



보험혜택 및 보장 요약(Summary of Benefits and Coverage, SBC) 문서는 의료보험을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC에는 가입자와 플랜이 의료 서비스 보장비용을 어떻게 분담하는지에 대해서도 안내되어 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(소위 보험료) 관련 정보는 별도로 제공됩니다. 이 안내문은 단순 요약본입니다. 보장에 관한 자세한 사항을 확인하시거나 보장 약관 전문을 받길 원하신다면, www.kp.org/plandocuments를 방문하시거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 공동보험(Coinsurance), 기본분담금(Copayment), 가입자부담금(Deductible), 제공자(Provider) 또는 그 밖의 밑줄이 그어진 용어와 같은 일반적인 용어의 정의는 용어집을 참조하십시오. 용어집은 www.healthcare.gov/sbc-glossary에서 열람하거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

| 중요 질문 | 답변 | 중요한 이유: |
|--|---|--|
| 전체 <u>가입자부담금</u> 은 얼마입니까? | \$0 | 본 플랜이 보장하는 서비스 비용은 아래의 일반 의료 상황 차트를 참조하십시오. |
| <u>가입자부담금</u> 을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까? | 해당 없음 | 이 플랜은 가입자가 <u>가입자부담금</u> 을 아직 충족하지 못한 경우에도 일부 항목과 서비스를 보장합니다. 단, <u>기본분담금</u> 또는 <u>공동보험</u> 이 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 이 플랜은 가입자가 <u>가입자부담금</u> 을 충족하기 전, <u>비용 분담 없이 특정 예방 서비스</u> 를 보장합니다. www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits 에서 보장되는 <u>예방 서비스</u> 목록을 참조하십시오. |
| 특정 서비스에 대한 기타 가입자부담금이 있습니까? | 없습니다. | 특정 서비스에 대해 <u>가입자부담금</u> 을 충족할 필요가 없습니다. |
| 이 플랜의 <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 은 얼마입니까? | \$1,200 개인 / \$2,400 가족 | <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 은 보장 서비스에 대해 가입자가 1년에 지불하는 최대 금액입니다. 이 플랜에 다른 가족 구성원이 있는 경우 전체 가족의 <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 이 충족될 때까지 가족 각자의 <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 을 충족해야 합니다. |
| <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 에 포함되지 않는 것은 무엇입니까? | <u>보험료</u> , <u>잔액 청구 비용</u> , 이 플랜이 보장하지 않는 건강관리 및 2페이지의 차트에 명시된 서비스. | 가입자가 이러한 비용을 지불하더라도 이 금액은 <u>가입자 부담 최대 한도액</u> 에 산정되지 않습니다. |
| <u>네트워크 소속 제공자</u> 를 이용하면 비용을 적게 지불합니까? | 그렇습니다. <u>네트워크 소속 제공자</u> 목록은 www.kp.org 를 참조하거나 1-888-901-4636(TTY: 711)번으로 전화하여 확인하십시오. | 이 플랜은 네트워크 소속 제공자를 이용합니다. 가입자가 플랜의 <u>네트워크 소속 제공자</u> 를 이용할 경우 비용을 덜 지불하게 됩니다. 가입자가 <u>네트워크 외부 제공자</u> 를 이용할 경우, 최대 비용을 지불하게 되며 <u>제공자</u> 가 청구한 요금과 가입자의 플랜이 지불하는 비용의 차액(<u>잔액 청구</u>)에 대해 <u>제공자</u> 로부터 청구서를 받을 수 있습니다. 가입자의 네트워크 소속 <u>제공자</u> 가 일부 서비스(임상 검사(Lab) 업무 등)에 대해 <u>네트워크 외부 제공자</u> 를 사용할 수 있다는 점에 유의하십시오. 서비스를 받기 전에 담당 <u>제공자</u> 에게 문의하십시오. |
| <u>전문의</u> 를 만나기 위해 <u>의뢰서</u> 가 필요합니까? | 예, 하지만 가입자가 특정 <u>전문의</u> 에게 직접 의뢰할 수도 있습니다. | 이 플랜은 보험적용 서비스에 대해서는 <u>전문의</u> 의 진찰을 받는 비용의 일부 또는 전부를 지급하지만, 가입자가 <u>전문의</u> 의 진찰을 받기 전에 <u>의뢰서</u> 를 받은 경우에만 가능합니다. |



이 차트에 표시된 모든 [기본분담금](#) 및 [공동보험](#) 비용은 [가입자부담금](#)이 적용되는 경우 가입자의 [가입자부담금](#)이 충족된 후입니다.

