⁹ (인슐린 제외)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
처방약 보장^{10,11, 12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	독신 \$500 / 가족 \$1,000
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	처방전당 100% / 최대 \$500 (Rx 공제액 이후)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹²금연약을 포함해 식품의약국(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반의약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 제네릭의약품이 시판되는 경우 가입자는 제네릭의약품과 유명 상표약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 유명 상표약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

¹⁶소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

플랜 개요 – Health Net Minimum Coverage HSP

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

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

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

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
무제한 평생 최대 한도. 혜택에는 별도의 기재가 없는 한 공제액이 적용됩니다.	
플랜 최대 달력 연도 공제액 (처방약에도 적용) ³	독신 \$7,150 / 가족 \$14,300
최대 본인 부담금 (달력 연도 공제액 포함. 이 플랜에서 보장하지 않는 서비스 및 용품에 대한 비용 지불은 본 달력 연도 최대 본인 부담금에 합산되지 않음.)	독신 \$7,150 / 가족 \$14,300
전문 서비스 진료소 방문 코페이먼트 ⁴	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
전문의 방문 ⁴	0%
기타 의료인 진료소 방문 (의료적으로 필요한 침술 포함) ⁶	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
예방 치료 서비스 ^{4,7}	\$0 (공제액 면제)
X-레이 및 진단 영상	0%
실험실 검사	0%
영상 (CT, PET 스캔, MRI)	0%
재활 및 훈련 서비스	0%
외래환자 서비스 외래환자 수술 (시설 요금 및 의사/외과의사 요금 포함)	0%
병원 서비스 병원 입원 서비스 (출산 포함)	0%
전문 간호 진료	0%
응급 서비스 응급실 서비스 (입원 시 코페이먼트 면제)	0% 시설 / \$0 의사 (공제액 면제)
긴급 치료	1-3회 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 방문: 0% (공제액 적용)
구급차 서비스 (지상 및 항공)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 서비스⁸ 정신/행동 건강 / 약물 중독 (입원)	0%
정신/행동 건강 / 약물 중독 (외래환자)	1-3회 진료소 방문: 0% (공제액 면제) ⁵ / 4회 이상 진료소 방문: 0% (공제액 적용)
가정 건강 관리 서비스 (달력 연도당 100회 방문)	0%
기타 서비스 내구성 의료 장비	0%
호스피스 서비스	0%
자가 주사제 ⁹ (인슐린 제외)	0%
처방약 보장^{10,11, 12,13} 처방약 (참여 약국을 통해 받은 최대 30일 분량) 처방약 달력 연도 공제액	의료 공제액에 통합
1군 (대부분의 제네릭의약품 및 저가의 선호 유명 상표약)	\$0
2군 (비-선호 제네릭의약품 및 선호 유명 상표약)	\$0

혜택 설명	가입자(들) 책임 ^{1,2}
3군 (비-선호 유명 상표약)	\$0
4군 (특별 약품) ¹⁴	\$0
소아 치과 ¹⁵ 진단 및 예방 서비스	\$0 (공제액 면제)
소아 안과 ¹⁶ 정기 안과 검사	\$0 (공제액 면제)
안경 (제한사항 적용)	연도당 1쌍

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12금연약을 포함해 식품의약품(FDA)에서 승인한 예방 약품 및 여성 피임약은 가입자들에게 무료로 보장됩니다. 예방 약품은 미국 예방의학 특별 위원회 (U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방 건강 목적으로 사용된 처방된 일반의약품(OTC) 또는 처방약입니다. 보장되는 피임약은 일반의약품(OTC)으로 구입할 수 있거나 처방전이 있어야만 구입할 수 있는 FDA 승인 여성 피임약입니다. 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 조제되었고 동등한 제네릭의약품이 시판되는 경우 가입자는 제네릭의약품과 유명 상표약 비용의 차액을 지불해야 합니다. 그러나 유명 상표 예방 약품 또는 여성 피임약이 의학적으로 필요하고 의사가 Health Net에서 사전 승인을 받은 경우 유명 상표약은 무료로 조제됩니다. 질내, 경구, 경피 및 응급 피임약은 처방약 혜택에 의거해 보장됩니다. IUD, 삽입 및 주사 피임약은 의료 혜택에 의거해 보장됩니다(의사가 투여한 경우).

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

제네릭의약품에 상응하는 대용품이 있는 경우 제네릭의약품이 처방될 것입니다. Health Net은 의료적으로 필요하다고 판단되는 경우 2군, 3군 또는 4군(특별 약품) 코페이먼트를 적용해 동일한 성분의 제네릭의약품이 있는 유명 상표약을 보장합니다.

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

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

16소아 안과 서비스 혜택은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net은 소아 안과 서비스 혜택을 운영하기 위해 안과 서비스 제공자 패널인 EyeMed Vision Care, LLC와 계약을 맺고 있습니다.

가입 신청 방법

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

귀하의 의료 보장에 대해 알아야 할 중요한 사실

자격 요건

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

연례 가입기간은 2016년 11월 1일부터 2017년 1월 31일까지입니다.

특별 가입기간

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

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

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

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

동거인

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

월 청구서 납부 방법

귀하의 보험료는 보장일의 첫째 날까지 Health Net에 수납되어야 합니다. 가입 효력 발효일 이후 보험료가 인상되거나 혜택 또는 플랜 계약서 조항이 변경되는 경우 귀하는 최소 60일 이전에 사전 통지를 받을 것입니다.

Health Net은 가입자에게 혜택, 가입 비용 또는 플랜 계약 조항의 변경에 대해 최소 60일 이전에 통지를 보내드릴 것입니다. 본 건강 플랜의 혜택을 받는 데에 있어 기득권은 없습니다.

혜택의 종료

귀하는 귀하가 요청한 플랜 계약의 종료일로부터 최소 14일 전에 Covered California 또는 Health Net에 통지함으로써 귀하의 보장을 취소할 수 있습니다. 그러한 경우 플랜 계약은 귀하가 Covered California 또는 Health Net에 통지한지 14일 후 귀하가 요청한 날짜 이후 또는 Health Net이 동의하는 경우 더 이른 날짜의 오전 12:01에 종료됩니다. Health Net은 다음의 이유로 귀하의 보장을 개별적으로 종료할 권리를 갖습니다.

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

피부양자에 대한 자격 조건의 허위 진술, 유효하지 않은 처방전 또는 의사의 명령 제출 또는 Health Net 가입자 ID 카드의 오용 (또는 타인에게 양도).

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

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

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

Health Net이 플랜 계약을 철회 또는 해지할 수 있는 경우:

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

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

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

플랜 계약의 해지

플랜 계약이 해지되는 경우 귀하는 해지 발효일 30일 전에 해지 통지를 받으실 것입니다.

플랜 계약의 철회

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

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

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

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

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

1. 결정의 근거 설명,
2. 철회 발효 날짜 제공,
3. 보장이 철회된 개인 외에 귀하의 보장에 근거해 보장된 다른 모든 가족은 계속 보장을 받을 수 있다고 명시,

4. 귀하의 월 보험료는 플랜 계약에 따라 보장이 지속되는 가족 수에 따라 조정된다는 설명,
5. Health Net의 결정에 동의하지 않는 경우 Health Net 및/또는 관리 보건국 양측에서 갖고 있는 권리 및 선택 사항 설명,
6. 검토 요청 권리 양식 포함. 귀하는 해지, 철회 또는 비갱신 통지 날짜로부터 180일 이내에 Health Net 및/또는 관리 보건국에 요청 권리 양식을 제출해야 합니다.

플랜 계약이 철회되는 경우:

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

Health Net이 귀하의 이의신청을 거절하는 경우 귀하는 캘리포니아 주 관리보건국으로부터 지원을 요구할 권리가 있습니다.

갱신 조항

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

Health Net의 혜택 관리

Health Net은 가입자를 위해 본 플랜에 따라 보장되는 소아 초과 혜택을 관리합니다. 개인 보험에 따른 의료 서비스 혜택을 관리하지 않습니다.

이용 검토의 정의

Health Net은 저희의 개인 및 가족 Exchange 플랜에 따라 보장되는 의료적 치료가 자원을 효율적이면서 신중하게 이용할 수 있고 궁극적으로 치료 품질을 지속적으로 향상하는 데 도움이 되는 정책 및 절차를 따라 제공되도록 노력합니다. Health Net은 다음의 주요한 절차를 근거로 서비스의 승인 또는 거절을 결정합니다.

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

Health Net의 이용 검토 시스템(Utilization Review System)에 대한 추가 정보를 원하시는 경우 1-800-839-2172번을 이용해 Health Net의 고객 문의 센터로 문의하십시오.

Health Net의 임상 실험 참여 비용 보장 여부

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

판단해야 합니다. 추가 정보가 필요하신 경우 **플랜 계약서 및 보험 적용 확인서**를 참조하십시오.

Health Net에 동의하지 못하는 경우

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

뿐만 아니라, 만일 Health Net이 의료적 필요성이 결여되었다는 이유로 거절된 클레임의 이의신청을 거부하거나 실험적 또는 조사적인 약품, 기기, 시술이나 치료 요법에 관련해 요청된 치료에 대한 보장을 거부하거나 지연시킨 경우, 가입자가 **플랜 계약서 및 보험 적용 확인서**에 명시된 자격요건을 갖추었다면 가입자는 Health Net의 결정에 대해 관리보건국에 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

이의 신청 처리 절차 결과에 만족하지 못하는 가입자는 이 문제를 구속력있는 중재에 제출할 수 있습니다. Health Net은

의료 과실을 포함하여 분쟁을 해결하기 위해 구속력있는 중재를 이용합니다. 가입 조건에 따라 가입자는 해당 분쟁의 해결을 위해 배심원 또는 재판에 대한 권리를 포기합니다.

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

2차 소견이 필요한 경우

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

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

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

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

Health Net의 보험료 비율

개인 및 가족 HMO 및 HSP 플랜에 대해 지불된 건강 서비스에 대한 Health Net의 2015년 보험료 비율은 71.6%입니다.

