

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

 혜택 및 보장 내용 요약표(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에서는 귀하 및 플랜이 보험 보장되는 의료 서비스에 대한 비용을 어떻게 부담하는지에 대해 알려드립니다. 참고: 본 플랜의 비용에 관한 정보(보험료)는 별도로 제공해 드립니다. 본문은 요약서에 불과합니다. 귀하의 보장에 대한 자세한 정보를 알아보거나 전체 보장 조건의 사본을 얻으려면 **1-844-854-7272** 번으로 전화하거나 lacare.org를 방문하십시오. 허용 금액이나 잔액 청구, 공동보험료, 코페이먼트, 공제액, 의료제공자 또는 기타 밑줄 친 용어와 같은 일반 용어 정의는 용어집을 참조하시기 바랍니다. 용어집은 www.healthcare.gov/sbc-glossary.com 에서 확인하거나 **1-844-854-7272** 번으로 전화하여 사본을 요청하시기 바랍니다.

주요 질문	답변	왜 중요한가:
전체 <u>공제액</u> 은 얼마인가요?	\$0	이 <u>플랜</u> 이 보장하는 보험 서비스에 대한 비용은 아래에 있는 일반 의료 서비스 차트를 참조하십시오.
<u>공제액</u> 한도 금액에 다다르기 전에도 보장되는 서비스가 있나요?	아니요	<u>플랜</u> 이 서비스 비용을 지불하기 전에 <u>공제액</u> 을 충족해야 합니다.
특정 서비스를 받기 위한 <u>공제액</u> 이 있나요?	아니요	특정 서비스를 받기 위해 <u>공제액</u> 을 지불하실 필요는 없습니다.
본 <u>플랜</u> 의 <u>본인 지출액</u> <u>최대 한도</u> 는 얼마인가요?	\$1,000	<u>본인 지출액 최대 한도</u> 는 보험적용이 되는 서비스에 대해 한 해 동안 본인이 부담할 수 있는 최대 금액입니다
<u>본인 지출액 최대 한도</u> 에 포함되지 않은 금액은 무엇인가요?	<u>보험료</u> , <u>잔액 청구</u> 및 이 플랜에서 보험적용이 되지 않는 <u>의료 서비스</u>	이러한 비용을 지불하게 되더라도 해당 비용은 <u>본인 지출액 최대 한도</u> 에 산입되지 않습니다.

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

<p><u>네트워크 의료제공자</u>를 이용할 경우, 비용을 덜 부담하게 되나요?</p>	<p>예. 계약된 제공자 목록은 lacare.org를 참조하거나 1-844.854.7272번으로 전화하여 알아보십시오.</p>	<p>본 플랜에서는 <u>의료제공자 네트워크</u>를 이용합니다. 플랜 <u>네트워크</u>에 참여하는 <u>의료제공자</u>를 이용하면 비용을 덜 부담하게 됩니다. <u>비참여 의료제공자</u>를 이용하게 되면 가장 많은 비용을 부담하게 되며 <u>의료제공자</u>의 청구액에서 가입한 <u>플랜</u>이 부담하는 금액의 차액(<u>잔액 청구</u>)을 <u>의료제공자</u>에게서 청구받을 수 있습니다. <u>참여 의료제공자</u>가 일부 서비스(예: 검사실 작업)에 <u>비참여 의료제공자</u>를 사용할 수 있음에 유의하십시오. 서비스를 받기 전에 <u>의료제공자</u>를 확인하십시오.</p>
<p><u>전문의</u>의 진료를 받으려면 <u>진료의뢰</u>가 필요한가요?</p>	<p>예.</p>	<p>본 플랜은 <u>전문의</u> 진료를 받기 전에 <u>진료의뢰</u>를 받은 경우에만 보험적용이 되는 서비스에 대해 <u>전문의</u> 진료 비용의 일부 또는 전부를 부담합니다.</p>
<p>이 플랜이 적용되지 않는 서비스가 있습니까?</p>	<p>예</p>	<p>이 플랜이 적용되지 않는 일부 서비스는 5페이지에 명시되어 있습니다. 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.</p>
<p> 이 표에 수록된 모든 <u>코페이먼트</u> 및 <u>공동보험료</u>는 <u>공제액</u>이 적용되는 경우 <u>공제액</u>을 완납한 후의 요금입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 플랜이 보험적용이 되는 의료서비스에 지불하는 금액은 <u>허용된 금액</u>을 기준으로 합니다. 네트워크 외 <u>의료제공자</u>가 <u>허용된 금액</u>보다 높게 청구하면 귀하가 차액을 지불해야 할 수도 있습니다. 예를 들어, 네트워크 외 병원이 하룻밤 병원 입원에 대해 \$1,500를 청구했고 <u>허용된 금액</u>이 \$1,000이라면 귀하가 차액 \$500을 지불해야 할 수도 있습니다. (<u>잔액 청구라고 함</u>.) 경우에 따라, 귀하가 치료를 받도록 승인된 네트워크 내 시설에서 플랜 소속이 아닌 의료제공자가 보험적용이 되는 서비스를 제공할 수도 		

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 플랜 또는 정책 문서를 참조하십시오.