| 일반 의료 상황 | 가입자가 필요로 할 수 있는 서비스 | 가입자의 지불 내역 | | 제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보 |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| | | 네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불) | 네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불) | |
| 의료 서비스 제공자 의 진료소나 의원 방문 | 부상이나 질병 치료를 위한 1차 진료 방문 | 무료 | 보장되지 않음 | 없음 |
| | 전문 의 방문 | 방문 건당 \$15 | 보장되지 않음 | 없음 |
| | 예방 진료/선별검사/ 예방접종 | 무료 | 보장되지 않음 | 예방적이지 않은 서비스에 대해서는 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방 서비스인지 제공자에게 문의하십시오. 그런 다음, 플랜 에서 비용을 지불하는 항목인지 확인하십시오. |
| 검사 실시 | 진단 검사 (엑스레이, 혈액 검사) | 무료 | 보장되지 않음 | 없음 |
| | 영상 촬영(CT/PET 스캔, MRI) | 방문 건당 \$50 | 보장되지 않음 | 사전 승인 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| 질병이나 질환 치료를 위해 약이 필요한 경우 처방약 보험적용 에 관한 자세한 내용은 www.kp.org/formulary 에서 확인하실 수 있습니다. | 가치 기반 의약품 | \$4(소매)/처방전, | 보장되지 않음 | 최대 90일분(소매/우편 주문). 처방집 가이드라인이 적용됩니다. |
| | 선호 일반의약품 | \$8(소매), 소매 비용 분담액 (우편 주문)/ 처방전 에서 \$5 할인 | | |
| | 선호 브랜드 약품 | \$25(소매), 소매 비용 분담액 (우편 주문)/ 처방전 에서 \$5 할인 | 보장되지 않음 | 최대 90일분(소매/우편 주문). 처방집 가이드라인이 적용됩니다. |
| | 비선호 의약품 | 보장되지 않음 | 보장되지 않음 | 최대 90일분(소매/우편 주문). 처방집 가이드라인이 적용됩니다. |
| 외래 수술을 하는 경우 | 시설 비용(예: 외래 수술 센터) | 방문 건당 \$50 | 보장되지 않음 | 없음 |
| | 의사/외과의 비용 | 무료 | 보장되지 않음 | 의사/외과의 비용은 시설 사용료에 포함되어 있습니다. |
| 즉각적인 의학 진단이 필요한 경우 | 응급실 진료 | 방문 건당 \$200 | 방문 건당 \$200 | 네트워크 외부 제공자 에게 입원한 경우 24시간 이내에 Kaiser Permanente에 고지해야 합니다. 초기 응급 상황에만 |

| 일반 의료 상황 | 가입자가 필요로 할 수 있는 서비스 | 가입자의 지불 내역 | | 제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보 |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| | | 네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불) | 네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불) | |
| | | | | 국한됩니다. 입원환자로 병원에 직접 입원한 경우 <u>기본분담금</u> 이 면제됩니다. |
| | <u>응급 의료 교통편</u> | 20% <u>공동보험</u> | 20% <u>공동보험</u> | 없음 |
| | <u>응급 진료</u> | 무료 | 방문 건당 \$200 | 일시적으로 서비스 지역 범위를 벗어난 경우 <u>네트워크 외부 제공자</u> 서비스가 보장됩니다. |
| 입원하는 경우 | 시설 비용(예: 병실) | \$100/일, 입원 건당 최대 \$500 | 보장되지 않음 | <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | 의사/외과의 비용 | 무료 | 보장되지 않음 | 의사/외과의 비용은 시설 사용료에 포함되어 있습니다. <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| 정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 서비스가 필요한 경우 | 외래환자 서비스 | 무료 | 보장되지 않음 | 없음 |
| | 입원환자 서비스 | \$100/일, 입원 건당 최대 \$500 | 보장되지 않음 | <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| 임산부인 경우 | 진료 방문 | 무료 | 보장되지 않음 | 서비스 유형에 따라 <u>기본분담금</u> , <u>공동보험</u> 또는 <u>가입자부담금</u> 이 적용될 수 있습니다. 임산부 관리에는 SBC의 다른 곳에서 설명 받은 검사 및 서비스(즉, 초음파)가 포함될 수 있습니다. |
| | 출산/분만 전문 서비스 | 무료 | 보장되지 않음 | 전문 서비스는 시설 서비스에 포함됩니다. 입원 후 24시간 이내에, 또는 의학적으로 가능한 한 신속하게 Kaiser Permanente에 통지해야 합니다. 신생아 서비스 <u>비용 분담</u> 은 산모의 분담액과 별도입니다. |
| | 출산/분만 시설 서비스 | \$100/일, 입원 건당 최대 \$500 | 보장되지 않음 | 입원 후 24시간 이내에, 또는 의학적으로 가능한 한 신속하게 Kaiser Permanente에 통지해야 합니다. 신생아 서비스 <u>비용 분담</u> 은 산모의 분담액과 별도입니다. |
| 회복에 도움이 필요하거나 다른 특별한 의학적 요구가 있는 경우 | <u>가정 간호</u> | 무료 | 보장되지 않음 | <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | <u>재활 서비스</u> | 외래환자: 무료 입원환자: \$100/일, 입원 | 보장되지 않음 | 교육 서비스와 결합: 외래환자: 60회/년 방문 제한. 입원환자: 60일/년 제한. <u>사전</u> |