관련된 주체의 관계

의사 그룹, 계약된 의사, 병원, 참여 서비스 제공자 및 기타 건강 관리 서비스 제공자는 Health Net의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. Health Net 및 직원 개개인은 의사 그룹, 계약된 의사, 병원 또는 기타 건강 관리 서비스 제공자의 에이전트 또는 직원이 아닙니다. 모든 주체들은 독립적 계약자이고

귀하의 보장 선택에 따른 보장된 서비스 또는 용품을 제공하기로 서로 계약을 맺고 있습니다. 가입자들은 Health Net, Health Net의 에이전트 또는 직원 또는 의사 그룹, 참여 서비스 제공자, 의사 또는 병원 또는 개인 또는 보장된 서비스 또는 용품을 제공하기 위해 Health Net이 마련하거나 마련할 예정인 조직의 행위 또는 실수에 책임이 없습니다.

서비스 제공자 계약의 종료 시 관리의 지속

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

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

- 급성 증상.
- 계약 종료일로부터 십이 개월을 넘지 않는 심각한 만성 질병.

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

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

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

심한 정신 질환 및 아동 중증 정서 불안증의 정의

심한 정신 질환에는 정신분열증, 분열정동성 장애, 양극성 장애(조울증), 주요 우울 장애, 공황 장애, 강박 장애, 전반적 발달 장애(자폐적 장애, 레트 장애, 소아기 붕괴성 장애, 아스퍼거 장애 및 정신 장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders) 최신 개정판을 포함하나 이에 국한되지 않는 전문적으로 인정되는 기준에 따라 비정형 자폐증이라고 구체화되지 않은 전반적 발달 장애), 자폐증, 신경성 식욕부진증 및 신경성 대식증을 포함합니다.

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

서비스 제공자가 제한하는 불임 관리 서비스

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

서비스 제공자 환급 방법

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

Health Net이 가입자의 의료 청구서를 지불하는 시기 및 방법

저희는 귀하가 저희의 참여 서비스 제공자 또는 PCP 또는 HMO 플랜의 경우 귀하의 PCP가 귀하를 위해 전문의에게 진료의뢰를 하는 경우 보장된 서비스에 대한 지불을 담당합니다. 저희는 이러한 의사들과 클레임 양식을 제출해야 하는 번거로움을

생략하기로 동의했습니다. 진료 시 귀하의 Health Net ID 카드만 제시하시면 됩니다.

응급 상황의 경우 본인의 주치의 또는 참여 서비스 의사에게 진료를 받아야 하는지 여부

Health Net은 전 세계에서 응급 및 긴급 치료 서비스를 보장합니다.

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

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

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

응급 치료에는 응급 의료 상황 또는 활성화 분만 상태가 존재하는지 여부 및 그러한 경우 관리, 치료 및 수술이 해당 개인의 면허 범위 내에 있는 경우 해당 시설이 허용하는 범위 내에서 응급 의료 상황을 완화 또는 제거하는 데 필요한지 여부를 결정하기 위해 의사(또는 적용되는 법에 의거해 허용되고 면허의 범위 내에 있는 기타 개인)가 수행하는 의료적 스크리닝, 검진 및 평가를 포함합니다. 응급 의료 상태는 충분한 심각성(심한 통증)을 가진 급성 증상이 나타나는 의료적 상태로 즉각적인 의료적 관심이 없으면 다음의 결과를 야기할 것으로 예상되는 경우를 의미합니다. (a) 환자의 건강을 심각한 위험에 빠트리거나

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

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

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

HSP 플랜의 경우 응급 또는 긴급 상황이 종료되고 귀하의 상태가 안정된 후 취해지는 후속 조치(중증 정신 질환 및 아동 중증 정서 장애를 포함)는 Health Net(의료) 또는

건강보험 서비스 운영자(정신 장애 및 약물 의존)에게 승인을 받아야하며 그렇지 않은 경우 혜택 보장을 받지 못합니다.

특정 서비스의 지불 의무

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

네트워크 외 클레임 환급

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

Health Net에서 기밀 및 가입자 정보 공개를 처리하는 방법

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

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

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

개인 정보 보호 관행

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

Health Net이 새로운 의료 기술을 다루는 방법

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

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

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

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

Health Net의 이용심사제도

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

사전 승인

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

동시 심사

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

퇴원 계획

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

소급 심사

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

그 승인을 얻지 못한 케이스에 대해 실시됩니다.

치료 또는 케이스 관리

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

추가 상품 정보

정신적 장애 및 화학약물 의존 서비스

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

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

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

처방약 프로그램

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

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

우편 주문 약품 프로그램에 의한 유지 처방약

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

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

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

주

스케줄 II 마취약은 우편 주문을 통해 보장되지 않습니다. 추가 정보가 필요하신 경우 Health Net 개인 및 가족 Exchange 플랜 **플랜 계약서 및 보험 적용 확인서**를 참조하십시오.

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

Health Net “Essential Rx 약품 목록”

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

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

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

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

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

3군 약품

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

4군 (특별 약품)

4군(특별 약품)은 제한된 약국에서 이용할 수 있거나 공급에 제한이 있고, 일반적으로는 경구 또는 흡입으로 투여하거나 혼련 또는 임상 모니터링을 요구하는 주사(피하, 근육 내 또는 정맥 내)로 자가 투여될 수 있거나 생명 공학을 이용해 제조되거나 Covered California에 의해 결정되는 고가의 특정 처방약입니다. 4군(특별 약품)은 “Essential Rx 약품 목록”에서 “SP”로 표시됩니다. 4군(특별 약품) 목록에 대해 저희 웹사이트 www.healthnet.com에서 Health Net의 “Essential Rx 약품 목록”을 참조하십시오.

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

혈우병의 치료를 위한 약품 및 이러한 자가 주사제와 함께 사용되는 바늘 및 주사기를 포함하는 자가 주사제(인슐린 제외)는 사전 승인을 받아야 하고 Health Net의 계약된 특별 약국을 통해서 받아야 하는 4군(특별

약품)에 포함됩니다. 귀하의 PCP 또는 치료 의사가 승인을 관리하며 승인 시 특별 약국에서는 약품, 바늘 및 주사기를 제공할 수 있도록 준비할 것입니다. 특별 약국은 귀하의 약품 전달을 위해 귀하에게 직접 연락할 수 있습니다.

"사전 승인"의 정의

일부 1군, 2군 및 3군 처방약은 사전 승인을 요구합니다. 이는 귀하의 의사가 사전 승인이 필요한 처방 약품을 처방하기 전에 Health Net에게 이러한 약품을 처방하는 의학적 이유를 미리 알려주어야 한다는 것을 의미합니다. 귀하의 의사로부터 사전 승인 요청을 받으면 Health Net은 제출된 정보를 심사하고 특정 약품에 대해 확립된 임상 기준을 기초로 결정을 내립니다. 귀하는 저희 웹사이트 www.healthnet.com을 방문하거나 뒤표지에 있는 전화번호를 이용해 Health Net 고객 문의 센터에 문의하셔서 사전 승인을 요구하는 약품의 목록을 받으실 수 있습니다.

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

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

처방약 프로그램 제외 및 제한사항

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

- 알러지 혈청은 의료 혜택으로써 보장됩니다.
- 동등한 제네릭의약품이 있는 유명 상표약은 Health Net의 사전 승인 없이 보장되지 않습니다.
- 기기에 대한 혜택 보장은 질 피임 기구, 최대 호기량 검사기, 흡입 보조기 및 당뇨 용품으로 제한됩니다. 기타 다른 기기들은 참여 의사의 처방전이 있다고 해도 혜택이 보장되지 않습니다.
- 병적 비만 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우를 제외하고 비만 치료를 위해 처방된 약품은 혜택이 보장되지 않습니다.
- 일반적인 감기의 지속기간을 줄이기 위한 처방약,
- 실험적인 약품 (“주의 - 연방법에 의해 조사 목적을 위해서만 사용할 수 있음”이라는 라벨 부착). 만일 귀하가 약품이 조사적이거나 실험적이라는 이유로 약품 혜택 보장을 거부당한 경우 귀하는 독립 의료 심사를 요청할 권리가 있습니다. 보다 자세한 정보는 본 안내책자의 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.
- 인슐린 주사바늘과 주사기 및 특정 상품명인 펜 기구를 제외한 피하 주사 바늘 및 주사기.
- Health Net에서 결정한 대로 편의를 위해 사용되는 플라스틱, 1회 복용량 또는 호일 포장 및 제형으로 제조되는 약품의 개별 분량은 의료적으로 필요한 경우 또는

약품이 그러한 형태로만 이용 가능할 경우에만 혜택이 보장됩니다.

- 우편 주문 약품은 최대 연속 90일(달력일 기준) 공급 약품까지 혜택이 보장됩니다. 유지 약품은 또한 Bronze 및 최소 보장 플랜을 제외하고 우편 주문 프로그램 혜택에 따라 CVS 소매 약국에서도 받으실 수 있습니다.
- 일부 약품은 FDA 또는 Health Net의 사용 지침에 의거해 사용 권고를 기준으로 코페이먼트당 특정 수량 제한이 적용될 수 있습니다. “필요한 만큼만”이라는 원칙에 따른 약품의 경우 구체적인 분량, 기준 패키지, 약병, 앰플, 튜브 또는 기타 다른 표준 단위에 따라 코페이먼트가 있을 수 있습니다. 이런 케이스의 경우 조제되는 약품의 양이 연속 30일(달력일 기준) 분량보다 적을 수 있습니다. 의료적으로 필요한 경우 귀하의 의사는 Health Net에 더 큰 분량을 요청할 수 있습니다.
- 방전 없이 이용 가능한 의료적 기기 및 용품(인슐린 포함)은 금연약 또는 FDA에서 승인한 여성 피임약을 포함해 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 권고에 따라 예방 목적으로 또는 당뇨의 관리 및 치료 목적으로 의사가 처방한 경우 혜택이 보장됩니다. 처방약 주문 없이 구입이 가능한 기타 다른 비처방 약품, 의료 기기 또는 용품에 대한 혜택은 의사가 해당 약품, 기기 또는 용품을 위한 처방전을 발급하였어도 보장되지 않습니다. 그러나 처방약 또는 일반의약품(OTC)의 고용량 제형이 처방전을 통해서만 가능한 경우, 고용량 제형 약품에 대해서는 의료적으로 필요한 경우 혜택이 보장될 수 있습니다. 이전에는 처방전이 있어야 사용이 가능했던 약품이 동일한 효능으로 일반약품(OTC)으로 구입이 가능한 경우, 유사한 약제 및 유사한 임상 효과(들)를 가진 모든 처방 약품은 의료적으로 필요한

경우 Health Net의 사전 승인을 받은 경우에 한하여 혜택이 보장됩니다.