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

있습니다. 귀하는 귀하가 진료를 받도록 승인된 플랜 시설 또는 네트워크 내 시설에서 받은 보험적용이 되는 서비스에 대한 귀하의 비용 부담금을 초과하는 금액에 대해 책임이 없습니다.

- 이 플랜은 플랜에서 승인한 경우를 제외하고 귀하가 네트워크 내 [의료제공자](#)를 이용할 것을 요구합니다.

일반적 의료 서비스	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	본인 부담금		제한, 예외 및 기타 중요한 정보
		네트워크 의료제공자 (귀하는 최소한의 비용을 지불함)	네트워크 외 의료제공자 (귀하는 최대한의 비용을 지불함)	
의료제공자 의 진료실 또는 의료원 내원 시	상해 또는 질병 치료를 위한 주요 진료 내원	내원 1회당 코페이먼트 \$5	보장 미적용	해당 사항 없음
	전문의 내원	내원 1회당 코페이먼트 \$2	보장 미적용	주치의의 진료의뢰가 필요함. 진료의뢰가 없는 경우 가입자가 서비스 비용을 지불해야 함.*
	기타 의원 방문	보장 미적용	보장 미적용	해당 사항 없음
	예방 진료/검진/예방접종	내원 1회당 코페이먼트 \$5	보장 미적용	해당 사항 없음
검사를 받는 경우	진단 검사 (엑스레이, 혈액검사)	검사당 \$0	보장 미적용	해당 사항 없음

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

	촬영(CT/PET 스캔, MRI)	검사당 \$0	보장 미적용	해당 사항 없음
귀하의 질병 또는 상태를 치료하기 위해 약이 필요한 경우 <u>처방약 보장</u> 에 대한 자세한 정보는 https://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services 에서 확인할 수 있습니다.	약품 처방집에 있는 일반약	처방전당 \$5	보장 미적용	최대 30일분 보험 적용. 건강유지약 90일분 보험 적용. <u>제외</u> 가 적용되며, 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.*
	약품 처방집에 있는 브랜드약	처방전당 \$5	보장 미적용	최대 30일분 보험 적용. <u>제외</u> 가 적용되며, 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.*
	약품 처방집에 없는 약	처방전당 \$5	보장 미적용	승인된 경우 보험적용이 됨. <u>제외</u> 가 적용되며, 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.*
외래 수술을 받는 경우	시설비(예: 외래 수술 센터)	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	<u>제외</u> 가 적용되며, 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.*
	내과의/외과의 진료비	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	<u>제외</u> 가 적용되며, 제외된 서비스에 대한 추가 정보는 귀하의 정책 또는 플랜 문서를 참조하십시오.*

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 [lacare.org](https://www.lacare.org)에서 플랜 또는 정책 문서를 참조하십시오.

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

				플랜 문서를 참조하십시오.*
응급 의료조치가 필요한 경우	응급실 서비스	코페이먼트 \$35	코페이먼트 \$35	병원에 입원한 경우 면제.
	응급 의료 후송	코페이먼트 \$0	코페이먼트 \$0	비행기, 승용차, 택시 또는 기타 유형의 대중교통을 이용한 후송의 보험적용 제외.
	긴급 진료	코페이먼트 \$5	코페이먼트 \$5	네트워크 외 의료 서비스는 로스앤젤레스 카운티 외부에서만 보장됩니다.
병원에 입원하는 경우	시설 이용료(예: 입원실)	코페이먼트 \$0	보장 미적용	
	내과의/외과의 진료비	코페이먼트 \$0	보장 미적용	
정신 건강 또는 행동 건강, 약물 중독 치료 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	코페이먼트 \$5	보장 미적용	심리 검사는 사전 승인 필요.
	시설 기반 외래 서비스	코페이먼트 \$0	보장 미적용	일부 서비스는 사전에 승인을 받아야 합니다.*
	입원 서비스	코페이먼트 \$0	보장 미적용	사전 승인 필요.*
임신한 경우	진료소 내원	코페이먼트 \$5	보장 미적용	
	출산/분만 전문 서비스	코페이먼트 \$0	보장 미적용	