| 일반 의료 상황 | 가입자가 필요로 할 수 있는 서비스 | 가입자의 지불 내역 | | 제한 사항, 예외 사항 및 기타 중요 정보 |
|---------------------------------|---------------------------|--|-------------------------------|--|
| | | 네트워크 소속 제공자 (가입자 최소 비용 지불) | 네트워크 외부 제공자 (가입자 최대 비용 지불) | |
| | | 건당 최대 \$500 | | <u>승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | 교육 서비스 | 외래환자: 무료 입원환자: \$100/일, 입원 건당 최대 \$500 | 보장되지 않음 | 재활 서비스와 결합: 외래환자: 60회/년 방문 제한. 입원환자: 60일/년 제한. <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | 전문 요양 서비스 | 무료 | 보장되지 않음 | 60일/년 제한. <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | 내구성 의료장비 | 무료 | 보장되지 않음 | <u>처방집</u> 가이드라인이 적용됩니다. <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| | 호스피스 서비스 | 무료 | 보장되지 않음 | <u>사전 승인</u> 이 필요하며, 이를 수행하지 않을 경우 보장되지 않습니다. |
| 자녀에게 치과 또는 안과 서비스가 필요한 경우 | 자녀의 안과 검진 | 굴절 검사 비용 없음 | 보장되지 않음 | 1회 검사/12개월로 제한 |
| | 자녀의 안경 | 무료 | 보장되지 않음 | 19세 이상 회원은 \$600/12개월로 제한; 19세 미만 회원은 1년에 한 쌍의 안경테와 렌즈로 제한되거나 50% 공동보험으로 콘택트렌즈 보장 |
| | 자녀의 치과 검진 | 보장되지 않음 | 보장되지 않음 | 없음 |

제외 서비스 및 기타 보험적용 서비스:

| | | | |
|--|--|---|--|
| <u>플랜</u> 이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 정보 및 기타 제외 서비스 목록은 계약증서 또는 <u>플랜</u> 문서 참조) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 미용 수술 • 치과 관리(성인 및 아동) • 청력 보조장치 | <ul style="list-style-type: none"> • 불임 치료 • 장기 치료 • 미국 이외 지역을 여행할 때 비응급 치료 | <ul style="list-style-type: none"> • 개인 간호 요양 • 정기 발 관리 • 체중 감량 프로그램 | |
| 기타 보장 서비스(해당 서비스에는 제한이 적용될 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. <u>플랜</u> 문서를 참조하십시오.) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 침술(20회/년 방문 제한) • 비만 수술 | <ul style="list-style-type: none"> • 자녀의 안경 • 카이로프랙틱 진료(20회/년 방문 제한) | <ul style="list-style-type: none"> • 정기 안과 관리(성인) | |

보험혜택 지속에 대한 가입자 권리: 보험혜택이 종료된 후에도 보장을 계속 유지하려는 경우, 가입자에게 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처 정보는 아래 차트에 나와 있습니다. [건강보험](#) 마켓플레이스를 통해 개인 보험 가입 등 다른 보장 옵션을 이용하실 수 있습니다. 마켓플레이스에 관한 자세한 사항은 www.HealthCare.gov를 참조하거나 1-800-318-2596번으로 전화하여 문의하십시오.

고충 제기 및 이의 신청에 대한 가입자 권리: 청구 거부에 대해 불만이 있는 경우, 가입자에게 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 이 불만을 고충 또는 이의 신청이라고 합니다. 가입자의 권리에 관한 자세한 사항은 해당 의료 청구에 대해 받게 될 혜택 설명서를 참조하십시오. 플랜 문서는 어떤 사유로든 플랜에 청구, 이의 신청 또는 고충을 제출하는 방법에 관한 완전한 정보를 제공합니다. 가입자 권리, 이 통지 또는 지원에 관한 자세한 사항은 아래 차트의 기관에 문의하십시오.

보장을 지속할 수 있는 가입자 권리와 고충 및 이의 신청 권리에 관한 연락처 정보:

| | |
|--|--|
| Kaiser Permanente Member Services(Kaiser Permanente 회원 서비스) | 1-888-901-4636(TTY: 711) 또는 www.kp.org |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration(노동부 근로자복지보장국) | 1-866-444-EBSA(3272) 또는 www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight(보건복지부 소비자정보 및 보험감독센터) | 1-877-267-2323 x61565 또는 www.cciio.cms.gov |
| Washington Department of Insurance(Washington 주 보험국) | 1-800-562-6900 또는 www.insurance.wa.gov |

이 플랜은 최소 필수 보장 범위를 제공합니까? 그렇습니다.