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

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

침술 관리 프로그램

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

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

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

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

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

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

침술 관리 프로그램 제외 및 제한사항

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

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

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

이것은 요약본입니다. 전체적인 목록을 원하시는 경우 Health Net 개인 및 가족 Exchange 플랜 **플랜 계약서 및 보험 적용 확인서**를 참조하십시오.

소아 안과 관리 프로그램 (출생 후 18세까지)

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

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

재료 (안경테 및 렌즈 포함)	코페이먼트
서비스 제공자가 선택한 안경테 (매 12개월마다 1회)	\$0
표준 플라스틱 안경 렌즈 (매 12개월마다 1쌍) <ul style="list-style-type: none"> 단초점, 이중 초점, 3초점, 수정체 유리 또는 플라스틱 	\$0
다음에 포함하는 선택적 렌즈 및 치료: <ul style="list-style-type: none"> UV 치료 틴트 (패션 및 그라데이션 및 반투명 회색) 표준 플라스틱 긁힘 방지 코팅 표준 폴리카보네이트 변색/ 전환 플라스틱 표준 반사 방지 코팅 편광 표준 누진 다초점 렌즈 하이 인덱스(Hi-index) 렌즈 혼합 분할(Blended segment) 렌즈 중간 거리 시력 교정(Intermediate vision) 렌즈 선택 또는 울트라 누진 다초점 렌즈 	\$0
고급 누진 다초점 렌즈	\$0
서비스 제공자가 선택한 콘택트렌즈 (안경 렌즈 대신) <ul style="list-style-type: none"> 연속 착용 일회용: 최대 6개월까지 월별 공급 또는 2주 분량의 일회용, 단초점 구면 또는 원환체 콘택트렌즈 매일 착용/일회용: 최대 3개월 분량의 일회용, 단초점 구면 콘택트렌즈 일반: 서비스 제공자가 지정한 콘택트렌즈 중 1쌍 의학적으로 필요한 경우² 	\$0
² 콘택트렌즈는 다음 중 하나로 진단된 개인의 경우 의료적으로 필요하다고 정의됩니다. <ul style="list-style-type: none"> 굴절력이 -10D 또는 +10D를 초과하는 고도의 굴절 이상 3D 부동시의 굴절력 표준 안경 렌즈를 이용해서는 가입자의 시력이 한쪽 또는 양쪽 안구 모두 20/25으로 교정될 수 없는 경우 원뿔 각막 최상의 표준 안경 렌즈와 비교했을 때 가입자의 시력이 시력표 상에서 두 선의 시력 향상이 가능한 경우. 	

의료적으로 필요한 콘택트렌즈:

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

소아 안과 관리 프로그램 제외 및 제한사항

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

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

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

소아 치과 서비스 (출생 후 18세까지)

아래 명시된 경우를 제외하고, 보장을 받으시려면 귀하가 선택하신 Health Net 참여 일차 치과 서비스 제공자에게 다음의 모든 서비스를 받으셔야 합니다.

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

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

이러한 소아 치과 플랜의 운영은 소아 치과 서비스를 위한 초기 정기 검진, 진단 및 치료(Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) 혜택에 정의된 대로 의료적으로 필요한 상황에서의 서비스 보장을 포함해 소아 치과 EHB 기준 플랜의 요구조건을 준수합니다.

주: HSP Minimum Coverage 플랜의 경우 달력 연도 공제액에 도달할 때까지 아래

기재된 소아 치과 코페이먼트가 적용됩니다. HSP Minimum Coverage 플랜에 대한 달력 연도 공제액에 도달한 후 남은 달력 연도 동안 해당 보장된 서비스에 대한 귀하의 코페이먼트는 \$0입니다.

치과의사 선택하기

- 1단계: www.yourdentalplan.com/healthnet 을 방문.
- 2단계: 오른쪽 네비게이션에서 “*Links and Tools*(링크 및 도구)” 아래의 *Find a Dentist*(치과의사 검색)를 클릭.
- 3단계: Select a Network(네트워크 선택) 드롭 다운 목록에서 *Health Net DHMO CA ONLY*(Health Net DHMO CA만 해당)를 선택.
- 4단계: 지역, 치과의사 이름 또는 진료 분야명에 따라 치과의사를 검색할 것인지를 선택.
- 5단계: 검색 기준을 입력하고 검색 결과 페이지 하단에 있는 *Submit*(제출)을 클릭.

귀하는 한 달에 한 번 귀하의 주치의 치과의사를 변경할 수 있습니다. 해당 월의 15일 이전에 변경된 주치의 치과의사는 다음 달 1일에 발효됩니다. 주치의 치과의사 목록에서 새로운 치과의사를 선택하고 귀하의 변경에 대해 1-866-249-2382번을 이용해 Health Net 치과 고객 문의 센터로 전화하십시오.

전문의 진료의뢰

치료 과정 중에 귀하는 전문의의 서비스가 필요할 수 있습니다. 귀하가 선택한 주치의

치과의사는 저희에게 모든 필요한 서류를 제출하고 저희는 요구되는 치료를 제공할 전문의 이름, 주소 및 전화번호를 귀하께 알려드릴 것입니다. 이러한 서비스는 문제의 심각성으로 인해 그러한 치과 시술이 선택된 주치의 치과의사에 의해 수행될 수 없을 경우에만 이용 가능합니다.

교정 관리를 위한 전문의에게의 진료의뢰

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

응급 치과

응급 치과 서비스는 최근 시작되고, 즉각적 치과 치료가 필요하다고 합리적으로 예상되는 과도한 출혈, 심한 통증 또는 급성 감염을 동반한 심각한 치과적 상태를 평가 및 안정시키기 위해 치과의사의 진료실, 치과 클리닉 또는 기타 유사한 시설에서 수행되는 치과 시술입니다.

선택된 모든 일반 치과의사는 주 7일, 하루 24시간 응급 치과 서비스를 제공하며 저희는 귀하께서 선택한 일반 치과의사에게 치료를 받으실 것을 권장합니다. 응급 치과 서비스가 필요하신 경우 어떤 치과 서비스 제공자라도 방문하실 수 있고 가장 가까운 응급실로 가거나 또는 필요 시 도움을 요청하기 위해 911에 전화하실 수 있습니다. 응급 치과 서비스를 위한 사전 승인은 필요하지 않습니다.

코드	검사	코페이먼트
진단		
D0120	정기 구강 검진 - 기존 환자, 매 6개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D0140	제한적 구강 검진 - 해당 치료만 적용	부담금 없음
D0145	3세 미만 환자의 구강 검진 및 일차 치료 제공자와의 상담	부담금 없음
D0150	종합적인 구강 검진 - 신규 또는 기존 환자	부담금 없음
D0160	상세하고 포괄적인 구강 검진 - 해당 치료만 적용, 기록에 따라	부담금 없음
D0170	재검진 - 제한적, 해당 치료만 적용 (수술 후속 방문 아님) 3개월마다 최대 6회 및 12개월마다 최대 12회	부담금 없음
D0180	종합적인 치주 검진 - 신규 또는 기존 환자	부담금 없음
D0210	구강 내 X-레이 - 진료 절차 일체 (교익 사진(bitewings) 포함), 매 36개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D0220	구강 내 X-레이 - 치근단 일차 필름, 12개월마다 최대 20개의 치근단으로 제한	부담금 없음
D0230	구강 내 X-레이 - 치근단 각각 추가 필름, 12개월마다 최대 20개의 치근단으로 제한	부담금 없음
D0240	구강 내 X-레이 - 교합 필름 - 6개월마다 2회로 제한	부담금 없음
D0250	구강 외 - 일차 필름	부담금 없음
D0270	교합 X-레이 - 단일 필름 - 서비스 날짜당 1회로 제한	부담금 없음
D0272	교합 X-레이 - 2개의 필름 - 매 6개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D0273	교합 X-레이 - 3개의 필름	부담금 없음
D0274	교합 X-레이 - 4개의 필름 - 매 6개월마다 1시리즈로 제한	부담금 없음
D0277	수직 교익 사진(bitewing) - 7-8개의 필름	부담금 없음
D0290	후치 - 전치 또는 측면 두개골 및 얼굴뼈 조사 방사선 사진, 서비스 날짜당 최대 3회로 제한	부담금 없음
D0310	타액선 조영	부담금 없음
D0320	악관절(TMJ) 조영, 주사 포함, 서비스 날짜당 최대 3회로 제한	부담금 없음
D0322	단층 X선 사진 촬영, 12개월마다 2회로 제한	부담금 없음
D0330	파노라마 촬영, 36개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D0340	두개골계측방사선촬영, 12개월마다 2회로 제한	부담금 없음
D0350	사진 1차, 서비스 날짜당 최대 4회로 제한	부담금 없음
D0460	치수 활력도 테스트	부담금 없음
D0470	진단 주형은 상기의 상태 중 하나가 나타난 경우에만 제공될 수 있음	부담금 없음
D0502	기타 구강 수술, 기록에 따라	부담금 없음
D0601	카리에스 위험 평가 및 문서화, 저위험 발견	부담금 없음
D0602	카리에스 위험 평가 및 문서화, 보통 위험 발견	부담금 없음
D0603	카리에스 위험 평가 및 문서화, 고위험 발견	부담금 없음
D0999	진료소 방문비 - 방문당 (명시되지 않은 진단적 시술, 기록에 따라)	부담금 없음
예방		
D1110	예방처치 - 성인, 12개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D1120	예방처치 - 아동, 6개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D1206	국소 불소 도포 바니쉬, 6개월마다 1회로 제한	부담금 없음
D1208	국소 불소 도포, 6개월마다 1회로 제한	부담금 없음