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

	출산/분만 시설 서비스	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	
회복에 도움이 필요하거나 또는 기타 특정 건강 관리가 필요한 경우	<u>가정 간호</u>	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	의학적으로 필요한 전문 간호 서비스 보호 간병인은 포함되지 않음.*
	<u>재활 서비스</u>	<u>코페이먼트</u> \$5	보장 미적용	외래 물리치료, 작업치료, 언어치료 및 호흡 요법 포함.*
	<u>선천적 질환 회복 서비스</u>	보장 미적용	보장 미적용	보장 미적용
	<u>전문 간호 서비스</u>	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	혜택은 혜택적용 연도당 최대 100일로 제한됨.*
	<u>내구성 의료 장비</u>	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	의학적으로 필요한 경우 가정에서 사용되는 장비.*
	<u>호스피스 서비스</u>	<u>코페이먼트</u> \$0	보장 미적용	남은 수명이 12개월 이하의 말기 질환으로 진단 받은 개인에게 한정됨.
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	어린이 안과 검사	보장 미적용	보장 미적용	보장 미적용
	어린이용 안경	보장 미적용	보장 미적용	보장 미적용
	어린이용 치과 검진	보장 미적용	보장 미적용	보장 미적용

제외된 서비스 & 기타 보험적용이 되는 서비스:

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 플랜 또는 정책 문서를 참조하십시오.



PASC-SEIU 가정 간호 간병인 건강보험 가정 내 지원 서비스 근로자용

보장 기간: 2022년~2023년

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

가입한 [플랜](#)에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 정보 및 기타 [제외된 서비스](#) 목록은 보험증서 또는 [플랜](#) 문서를 확인하십시오.)

<ul style="list-style-type: none"> • 침술 • 척추지압 진료 • 성형 수술 • 선천적 질환 회복 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 보청기 • 불임 치료(의학적으로 필요한 질환인 경우 제외) • 장기 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 일대일 전담 간호 • 정기적 치과 진료(의학적으로 필요한 경우 제외) • 정기적 안과 진료 • 정기적 족부 치료
---	--	---

보험을 유지할 권리: 보험 계약이 종료된 후에도 계속해서 보험을 유지하고 싶을 경우 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처는 [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]입니다. 다른 보험도 이용하실 수 있으며 여기에는 [건강보험 마켓플레이스](#)를 통한 개인 보험 구매도 포함됩니다. [마켓플레이스](#)에 관한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov를 방문하거나 **1-800-318- 2596**번으로 문의하시기 바랍니다.

이의제기 및 재고 요청을 할 권리: [플랜](#)의 [보험 급여 청구](#) 거부에 대한 불만을 제기하는 데 도움을 드릴 기관이 있습니다. 이러한 불만 제기를 [이의제기](#) 또는 [재고 요청](#)이라고 합니다. 자신이 보유한 권리에 관한 자세한 정보는 귀하가 받게 될 의료 [보험 급여 청구에 대한 혜택 설명서를 참조하시기 바랍니다.](#) [플랜](#) 문서에는 또한 어떤 사유로든 가입한 [플랜에 대한, 또는 를 접수하는 방법에 대한 모든 정보가 수록되어 있습니다.](#) 귀하의 권리, 본 통지 또는 지원에 대한 자세한 내용은 [insert applicable contact information from instructions]으로 문의하십시오.

본 플랜은 최소 필수 보험 보장을 제공하나요? 예

[최소 필수 보험 보장](#)은 일반적으로 [플랜](#), [건강보험](#)을 포함하며 [마켓플레이스](#)나 기타 개인 시장 보험증서, 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid), 어린이 건강보험 프로그램(Children's Health Insurance Program, CHIP), 트라이케어(TRICARE), 특정 기타 보험을 통해

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.



PASC-SEIU 가정 간호 간병인 건강보험 가정 내 지원 서비스 근로자용

보장 기간: 2022년~2023년

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

이용하실 수 있습니다. 특정 유형의 [최소 필수 보험 보장](#)을 받을 자격을 보유한 경우, [보험료 세액 공제](#) 수혜 자격이 없으실 수도 있습니다.

본 플랜은 최소 가치 기준에 부합하나요? 예

가입한 [플랜](#)이 [최소 가치 기준](#)에 부합하지 않는 경우, [마켓플레이스를 통해 비용 지불을 지원해주는 수혜 자격이 있을 수 있습니다.](#)

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

8페이지 중 8 페이지



PASC-SEIU 가정 간호 간병인 건강보험 가정 내 지원 서비스 근로자용

보장 기간: 2022년~2023년

보험 보장 및 혜택 명세서: 본 플랜의 보장 내역 및 보험 보장 서비스에 대한 본인 지출액

보험 보장 대상: 개인 | 플랜 유형: HMO

언어 지원 서비스:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-844-854-7272**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-844-854-7272**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-844-854-7272**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' **1-844-854-7272**.