최소 필수 보장에는 일반적으로 [플랜](#), [마켓플레이스](#)를 통해 이용 가능한 [건강보험](#) 또는 기타 개별 마켓 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보장이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 필수 보장에 대한 자격이 있는 경우, [보험료 세금 공제](#) 대상이 되지 않을 수 있습니다.

이 플랜이 최소 가치 기준을 충족합니까? 그렇습니다.

플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 않는 경우, 마켓플레이스를 통해 플랜 비용을 지불하는 데 도움이 되는 보험료 세금 공제 자격이 있을 수 있습니다.

언어 이용 서비스:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

이 플랜이 예시적 의료 상황에 대해 비용을 어떻게 적용하는지 확인하려면 다음 섹션을 참조하십시오.

보험적용 범위의 예:



이것은 비용 추정기가 아닙니다. 명시된 치료는 이 [플랜](#)이 어떻게 의료 서비스를 보장할 수 있는지에 대한 예시일 뿐입니다. 가입자의 실제 비용은 받은 실제 진료, 담당 [제공자](#)가 부과하는 비용 및 기타 여러 요인에 따라 다릅니다. [플랜](#)에 따라 [비용 분담](#)(가입자부담금, 기본분담금, [공동보험](#)) 및 [제외 서비스](#)에 중점을 두십시오. 이 정보를 사용하여 다양한 건강 [플랜](#)에 따라 지불할 수 있는 비용 부분을 비교하십시오. 이러한 보장 예시는 자기 전용 보장을 기반으로 합니다.

아기를 출산하는 Peg

(네트워크 내 산전 관리 9개월 및 병원 분만)

| | |
|--|----------|
| ■ 플랜 의 전체 가입자부담금 | \$0 |
| ■ 전문 의 기본분담금 | 0% |
| ■ 병원(시설) 기본분담금 | \$100+0% |
| ■ 기타(혈액 검사) 공동보험 | 0% |

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

전문 진료소 방문([산전 관리](#))
출산/분만 전문 서비스
출산/분만 시설 서비스
진단 검사([초음파](#) 및 [혈액 검사](#))
전문 방문([마취](#))

| | |
|------------------------|----------|
| 총 예시 비용 | \$12,700 |
| 이 예시에서 Peg가 지불할 내역: | |
| <i>비용 분담</i> | |
| 가입자부담금 | \$0 |
| 기본분담금 | \$100 |
| 공동보험 | \$0 |
| <i>미보장 내역</i> | |
| 제한 또는 예외 사항 | \$20 |
| Peg의 총 지불 금액 | \$120 |

Joe의 제2형 당뇨병 관리 (잘 통제된

상태에 대한 정기 네트워크 소속 치료 1년)

| | |
|--|----------|
| ■ 플랜 의 전체 가입자부담금 | \$0 |
| ■ 전문 의 기본분담금 | 0% |
| ■ 병원(시설) 기본분담금 | \$100+0% |
| ■ 기타(혈액 검사) 공동보험 | 0% |

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

1차 진료의 진료 방문([질병 교육 포함](#))
진단 검사([혈액 검사](#))
처방약
내구성 의료장비([포도당 측정기](#))

| | |
|------------------------|---------|
| 총 예시 비용 | \$5,600 |
| 이 예시에서 Joe가 지불할 내역: | |
| <i>비용 분담</i> | |
| 가입자부담금 | \$0 |
| 기본분담금 | \$600 |
| 공동보험 | \$0 |
| <i>미보장 내역</i> | |
| 제한 또는 예외 사항 | \$0 |
| Joe의 총 지불 금액 | \$600 |

Mia의 단순 골절

(네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 치료)

| | |
|--|----------|
| ■ 플랜 의 전체 가입자부담금 | \$0 |
| ■ 전문 의 기본분담금 | 0% |
| ■ 병원(시설) 기본분담금 | \$100+0% |
| ■ 기타(엑스레이) 공동보험 | 0% |

이 예시에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

응급실 진료([의료용품 포함](#))
진단 검사([엑스레이](#))
내구성 의료장비([목발](#))
재활 서비스([물리치료](#))

| | |
|------------------------|---------|
| 총 예시 비용 | \$2,800 |
| 이 예시에서 Mia가 지불할 내역: | |
| <i>비용 분담</i> | |
| 가입자부담금 | \$0 |
| 기본분담금 | \$200 |
| 공동보험 | \$200 |
| <i>미보장 내역</i> | |
| 제한 또는 예외 사항 | \$0 |
| Mia의 총 지불 금액 | \$400 |

[플랜](#)은 이러한 예시 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.