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D1310	치과 질병 관리를 위한 영양 상담	부담금 없음
D1320	구강 질병의 통제 및 예방을 위한 담배 상담	부담금 없음
D1330	구강 위생 지도	부담금 없음
D1351	실란트 - 치아당, 둘째 어금니 위치를 차지하고 있는 첫째, 둘째 및 셋째 영구치 어금니로 제한	부담금 없음
D1352	심하지 않은 환자에서 카리에스 고위험까지의 환자의 경우 예방적 수지 보철 - 영구치, 둘째 어금니 위치를 차지하고 있는 첫째, 둘째 및 셋째 영구치 어금니로 제한	부담금 없음
D1510	보격 장치 - 고정 - 일방, 치아 4개당 1회로 제한	부담금 없음
D1515	보격 장치- 고정 - 양방	부담금 없음
D1520	보격 장치- 착탈식 - 일방, 치아 4개당 1회로 제한	부담금 없음
D1525	보격 장치- 착탈식 - 양방	부담금 없음
D1550	보격 장치 재부착	부담금 없음
D1555	고정 보격 장치의 제거	부담금 없음
보철		
D2140	아말감 - 표면 1개, 유치, 12개월마다 1회로 제한 아말감 - 표면 1개, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$25 \$25
D2150	아말감 - 표면 2개, 유치, 12개월마다 1회로 제한 아말감 - 표면 2개, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$30 \$30
D2160	아말감 - 표면 3개, 유치, 12개월마다 1회로 제한 아말감 - 표면 3개, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$40 \$40
D2161	아말감 - 표면 4개 이상, 유치, 12개월마다 1회로 제한 아말감 - 표면 4개 이상, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$45 \$45
D2330	합성수지 제재 - 표면 1개, 전치 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 - 표면 1개, 전치 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$30 \$30
D2331	합성수지 제재 - 표면 2개, 전치 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 - 표면 2개, 전치 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$45 \$45
D2332	합성수지 제재 - 표면 3개, 전치 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 - 표면 3개, 전치 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$55 \$55
D2335	합성수지 제재 - 표면 4개 이상 또는 절치의 각도에 포함되는 표면 (전치) 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 - 표면 4개 이상 또는 절치의 각도에 포함되는 표면 (전치) 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$60 \$60
D2390	합성수지 제재 크라운, 전치, 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 크라운, 전치, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$50 \$50
D2391	합성수지 제재 - 표면 1개, 후치, 유치, 12개월마다 1회로 제한 합성수지 제재 - 표면 1개, 후치, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$30 \$30

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D2392	합성수지 제재 - 표면 2개, 후치, 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$40
	합성수지 제재 - 표면 2개, 후치, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$40
D2393	합성수지 제재 - 표면 3개, 후치, 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$50
	합성수지 제재 - 표면 3개, 후치, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$50
D2394	합성수지 제재 - 표면 4개 이상, 후치, 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$70
	합성수지 제재 - 표면 4개 이상, 후치, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$70
크라운 - 단일 보철물만 해당		
D2710	크라운 - 합성수지 제재 (간접), 5년마다 1회로 제한	\$140
D2712	크라운 - $\frac{3}{4}$ 합성수지 제재 (간접), 5년마다 1회로 제한	\$190
D2721	크라운 - 수지 및 주요 비금속, 5년마다 1회로 제한	\$300
D2740	크라운 - 포셀린/세라믹 재질, 5년마다 1회로 제한	\$300
D2751	크라운 - 주요 비금속 도재관, 5년마다 1회로 제한	\$300
D2781	크라운 - $\frac{3}{4}$ 주요 비금속 주형, 5년마다 1회로 제한	\$300
D2783	크라운 - $\frac{3}{4}$ 포셀린/세라믹, 5년마다 1회로 제한	\$310
D2791	크라운 - 주요 비금속 완전 주형, 5년마다 1회로 제한	\$300
D2910	인레이, 온레이 또는 부분적 보철물 시멘트 재접합, 12개월마다 1회로 제한	\$25
D2915	주형 또는 기성 포스트 및 코어 시멘트 재접합	\$25
D2920	크라운 시멘트 재접합	\$25
D2929	기성 포셀린/세라믹 크라운 - 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$95
D2930	기성 스테인레스 스틸 크라운 - 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$65
D2931	기성 스테인레스 스틸 크라운 - 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$75
D2932	기성 수지 크라운, 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$75
	기성 수지 크라운, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$75
D2933	기성 스테인레스 스틸 크라운 수지 창, 유치, 12개월마다 1회로 제한	\$80
	기성 스테인레스 스틸 크라운 수지 창, 영구치, 36개월마다 1회로 제한	\$80
D2940	보호를 위한 보철물, 12개월마다 치아당 1회로 제한	\$25
D2950	코어 설치, 핀 포함	\$20
D2951	핀 보정 - 치아당, 보철물 외	\$25
D2952	크라운 외에 포스트 및 코어, 간접 성형, 위치한 포스트의 갯수에 상관 없이 치아당 1회로 제한	\$100
D2953	각각 추가된 간접 성형 포스트 - 동일 치아	\$30
D2954	크라운 외에 기성 포스트 및 코어, 위치한 포스트의 갯수에 상관 없이 치아당 1회로 제한	\$90
D2955	포스트 제거	\$60
D2957	각각 추가된 기성 포스트 - 동일 치아	\$35

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D2971	기존 부분 의치를 아래 신규 크라운 위한 추가 시술	\$35
D2980	크라운 복구, 기록에 따라	\$50
D2999	명시되지 않은 복구 시술, 기록에 따라	\$40
치내요법		
D3110	치수 캡 - 직접 (최종 보철물 제외)	\$20
D3120	치수 캡 - 간접 (최종 보철물 제외)	\$25
D3220	치료를 위한 치수절단 (최종 보철물 제외), 유치당 1회로 제한	\$40
D3221	치수의 과사 조직 제거 유치 및 영구치	\$40
D3222	치근단유도술을 위한 부분적 치수절단, 뿌리 성장이 불완전한 영구치, 영구치당 1회로 제한	\$60
D3230	치수 치료 (재흡수 충전) - 전치, 유치 (최종 보철물 제외), 유치당 1회로 제한	\$55
D3240	치수 치료 (재흡수 충전) - 후치, 유치 (최종 보철물 제외), 유치당 1회로 제한	\$55
D3310	루트 카널 치료, 전치 (최종 보철물 제외), 첫 루트 카널 치료에 대해 치아당 1회로 제한	\$195
D3320	루트 카널 치료, 쌍두치 (최종 보철물 제외), 첫 루트 카널 치료에 대해 치아당 1회로 제한	\$235
D3330	루트 카널 치료, 구치 (최종 보철물 제외), 첫 루트 카널 치료에 대해 치아당 1회로 제한	\$300
D3331	루트 카널 차단 치료, 비-수술적 방식	\$50
D3332	진행 중인 치내요법, 수술 불가, 보철 불가 또는 깨진 치아	\$50
D3333	천공 결함의 내부 치근 복구	\$80
D3346	이전 루트 카널 치료의 재치료 - 전치	\$240
D3347	이전 루트 카널 치료의 재치료 - 쌍두치	\$295
D3348	이전 루트 카널 치료의 재치료 - 구치	\$365
D3351	근첨형성술/칼슘재침착 - 첫 방문, 영구치당 1회로 제한	\$85
D3352	근첨형성술/칼슘재침착 - D3351 이후 임시적인 경우만 적용. 영구치당 1회로 제한.	\$45
D3410	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 영구치 전치만 해당	\$240
D3421	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 영구치 쌍두치(첫째 치근)만 해당	\$250
D3425	치근단 절제술/신경근 주변 수술 - 영구치 첫째 및 둘째 어금니만 해당 어금니 (첫째 치근)	\$275
D3426	치근단 절제술/신경근 주변 수술 (각각의 추가 치근) 영구치만 적용	\$110
D3430	근단역충전 - 치근당	\$90
D3910	러버댐으로 치아 고립을 위한 수술적 절차	\$30
D3999	명시되지 않은 치내 시술, 기록에 따라	\$100
치주보철		
D4210	치은절제술 또는 치은성형술 - 36개월마다 치아 4개당 1회	\$150
D4211	치은절제술 또는 치은성형술 - 36개월마다 치아 4개당 1회	\$50
D4249	임상 치관연장술 - 경조직	\$165
D4260	골 - muco - 잇몸 수술 - 36개월마다 치아 4개당 1회	\$265
D4261	골 수술 (판막 개폐 포함) - 1-3개의 인접치아 또는 치아 지지 공간 - 36개월마다 치아 4개당 1회	\$140

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D4265	연한 골 조직 재생에 도움을 주는 생물학적 재료	\$80
D4341	치주의 치석 제거 및 치근 계획 - 4개 이상의 치아 - 24개월마다 치아 4개당 1회	\$55
D4342	치주의 치석 제거 및 치근 계획 - 1-3개의 치아 - 24개월마다 치아 4개당 1회	\$30
D4355	종합적인 평가 및 진단을 위해 구강 전체의 괴사 조직 제거	\$40
D4381	환부 치은열구 조직에 약물 방출 기기를 주입함으로써 항균성 약물이 해당 구역으로 전달, 치아당	\$10
D4910	치주 관리, 달력 기준 분기당 1회로 제한	\$30
D4920	예정되지 않은 붕대 교체 (치료한 치과의사가 아닌 다른 사람이 수행)	\$15
D4999	명시되지 않은 치주 시술, 기록에 따라	\$350
치과보철, 착탈식		
D5110	총의치 - 상악골, 이전의 총, 즉시 또는 중첩-총 의치로부터 5년마다 1회로 제한	\$300
D5120	총의치 - 하악골, 이전의 총, 즉시 또는 중첩-총 의치로부터 5년마다 1회로 제한	\$300
D5130	즉시의치 - 상악골	\$300
D5140	즉시의치 - 하악골	\$300
D5211	상악골 부분의치 - 수지상 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함), 5년마다 1회로 제한	\$300
D5212	하악골 부분의치 - 수지상 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함), 5년마다 1회로 제한	\$300
D5213	상악골 부분의치 - 합성수지 의치상을 가진 주형 금속틀 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함), 5년마다 1회로 제한	\$335
D5214	하악골 부분의치 - 합성수지 의치상을 가진 주형 금속틀 (기존 클래스프, 레스트 및 치아 포함), 5년마다 1회로 제한	\$335
D5410	총의치 보정 - 상악골, 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 2회	\$20
D5411	총의치 보정 - 하악골, 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 2회	\$20
D5421	부분의치 보정 - 상악골, 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 2회	\$20
D5422	부분의치 보정 - 하악골, 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 2회	\$20
D5510	깨진 총의치상 수리, 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 2회	\$40
D5520	상실되거나 깨진 치아 교체 - 총의치 (각 치아), 서비스 날짜당 치열공당 최대 4개로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$40
D5610	수지 의치상 수리, 치열공당 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$40
D5620	주형틀 수리, 치열공당 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$40
D5630	깨진 클래스프 수리 또는 교체, 서비스 날짜당 최대 3개로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$50
D5640	깨진 치아 교체 - 치아당, 치열공당 최대 4개 서비스 날짜당 1회로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$35
D5650	기존의 부분의치에 치아 추가, 서비스 날짜 당 최대 3개로 제한, 치아당 1회	\$35