가상의 의료 상황에서 본 플랜이 비용을 보장해드리는 방법에 대한 예시는 다음 섹션을 참조하시기 바랍니다.

PRA 공지문: 1995년 문서감축법안(Paperwork Reduction Act, PRA)에 따라 문서 수집에 대해 유효한 행정 관리 예산국(Office of Management and Budget, OMB) 관리 번호가 수반되지 않을 경우 이에 대응할 필요가 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 OMB 번호는 **0938-1146**입니다. 이 정보 수집의 답변당 주어진 시간은 설명을 검토하고 데이터 정보를 찾고, 필요한 데이터를 수집하고 정보수집을 완료하고 검토하는 시간을 포함해 평균 **0.08**시간입니다. 주어진 예상 시간(들)의 정확성에 대해 우려 사항 또는 제안이 있거나 이 양식을 개선할 만한 제안이 있는 경우 다음 주소 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 서면을 보내주십시오.

* 제한 또는 제외에 대한 자세한 내용은 lacare.org에서 [플랜](#) 또는 정책 문서를 참조하십시오.

8페이지 중 9 페이지

다음 보험 보장 예시에 관하여:



아래 소개된 치료는 본 **플랜**이 의료 진료를 보장하는 방법을 소개해드리기 위한 예시입니다. 실제로 드는 비용은 받게 되는 실제 진료, **의료제공자**가 청구하는 금액, 그 외 다양한 요인에 의해 달라지게 됩니다. **비용 분담** 금액(**공제액**과 **코페이먼트**, **공동보험료**) 및 **플랜**에서 **제외되는 서비스**에 주목해 주십시오. 이 정보를 이용하여 다른 건강 **플랜**에서 부담해야 할 비용과 비교해보시기 바랍니다. 아래 보험 보장 예시는 개인 전용 보험에 따라 작성되었습니다.

Peg 는 임신 중입니다
(9개월간의 네트워크 내 산전 진료 및 병원 분만)

- 본 **보험**의 전체 **공제액** \$
- **전문의** [**비용 분담**] \$
- 병원(시설) [**비용 분담**] %
- 기타 [**비용 분담**] %

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다:
전문의 진료소 내원(산전 진료)
 출산/분만 전문 서비스
 출산/분만 시설 서비스
진단용 검사(초음파 및 혈액 검사)
전문의 내원(마취)

이 예시의 총 비용	\$12,700
본 예시에서 Peg는 다음과 같이 비용을 부담합니다.	
<i>비용 분담</i>	
공제액	\$0
코페이먼트	\$50
공동보험료	\$0
<i>보험적용이 되지 않는 항목</i>	

제한 또는 제외	\$60
Peg가 부담할 총 금액	\$110

Joe 의 제 2 형 당뇨병 관리
(1년간 네트워크 내 정기 진료로 잘 관리된 상태임)

- 본 **보험**의 전체 **공제액** \$
- **전문의** [**비용 분담**] \$
- 병원(시설) [**비용 분담**] %
- 기타 [**비용 분담**] %

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다:
주치의 진료소 내원(질병 관련 교육 포함)
진단용 검사(혈액검사)
처방약
내구성 의료 장비(혈당측정기)

이 예시의 총 비용	\$5,600
본 예시에서 Joe는 다음과 같이 비용을 부담합니다.	
<i>비용 분담</i>	
공제액	\$0
코페이먼트	\$290

공동보험료	\$0
<i>보험적용이 되지 않는 항목</i>	

제한 또는 제외	\$815
Joe가 부담할 총 금액	\$1,105

Mia 의 단순 골절
(네트워크 내 응급실 내원 및 후속 진료)

- 본 **보험**의 전체 **공제액** \$
- **전문의** [**비용 분담**] \$
- 병원(시설) [**비용 분담**] %
- 기타 [**비용 분담**] %

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다:
응급실 진료(의료용품 포함)
진단용 검사(엑스레이)
내구성 의료 장비(목발)
재활 서비스(물리치료)

이 예시의 총 비용	\$2,800
본 예시에서 Mia는 다음과 같이 비용을 부담합니다.	
<i>비용 분담</i>	

<u>공제액</u>	\$0	<u>공동보험료</u>	\$0	제한 또는 제외	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$70	<i>보험적용이 되지 않는 항목</i>		Mia가 부담할 총 금액	\$70

본 플랜은 이 예시에서 제시된 보험적용이 되는 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있을 수 있습니다.