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D5660	기존 부분 의치에 클래스프 추가, 서비스 날짜당 최대 3개로 제한, 12개월마다 치열공당 2회	\$60
D5730	상악 총의치 이장 (진료대), 12개월마다 1회로 제한	\$60
D5731	하악 총의치 이장 (진료대), 12개월마다 1회로 제한	\$60
D5740	상악 부분의치 이장 (진료대), 12개월마다 1회로 제한	\$60
D5741	하악 부분의치 이장 (진료대), 12개월마다 1회로 제한	\$60
D5750	상악 총의치 이장 (실험실), 12개월마다 1회로 제한	\$90
D5751	하악 총의치 이장 (실험실), 12개월마다 1회로 제한	\$90
D5760	상악 부분의치 이장 (실험실), 12개월마다 1회로 제한	\$80
D5761	하악 부분의치 이장 (실험실), 12개월마다 1회로 제한	\$80
D5850	조직 컨디셔닝, 상악골, 36개월마다 보형물당 2회로 제한	\$30
D5851	조직 컨디셔닝, 하악골, 36개월마다 보형물당 2회로 제한	\$30
D5862	정밀 부착, 기록에 따라	\$90
D5863	중첩 의치 - 전체 상악골	\$300
D5865	중첩 의치 - 전체 상악골	\$300
D5899	명시되지 않은 착탈식 보철 시술, 기록에 따라	\$350
악안면 보철		
D5911	안면 석고 (부분)	\$285
D5912	안면 석고 (전체)	\$350
D5913	코 인공 삽입물	\$350
D5914	귓바퀴보형물	\$350
D5915	안와 삽입물	\$350
D5916	의안	\$350
D5919	안면 보철물	\$350
D5922	코 충격 인공 삽입물	\$350
D5923	의안, 임시	\$350
D5924	두개골 보철물	\$350
D5925	안면 증대 임플란트 보철물	\$200
D5926	코 인공 삽입물, 교체	\$200
D5927	귓바퀴 보형물, 교체	\$200
D5928	안와 삽입물, 교체	\$200
D5929	안면 보철물, 교체	\$200
D5931	폐쇄 장치, 수술적	\$350
D5932	폐쇄 장치, 항구적	\$350
D5933	폐쇄 장치, 수정, 12개월마다 2회로 제한	\$150
D5934	유도 플랜지가 있는 하악 절제 보철물	\$350
D5935	유도 플랜지가 없는 하악 절제 보철물	\$350
D5936	폐쇄 장치, 임시	\$350
D5937	개구장애 장치(TMD 치료 목적이 아닌 경우)	\$85
D5951	식사 지원	\$135
D5952	언어 지원 보철물, 소아	\$350
D5953	언어 지원 보철물, 성인	\$350
D5954	구개 증대보철물	\$135

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D5955	구개거상보철물, 항구적	\$350
D5958	구개거상보철물, 임시	\$350
D5959	구개거상보철물, 수정, 12개월마다 2회로 제한	\$145
D5960	언어 지원 보철물, 수정, 12개월마다 2회로 제한	\$145
D5982	수술적 스텐트	\$70
D5983	방사선 운반체	\$55
D5984	방사선 보호구	\$85
D5985	방사선 콘 위치탐지기	\$135
D5986	불소 젤 운반체	\$35
D5987	연결 부목	\$85
D5988	수술적 부목	\$95
D5991	국소 약제 운반체	\$70
D5999	의치 복제	\$350
임플란트 서비스		
D6010	임플란트 몸체의 수술적 배치: 골 내막 임플란트	\$350
D6040	수술적 배치: 골 내막 임플란트	\$350
D6050	수술적 배치: 골 관통 임플란트	\$350
D6055	연결 바 - 임플란트 지지 또는 지대치 지지	\$350
D6056	기성 지대치 - 수정 및 배치 포함	\$135
D6057	맞춤형 기성 지대치 - 배치 포함	\$180
D6058	지대치 지지 포셀린/세라믹 크라운	\$320
D6059	지대치 지지 금속 도재관 크라운 (고급 비부식 금속)	\$315
D6060	포셀린 금속 도재관 크라운 지지 지대치 (주요 비금속)	\$295
D6061	포셀린 금속 도재관 크라운 지지 지대치 (비부식 금속)	\$300
D6062	주형 금속 크라운 지지 지대치 (고급 비부식 금속)	\$315
D6063	주형 금속 크라운 지지 지대치 (주요 비금속)	\$300
D6064	주형 금속 크라운 지지 지대치 (비부식 금속)	\$315
D6065	임플란트 지지 포셀린/세라믹 크라운	\$340
D6066	임플란트 지지 금속 도재관 크라운 (티타늄, 티타늄 합금, 고급 비부식 금속)	\$335
D6067	임플란트 지지 금속 크라운 (티타늄, 티타늄 합금, 고급 비부식 금속)	\$340
D6068	포셀린/세라믹 FPD를 위한 지대치 지지 유지장치	\$320
D6069	금속 도재관 FPD(고급 비부식 금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$315
D6070	금속 도재관 FPD(주요 비금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$290
D6071	금속 도재관 FPD(비부식 금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$300
D6072	주형 금속 FPD(고급 비부식 금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$315
D6073	주형 금속 FPD(주요 비금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$290
D6074	주형 금속 FPD(비부식 금속)를 위한 지대치 지지 유지장치	\$320
D6075	세라믹 FPD를 위한 임플란트 지지 유지장치	\$335
D6076	금속 도재관 FPD(티타늄, 티타늄 합금 또는 고급 비부식 금속)를 위한 임플란트 지지 유지장치	\$330

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D6077	주형 금속 FPD(티타늄, 티타늄 합금 또는 고급 비부식 금속)를 위한 임플란트 지지 유지장치	\$350
D6080	임플란트 관리 기술, 보철물 제거, 보철물 및 지대치 세척 및 보철물 재삽입 포함	\$30
D6090	임플란트 지지 보철물 수리, 기록에 따라	\$65
D6091	임플란트/지대치 지지 보철물의 반-정밀 또는 정밀 부착(남성 또는 여성 요소)의 교체, 부착물당	\$40
D6092	임플란트/지대치 지지 크라운 교체	\$25
D6093	임플란트/지대치 지지 고정 부분 의치 교체	\$35
D6094	지대치 지지 크라운 (티타늄)	\$295
D6095	임플란트 지대치 수리, 기록에 따라	\$65
D6100	임플란트 제거, 기록에 따라	\$110
D6110	무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 착탈식 의치 - 상악	\$350
D6111	무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 착탈식 의치 - 하악	\$350
D6112	부분적 무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 착탈식 의치 - 상악	\$350
D6113	부분적 무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 착탈식 의치 - 하악	\$350
D6114	무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 고정 의치 - 상악	\$350
D6115	무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 고정 의치 - 하악	\$350
D6116	부분적 무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 고정 의치 - 상악	\$350
D6117	부분적 무치아 치아공을 위한 임플란트/지대치 지지 고정 의치 - 하악	\$350
D6190	방사선/수술적 임플란트 인덱스, 기록에 따라	\$75
D6194	FPD(티타늄)를 위한 지대치 지지 유지장치 크라운	\$265
D6199	명시되지 않은 임플란트 기술, 기록에 따라	\$350
고정 치과보철		
D6211	인공치 - 주요 비금속 주형, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6241	인공치 - 주요 비금속 도재관, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6245	인공치 - 포셀린/세라믹, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6251	크라운 - 수지 및 주요 비금속, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6721	크라운 - 수지 주요 비금속 - 의치, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6740	크라운 - 포셀린/세라믹, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6751	크라운 - 주요 비금속 도재관, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6781	크라운 - ¾ 주요 비금속 주형, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6783	크라운 ¾ 포셀린/세라믹, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6791	크라운 - 주요 비금속 완전 주형, 5년마다 1회로 제한	\$300
D6930	브릿지 시멘트 재접합	\$40
D6980	브릿지 복구, 기록에 따라	\$95
D6999	명시되지 않은 고정 보철 기술, 기록에 따라	\$350

(계속)

코드	검사	코페이먼트
구강 및 악안면 수술		
D7111	발치, 치관 잔여물 - 유치	\$40
D7140	발치, 맹출된 치아 또는 치근 노출	\$65
D7210	맹출된 치아를 수술로 제거하기 위해서는 전층판막의 상승 및 뼈의 제거 및/ 또는 치아의 구획 필요	\$120
D7220	매복치 제거 - 연조직	\$95
D7230	매복치 제거 - 치근 일부 형성	\$145
D7240	매복치 제거 - 치근 형성 완료	\$160
D7241	매복치 제거 - 치근 형성 완료, 예상치 못한 수술 합병증 발생 시	\$175
D7250	잔여 치근 제거 수술 (연조직 및 뼈 절단 및 폐쇄 필요)	\$80
D7260	구강-상악동 누공 폐쇄	\$280
D7261	부비강 천공의 일차적 폐쇄	\$285
D7270	치아 재이식 및/또는 안정, 관련된 치아의 갯수에 상관 없이 치아공당 1회로 제한, 영구치 전치만 해당	\$185
D7280	아직 맹출되지 않은 치아에 대한 수술	\$220
D7283	매복치의 맹출을 용이하게 하는 장치 설치	\$85
D7285	구강 조직의 생체검사 - 경조직(뼈, 치아), 표본 제거로만 제한, 서비스 날짜당 치아공당 1회	\$180
D7286	구강 조직의 생체검사 - 연조직, 표본 제거로만 제한, 서비스 날짜당 최대 3회	\$110
D7290	치아의 수술적 재위치 배열, 영구치만 해당, 진행 중인 교정 치료 환자를 대상으로 치아공당 1회	\$185
D7291	경중격 섬유절제술/상치조 섬유절제술, 기록에 따라, 진행 중인 교정 치료 환자를 대상으로 치아공당 1회	\$80
D7310	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 치아 4개당	\$85
D7311	발치와 관련된 치조골 성형수술 - 1-3개의 치아 또는 치아 홈 - 치아 4개당	\$50
D7320	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 치아 4개당	\$120
D7321	발치와 관련되지 않은 치조골 성형수술 - 1-3개의 치아 또는 치아 홈 - 치아 4개당	\$65
D7340	구강전정성형술 - 능선 확장 (2차 상피화), 치아공당 5년마다 1회로 제한	\$350
D7350	구강전정성형술 - 능선 확장 (연조직 이식, 근육 재부착, 연조직 부착의 교정 및 비대하고 과형성된 조직의 관리 포함), 치아공당 1회	\$350
D7410	1.25cm까지의 양성 병변의 절제	\$75
D7411	1.25cm 이상의 양성 병변의 절제	\$115
D7412	양성 병변의 절제, 복잡한 시술	\$175
D7413	1.25cm까지의 악성 병변의 절제	\$95
D7414	1.25cm 이상의 악성 병변의 절제	\$120
D7415	악성 병변의 절제, 복잡한 시술	\$255
D7440	악성 종양 절제 - 지름 1.25cm까지의 병변	\$105
D7441	악성 종양 절제 - 지름 1.25cm 초과 병변	\$185
D7450	양성 치아발생낭 또는 종양의 제거 - 1.25cm까지의 병변	\$180

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D7451	양성 치아발생낭 또는 종양의 제거 - 1.25cm 초과 병변	\$330
D7460	양성 비치성낭 또는 종양의 제거 - 1.25cm까지 병변	\$155
D7461	양성 비치성낭 또는 종양의 제거 - 1.25cm 초과 병변	\$250
D7465	물리적 또는 화학적 방법을 통한 병변(들)의 제거, 기록에 따라	\$40
D7471	측면 외골증의 제거 (상악골 또는 하악골), 구강 또는 안면 외골증의 제거만을 위해 치아 4개당 1회로 제한	\$140
D7472	구개융기 제거, 환자 평생에 1회로 제한	\$145
D7473	하악융기 제거, 치아 4개당 1회로 제한	\$140
D7485	뼈 융기의 수술적 정복술, 치아 4개당 1회로 제한	\$105
D7490	상악골 또는 하악골의 근치절제	\$350
D7510	농양의 절개 및 배액 - 구강 내 연조직, 동일 서비스 날짜에 치아 4개당 1회로 제한,	\$70
D7511	농양의 절개 및 배액 - 구강내 연조직 - 복잡한 시술 (근막부위의 배액 포함)	\$70
D7520	농양의 절개 및 배액 - 구강 외 연조직	\$70
D7521	농양의 절개 및 배액 - 구강 외 연조직 - 복잡한 시술	\$80
D7530	점막, 피부 또는 피하 조직에서 이물질 제거, 서비스 날짜당 1회로 제한	\$45
D7540	이물질 생성 반응 제거, 근골격계, 서비스 날짜당 1회로 제한	\$75
D7550	죽은 뼈 제거를 위한 부분적 뼈절제/부골적제, 서비스 날짜당 치아 4개당 1회로 제한	\$125
D7560	치아 조각 또는 이물질 제거를 위한 상악 골절개	\$235
D7610	상악골 - 개방정복 (치아 고정화, 존재하는 경우)	\$140
D7620	상악골 - 비개방정복 (치아 고정화, 존재하는 경우)	\$250
D7630	하악골 - 개방정복 (치아 고정화, 존재하는 경우)	\$350
D7640	하악골 - 비개방정복 (치아 고정화, 존재하는 경우)	\$350
D7650	광대 및/또는 관골궁 - 개방정복	\$350
D7660	광대 및/또는 관골궁 - 비개방정복	\$350
D7670	치조 - 비개방정복, 치아 안정화가 포함될 수 있음	\$170
D7671	치조 - 개방정복, 치아 안정화가 포함될 수 있음	\$230
D7680	얼굴뼈 - 고정 및 다수의 수술적 접근 방식을 이용한 복잡한 축소	\$350
D7710	상악골 - 개방정복	\$110
D7720	상악골 - 비개방정복	\$180
D7730	하악골 - 개방정복	\$350
D7740	하악골 - 비개방정복	\$290
D7750	광대 및/또는 관골궁 - 개방정복	\$220
D7760	광대 및/또는 관골궁 - 비개방정복	\$350
D7770	치조 - 개방정복 치아 안정화	\$135
D7771	치조, 비개방정복 치아 안정화	\$160
D7780	얼굴뼈 - 고정 및 다수의 수술적 접근 방식을 이용한 복잡한 축소	\$350
D7810	탈구의 개방정복	\$350
D7820	탈구의 비개방정복	\$80

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D7830	마취하의 도수교정	\$85
D7840	관절용기절제	\$350
D7850	수술적 추간판절제, 임플란트 유/무	\$350
D7852	디스크 복구	\$350
D7854	윤활막절제	\$350
D7856	근(육)절개	\$350
D7858	관절 재건	\$350
D7860	관절절개	\$350
D7865	관절성형	\$350
D7870	관절천자	\$90
D7871	비-관절경 검사 용해 및 세척	\$150
D7872	관절경검사 - 진단, 조직검사 포함 여부 상관 없음	\$350
D7873	관절경검사 - 수술적: 유착 용해 및 세척	\$350
D7874	관절경검사 - 수술적: 디스크 재배치 및 안정화	\$350
D7875	관절경검사 - 수술적: 윤활막절제	\$350
D7876	관절경검사 - 수술적: 추간판절제	\$350
D7877	관절경검사 - 수술적: 괴사 조직 제거	\$350
D7880	교합 보조 장치, 기록에 따라	\$120
D7899	명시되지 않은 TMD 치료, 기록에 따라	\$350
D7910	최대 5cm까지의 최근의 작은 상처 봉합	\$35
D7911	복잡한 봉합 - 최대 5cm까지	\$55
D7912	복잡한 봉합 - 5cm 초과	\$130
D7920	피부 이식 (가려야 할 결함, 위치 및 이식 유형 파악)	\$120
D7940	골성형 - 양악 기형	\$160
D7941	절골 - 하악지	\$350
D7943	절골 - 뼈이식을 포함한 하악지, 이식 포함.	\$350
D7944	절골 - 분할 또는 근접하	\$275
D7945	절골 - 하악골의 몸체	\$350
D7946	르포르 I (상악골 - 전체)	\$350
D7947	르포르 I (상악골 - 분할)	\$350
D7948	르포르 II 또는 르포르 III (얼굴 중간의 저형성증 또는 후퇴를 위한 얼굴뼈의 골성형) - 뼈이식 없음	\$350
D7949	르포르 II 또는 르포르 III - 뼈이식 포함	\$350
D7950	골, 골골막, 또는 하악골이나 얼굴뼈의 연골 이식 - 자가골 이식 또는 타인의 뼈, 기록에 따라	\$190
D7951	측면 개방 방식을 통해 뼈 또는 뼈 대체재를 포함한 부비강 확장	\$290
D7952	수직 방식을 통해 뼈 또는 뼈 대체재를 포함한 부비강 확장	\$175
D7955	악안면 연조직 및/또는 경조직 결함 복구	\$200
D7960	절개술 (설소대절제술 또는 설소대절개술) - 별개 수술	\$120
D7963	성형술	\$120
D7970	과형성 조직의 절제 - 치열궁당, 서비스 날짜당 치열궁당 1회로 제한	\$175
D7971	관상봉합 치은 절제	\$80

(계속)

코드	검사	코페이먼트
D7972	섬유질 용기의 수술적 정복술, 서비스 날짜당 치아 4개당 1회로 제한	\$100
D7980	타석절개	\$155
D7981	침샘 절제, 기록에 따라	\$120
D7982	타액관성형	\$215
D7983	타액선 폐쇄	\$140
D7990	응급 기관절개	\$350
D7991	관상돌기절제술	\$345
D7995	인조혈관 - 하악골 또는 얼굴뼈, 기록에 따라	\$150
D7997	장치 제거 (장치를 삽입한 의사가 아닌 경우), 아치바(archbar) 제거 포함, 서비스 날짜당 치열궁당 1회로 제한	\$60
D7999	명시되지 않은 구강 수술, 기록에 따라	\$350
의학적으로 필요한 치아 교정		
	<i>의료적으로 필요한 밴드 케이스</i>	
D8080	청소년기 치아 종합 교정 치료 장애 정도의 부정교합	\$1,000
D8210	착탈식 장치 치료	
D8220	고정 장치 치료	
D8660	교정 전 치료 방문	
D8670	주기적 교정 치료 방문 (계약의 일부) 장애 정도의 부정 교합	
D8680	교정 유지 (장치 제거, 유지장치 제작 및 설치)	
D8691	교정 장치의 복구	
D8692	분실 또는 손상된 유지장치 교체	
D8693	리바운딩 또는 시멘트 재접착 및/또는 수리, 고정 유지장치 필요에 따라	
D8999	명시되지 않은 교정 시술, 기록에 따라	
일반적인 부속 서비스		
D9110	치통의 일시적 (응급 시) 치료 - 부가 절차	\$30
D9120	고정 부분의치의 구획	\$95
D9210	수술적 시술과 상관 없는 국부 마취, 서비스 날짜당 1회로 제한	\$10
D9211	국부차단마취	\$20
D9212	삼차신경 지역 차단마취	\$60
D9215	국소마취	\$15
D9223	진정/일반마취 - 각 15분 추가	\$45
D9230	질소 산화물 무통각증	\$15
D9243	정맥 보통 (의식하) 진정/일반마취 - 각 15분 추가	\$60
D9248	비-정맥 의식하 진정	\$65
D9310	상담 - 치과의사 또는 의사(치료를 제공한 의사 외)에게 받은 진단 서비스	\$50
D9410	가정/확장된 치료 시설 전화	\$50
D9420	병원 또는 외래 수술 센터 전화	\$135

소아 치과 관리 프로그램 제외 및 제한사항

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

- 임플란트 서비스는 예외적 의료 상태가 문서화되어 있고 의료적으로 필요하다고 검토되는 경우에만 혜택이 적용됩니다.
- 통증의 일시적 완화(응급) 치료, 치통의 치료 목적, 가입자당 하루 1회로 제한.
- 가정/확장된 치료 시설 전화, 가입자당 서비스 날짜당 1회.
- 1회의 병원 또는 외래 수술 센터 전화 서비스 제공자당 가입자당 하루당
- 19세 미만의 가입자를 위한 마취, 진정 또는 전신 마취 서비스는 구강 수술 서비스의 경우를 제외하고 사안에 따라 사전 승인된 경우 보장됩니다. 구강 수술 서비스의 경우 진정 또는 전신 마취 서비스는 사전 승인을 요구하지 않습니다.
- 의료적으로 필요하고 사전 승인된 경우 12세부터 19세까지의 가입자가 영구적 치아 상태인 경우 교합보호장치.
- 치료를 담당하는 치과 의사 또는 Health Net의 판단에 따라 치과적으로 필요하지 않은 경우 다음 서비스는 보장되지 않습니다.
 - 악관절(TMJ) 치료.
 - 선택적 치과 진료 및 성형 치과 진료.

- 균열 또는 탈구 등의 상황, 양악 수술 및 교정 목적만의 발치를 요구하는 구강 수술(균열 또는 탈구된(완전히 탈락된) 치아에는 적용되지 않음).
- 악성 종양, 낭포, 종양 또는 선천적 기형의 치료.
- 처방 약물.
- 모든 종류의 병원비.
- 전체 또는 부분 의치의 분실 또는 도난.
- 이식과 관련된 모든 시술.
- 모든 실험적 시술.
- 의료 혜택 섹션에서 특별히 설명한 경우를 제외한 일반 마취 또는 정맥/의식하 진정.
- 환자의 신체적 또는 행동 제약으로 인해 수행할 수 없는 서비스.
- 진료 예약의 불이행(24시간 전에 통지 없이)에 따라 발생한 비용은 가입자의 책임입니다. 그러나 그러한 예약 불이행에 대한 코페이먼트는 다음의 경우 적용되지 않습니다. (1) 가입자가 미리 최소 24시간 전에 취소한 경우 또는 (2) 가입자가 응급 또는 통제할 수 없는 상황으로 인해 예약을 이행할 수 없는 경우.
- 윤곽, 접합 또는 교합의 교정 목적으로 수행된 모든 시술.
- 보장된 서비스로 특별히 기재되지 않은 모든 시술.
- 주 정부 또는 에이전시 또는 지방 자치제 당국, 카운티 또는 기타 하부 기관에 의해 가입자에게 청구되는 비용 없이 제공되는 서비스.
- 모든 형태의 치과 혜택에서 사용되는 고가의 금속의 비용.

- 가입자가 패널 서비스 제공자에 의해 치료를 받을 수 없거나 소아 치과의사의 치료가 의료적으로 필요하거나 가입자의 플랜 서비스 제공자가 소아 치과의사인 경우를 제외한 소아 치과의사의 서비스.
- 가입자가 치과 응급 상황이 존재하지 않았다는 것을 당연히 예상할 수 있는 경우, 응급이 아닌 상황에서 응급 치료로 받은 소아 치과 서비스.

교정 혜택

본 치과 플랜은 상기의 교정 혜택을 보장합니다. 교정 치료는 질병 예방, 구강 건강 증진, 건강 및 기능을 위한 구강 구조 회복 및 응급 상황의 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우 보장됩니다. 교정 치료는 참여 치과의사로부터 제공되어야 합니다.

개인 및 가족 Exchange 플랜 제외 및 제한사항

모든 개인 및 가족 Exchange 플랜에 대한 일반적인 제외 및 제한사항

아래의 항목에 대해 비용이 발생했거나 이에 대한 후속 치료인 경우 Health Net 개인 및 가족 Exchange 플랜에 따라 지불이 제공되지 않습니다. 다음은 목록의 일부입니다. 전체적인 목록을 원하시는 경우 Health Net 개인 및 가족 Exchange 플랜 플랜 계약서 및 보험 적용 확인서를 참조하십시오.

- 본 지침 앞부분에서 “Health Net의 임상 실험 참여 비용 보장 여부” 및 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션 아래 부분에서 설명한 경우를 제외하고 Health Net이 의료적으로 필요하지 않다고 결정한 서비스 및 용품.
- 이송의 목적이 아니거나 응급 관리의 기준에 부합하지 않는 구급차 및 응급 구조 서비스. 단, 그러한 서비스가 의료적으로 필요하고 사전 승인(HMO) 또는 사전 인증(HSP)을 받은 경우는 예외입니다.
- 수중 치료 및 기타 물과 관련된 치료 요법이 물리 치료 플랜의 일부가 아닌 경우 혜택이 보장되지 않습니다.

- 보호 관리. 보호 관리는 재활 관리가 아니며 지속적으로 숙련된 간호 서비스를 요구하는 관리가 아닌 걷기, 침대에서 일어나거나 침대에 눕기, 목욕, 옷 입기, 식사 및 특정 식단 준비 등의 일상적인 활동 및 일반적으로 자가 복용이 가능한 약품의 복용 관리를 위해 환자에게 지원을 제공합니다.
- 본 지침의 앞부분에서 “Health Net의 임상 실험 참여 비용 보장 여부” 및 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션 아래 부분에서 설명한 경우를 제외하고 Health Net이 실험적 또는 조사적이라고 판단하는 시술.
- 보장 발표일 이전에 제공된 서비스 또는 용품 및 본 플랜을 통한 보장 이후에 제공된 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.
- 가입자가 서비스 제공자에게 지불할 법적 의무가 없는 서비스 또는 서비스 제공자가 비용을 지불하지 않은 서비스에 대한 환급.
- 주 또는 연방법에 의해 요구되는 보장을 제외하고 보장된 비용으로 특별히 기재되지 않은 서비스 또는 용품.
- 여성의 임신을 목적으로 하는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다. 제외되는 시술에는 정자 또는 난자의 채집, 보관 또는 구매를 포함하나 이에 국한되지 않는 시술을 포함합니다.
- 외모의 향상을 위해 정상적인 신체의 구조를 수정 또는 재형성하기 위해 수행되는 성형 수술.²

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

- 크라운, 온레이, 브릿지 및 장치를 제외하고 악관절 장애를 위한 치료 및 서비스는 의료적으로 필요하다고 결정되는 경우 보장됩니다.
- 본 플랜은 오직 적법하게 운영되는 병원, Medicare에서 승인한 전문 간호 시설 또는 플랜의 플랜 계약서 및 EOC에서 규정한 적절한 인가를 받은 기타 시설에서 제공받은 서비스나 용품들에 대해서만 혜택이 보장됩니다. 주로 노인들을 위한 시설, 양로원 혹은 유사한 시설 등은 명칭에 관계 없이 적격한 시설에 해당되지 않습니다. 이러한 시설에서 제공되는 서비스 또는 용품은 보장되지 않습니다.
- 19세 이상의 성인을 위한 치과 관리. 그러나 본 플랜은 구개열 재건 수술의 필수 요소로써 의료적으로 필요한 치과 또는 치열교정 서비스에 대해 혜택을 보장합니다. 구개열은 구개열, 구순파열 또는 기타 구개열과 관련된 두개안면 이상을 포함합니다.
- 상악 및 하악뼈의 위치 이상 또는 비정상적인 발달을 교정하는 목적의 수술 및 이에 관련된 서비스. 단, 트라우마 또는 종양의 존재로 인해 수술이 요구되거나 그 외 의료적으로 필요한 경우는 예외입니다. 구개열 시술에 관련된 정보가 필요하신 경우 상기의 “치과 관리” 제외를 참고하십시오.
- 보청기.
- 개인 간병인, 교대 관리 및 교대 관리 서비스의 부분 역시 보장되지 않습니다.
- 가입자의 치료 의사가 추천 및 Health Net의 승인에 따라 의료적으로 필요한 경우를 제외하고 시력 굴절 장애의 교정을 목적으로 하는 모든 안과 수술.
- 콘택트렌즈 또는 교정 렌즈(유기 접안 렌즈를 교체하는 이식된 렌즈 제외), 시력 치료 및 안경류. 단, 본 지침의 앞부분에 기재된 소아 안과 프로그램 하에서 설명된 내용에 따라 제외가 적용됩니다.
- 자발적 불임 수술의 복원을 위한 서비스.
- 보장된 질환, 질병 또는 상해의 진단 또는 치료에 관련되지 않은 서비스 또는 용품. 그러나 플랜은 합병증이 정기적 후속 관리를 초과(예를 들어 성형수술 이후 생명에 위협이 되는 합병증)하는 경우 보장되지 않는 서비스와 직접적으로 관련되는 의료적 상태에 대해 의료적으로 필요한 서비스 및 용품에는 혜택을 제공합니다.
- 플랜의 플랜 계약서 및 EOC에서 특별히 설명한 내용을 제외하고 어떠한 상황에서라도 조제 또는 투여된 외래 약물, 약품 또는 기타 물질.
- 외국 여행/직업과 관련된 목적의 면역 예방 주사.
- 대리모가 Health Net 가입자인 경우 대리 임신에 대한 서비스는 보험이 보장됩니다. 대리 임신에 대한 보상이 있을 경우 플랜은 해당 의료 비용에 대한 회수를 위해 그 보상에 대한 선취특권이 있을 수 있습니다.
- 본 플랜은 의료 기기 내구재에 대한 혜택을 보장하지만 다음의 항목은 보장하지 않습니다. (a) 운동 기기, (b) 위생 기기 및 용품, (c) 귀하의 참여 서비스 제공자, 의사 그룹 또는 병원에서 시술한 피부의 병변 또는 수술 절개 부위에 부착된 첫 붕대를 제외한 수술적 붕대, (d) 자쿠지 또는 월풀, (e) 악관절(턱) 장애와 관련된 치과 질환의 치료를 위한 교정 기기, (f) 스타킹, 약국에서 구입 가능한 일반 지원 장치 또는 보조기 등의 지원 기기 및 운동 능력 향상 또는 스포츠 관련 활동을 위한 장치 또는

- 보조기, (g) 보조기 및 교정 신발(당뇨 관련 합병증을 예방 또는 치료하기 위한 족질환 장치 제외).
- 개인의 안락함을 위한 품목.
- 특정 일회용 인공 항문 성형술 또는 비뇨기과 용품을 제외한 가정용 일회용 용품. 추가 사항은 *플랜 계약서 및 EOC* 또는 귀하의 혜택 플랜을 참조하십시오.
- 응급 관리에 대한 기준이 충족되는 경우를 제외한 가정에서의 목욕.
- 의사 자가-치료.
- 직계 가족에 의한 치료.
- 카이로프랙틱 서비스.
- 가정 건강 관리 (달력 연도당 통합 100회 방문으로 제한, 하루 최대 3회 방문 및 방문당 4시간)
- Health Net의 절차에 따라 Health Net, 참여 서비스 제공자(의료), 의사 그룹(의료) 또는 보험 서비스 운영자(정신 질환 또는 화학약물 의존)에 의해 승인되지 않은 서비스 또는 용품.
- 고위험 임신의 경우 태아의 유전적 질환에 대한 임신 전 진단을 제외한 유전적 질환에 대한 진단적 시술 또는 검사.
- 처방전 없이 구매할 수 있는 비-처방 약품, 의료 기기 또는 용품 (당뇨의 관리 및 치료 또는 미국 예방의학 특별 위원회(U.S. Preventive Services Task Force)의 A 및 B 등급 권고에 따른 예방의 목적 또는 FDA에서 승인한 여성 피임약에 대해 의사가 처방한 경우 제외).
- 당뇨 또는 말초동맥질환의 치료를 위해 처방된 경우를 제외한 정기적인 발 관리.
- 불임 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스는 보장되지 않습니다.
- 전반적인 발달 장애 또는 자폐에 대한 행동 건강 치료와 관련된 서비스를 제외하고, 고용 또는 전문적 능력을 위한 교육을 포함해 기타 모든 교육 또는 훈련에 관한 서비스는 캘리포니아 주에서 건강 관리 서비스 제공자로 면허를 받은 개인으로부터 제공을 받았다 하더라도 혜택이 보장되지 않습니다.
- 제대혈, 제대혈줄기세포 및 성인 줄기세포를 이용(채취, 보존 및 보관이 아님)하는 치료는 그 특성상 실험적 또는 조사적이라고 고려됩니다. 실험적 또는 조사적이라고 고려되기 때문에 거절된 보장에 대해 독립 의료 심사를 요청하는 것에 관련된 정보가 필요한 경우 본 지침의 앞부분에서 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.
- 병적 비만의 치료를 위해 제공되는 배리아트릭 수술은 의료적 필요성이 있고 Health Net에서 승인했으며 Health Net Bariatric Surgery Performance Center와 제휴한 Health Net Bariatric Surgery Performance Center 네트워크 의사에 의해 Health Net Bariatric Surgery Performance Center에서 수행된 경우 혜택이 보장됩니다. Health Net은 체중 감소 수술을 수행하기 위해 Bariatric Surgery Performance Centers라고 지정된 특정 배리아트릭 시설 및 의사 네트워크를 갖고 있습니다. 귀하의 가입 의사는 귀하에게 이러한 네트워크에 대한 정보를 제공할 수 있습니다. 귀하는 승인을 받은 시점에 Health Net Bariatric Surgery Performance Center로 안내될 것입니다.

- 유해한 자극의 연상을 통해 행동에 대한 반감을 유도함으로써 행동의 변화를 야기하는 치료(협오 요법)는 보장되지 않습니다.
- 재활 요법에 대한 보장은 플랜과 계약된 의사, 면허가 있는 물리, 언어 또는 직업 치료사, 또는 면허증의 범위 내에서 수행하는 기타 계약된 서비스 제공자가 제공하는 의료적 필요성이 있는 서비스, 또는 적격한 자폐 서비스(QAS) 제공자, QAS 전문가 또는 QAS 특수 교육 보조원이 전반적인 발달 장애 또는 자폐증을 치료하기 위해 제공하는 서비스로 제한됩니다. 보장을 위해 플랜 또는 가입자의 의료 그룹으로부터의 승인을 요구할 수 있습니다. 서비스는 플랜 또는 가입자의 의료 그룹의 요구에 따라 치료 플랜 승인을 바탕으로 해야 합니다.
- 훈련 서비스 및/또는 치료에 대한 보장은 Health Net 또는 귀하의 의사 그룹에서 요구된 승인에 따라 신체 및 정신 건강 상태를 치료하기 위해 가입자 의사, 면허가 있는 의사, 언어 또는 직업 치료사 또는 기타 계약된 서비스 제공자가 면허 범위 내에서 제공한 경우 기술 및 일상 생활에서의 기능을 유지, 학습 또는 향상하는 데 도움을 주는 건강 관리 서비스 및 장치로 제한됩니다. 서비스는 요구에 따라 Health Net 또는 귀하의 의사 그룹에 의해 승인된 치료 계획을 기반으로 해야 합니다.
- 다음 유형의 치료는 정신 질환 또는 화학약물 의존을 위한 보장된 치료와 연계로 제공되는 경우에만 보장됩니다. (a) 피부양자를 위한 치료, (b) 심리적 스트레스, (c) 결혼 또는 가정 문제의 치료, 망상, 신경 인지 장애 및 그 하위 유형 및 신경 발달 장애를 포함한 신경 인지 장애

치료는 의료적으로 필요한 의료 서비스에 대해 혜택이 보장되지만 심리 요법, 정신 의학, 화학약물 의존 또는 약물 남용 치료가 효과가 있는 경우에 한해 동반되는 행동 및/또는 심리적 증상, 약물 의존 또는 약물 남용 장애에 대해 혜택이 보장됩니다. 이러한 조항은 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(정신 질환의 진단 및 통계 매뉴얼)*, 4판, 개정판에서 정신 질환으로 명시된 정신 건강 상태에 대해 의료적으로 필요한 치료의 보장 또는 *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (정신 질환의 진단 및 통계 매뉴얼)*, 최신 수정본에서 명시된 SED 또는 SMI의 의료적으로 필요한 치료에 대한 보장을 침해하지 않습니다. 또한 Health Net은 이러한 정신 질환 또는 약물 의존 서비스가 캘리포니아 법에 따라 면허를 받은 서비스 제공자에 의해 해당 면허의 범위 내에서 수행되거나 그렇지 않은 경우 캘리포니아 법에 의해 승인된 경우에만 보장됩니다. 본 플랜은 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (정신 질환의 진단 및 통계 매뉴얼)*, 4판, 개정판에서 정의된 “정신 질환”을 포함해 모든 필수 건강 혜택을 위해 의료적으로 필요한 치료를 보장합니다.

- Erhard/The Forum, 근원 요법, 생체 에너지 요법, 최면 요법 및 수정 요법 등을 포함하나 이에 국한되지 않는 전문 의료 또는 정신 건강 의료 행위에 대한 국가 표준 서비스에 부합되지 않는 서비스는 보장되지 않습니다. 거절된 보장에 대해 독립 의료 심사를 요청하는 것에 관련된 정보가 필요하신 경우 본 지침의 앞부분에서 “Health Net에 동의하지 못하는 경우” 섹션을 참조하십시오.

- 바이오 피드백 요법에 대한 보장은 실금 및 만성 통증 등의 특정 신체적 장애에 대해 의료적으로 필요한 치료로 제한되고 그렇지 않은 경우 보험 서비스 운영자의 사전 승인에 따라서만 제공됩니다.
- 약품 관리 또는 진단의 확인을 포함해 치료를 계획하는 데 있어서 지원을 받기 위해 면허증이 있는 심리 학자에 의해 수행된 경우를 제외한 심리 검사. 또한 적절한 서비스 제공자가 수행하는 경우가 아닌 자동화, 컴퓨터 기반의 보고서를 산정하기 위한 보장은 제외됩니다.
- 의료적으로 필요하지 않은 거주 치료는 제외됩니다. 의료적으로 필요하다고 고려되지 않고 보장되지 않는 입원에는 야생 센터 교육, 보호 관리, 상황 또는 환경 변화에 따른 입원 또는 양부모 가정 또는 사회 복귀 훈련 시설의 대안으로서의 입원을 포함합니다.
- 주립 병원에서의 서비스는 응급 또는 긴급하게 필요한 관리의 결과로 인한 치료 또는 입원으로 제한됩니다.
- 전화로 제공되는 치료 또는 상담은 보장되지 않습니다.
- 가석방 또는 보호 감찰 및 법원에서 명령한 검사에 따른 의료, 정신 건강 관리 또는 화학약물 의존 서비스는 의료적으로 필요한 보장된 서비스로 제한됩니다.
- 보험, 자격증 취득, 취업, 학교, 캠프 또는 기타 비-예방적인 목적의 정기 신체 검사(심리 검사 또는 약물 검사 포함). 정기 검사는 의료적으로 암시되거나 의사가 지시하지 않은 것으로 증상 또는 기타 비-예방적인 목적 없이 가입자의 일반적인 건강을 확인하기 위한 목적으로 수행됩니다. 예를 들어 취업을 위한 경우

또는 학교, 캠프 또는 스포츠 활동 조직 등의 제삼자 요청에 의해 수행되는 검사가 포함됩니다.

모든 HSP 플랜에 대한 추가 제외 및 제한사항

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

모든 HMO 플랜에 대한 추가 제외 및 제한사항

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

캘리포니아주 비차별 요구사항(혜택 보장 서류에 설명) 이외에도 Health Net of California, Inc. (Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. Health Net은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 고객을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 적격의 수화 통역사 및 기타 형식(큰 활자, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 적격의 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 **1-888-926-4988(TTY: 711)**번을 이용해 Health Net 고객 문의 센터로 전화하십시오.

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 어떠한 방식으로든 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별을 한 경우, 귀하는 상기의 전화번호로 전화해 불만사항 제기에 도움이 필요하다고 말씀하시면 불만사항을 제기할 수 있습니다. Health Net의 고객 문의 센터가 귀하께 도움을 드릴 것입니다. 귀하는 또한 우편으로 불만사항을 제기하실 수 있습니다. Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, 팩스: 1-877-831-6019, 또는 온라인: healthnet.com.

귀하는 또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 이용 가능한 인권 사무소 불만사항 포털 (Office for Civil Rights Complaint Portal)을 통해 온라인으로 또는 다음의 우편 또는 전화번호를 이용해 미국 보건 후생부(Department of Health and Human Services), 인권 사무소에 인권 불만사항을 제기하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

불편사항 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

English

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 call 1-800-522-0088 (TTY: 711). If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您是透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएसडी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイス（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711)までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

Khmer

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

Korean

무료 언어 서비스, 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áááh naaniilí ats'íís baa áháyá biniiyé nahiniłnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hats'íís bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

Health Net 개인 및 가족 플랜

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711(영어)

1-877-891-9053 (광둥어)

1-877-339-8596(한국어)

1-877-891-9053(북경어)

1-800-331-1777(스페인어)

1-877-891-9051(타갈로그어)

1-877-339-8621(베트남어)

청각 및 언어 장애자를 위한 지원

TTY 사용자는 711번 이용.

www.healthnet.com

