



건강 플랜 선택 시 혜택 및 보장 요약(SBC) 문서가 도움이 됩니다. 보장된 의료 서비스에 대한 귀하와 플랜의 비용 분담 방식을 SBC 를 통해 이해하실 수 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(보험료라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공해 드립니다. 본 문서는 요약본일 뿐입니다. 귀하의 보장 관련 추가 정보를 원하시거나 전체 보장 약관 사본을 받으시려면 PacificSource.com/plan-details 웹페이지를 방문하시기 바랍니다. 일반적인 용어(예: 허용 금액, 잔액 청구, 공동보험액, 코페이, 공제액, 의료 제공자 또는 기타 밑줄이 그어진 용어)의 일반적인 정의는 용어집을 참조하시면 됩니다. 용어집은 Healthcare.gov/sbc-glossary 웹페이지에서 확인하실 수 있으며, 사본을 원하시면 1-888-977-9299 번으로 요청하시기 바랍니다.

중요한 질문	답변	본 문서가 중요한 이유:
전체 공제액이 얼마인가요?	네트워크 내 의료 제공자: 개인 \$6,100/가족 \$12,200	본 플랜에서 비용을 부담하기 전에 일반적으로 귀하께서 공제액까지의 의료 제공자 비용을 반드시 전부 지불하셔야 합니다. 플랜에 다른 가족 구성원이 가입된 경우, 모든 가족 구성원이 지불한 공제액 비용의 총액이 전체 가족 공제액에 도달할 때까지 각 가족 구성원이 반드시 자신의 개인 공제액에 해당하는 금액을 전부 지불해야 합니다.
공제액을 전부 지불하기 전에 보장되는 서비스가 있나요?	예. 예방 진료 및 아래에 '공제액 비적용'으로 명시된 기타 서비스.	귀하께서 공제액을 전부 지불하지 않으셨더라도 본 플랜에서 일부 품목과 서비스를 보장해 드립니다. 하지만 코페이나 공동보험액이 적용될 수도 있습니다. 예를 들어, 귀하께서 공제액을 전부 지불하시기 전에 비용 분담 없이 본 플랜에서 특정 예방 서비스를 보장해 드립니다. 보장해 드리는 예방 서비스 목록은 Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 웹페이지에서 확인하실 수 있습니다.
특정 서비스에 적용하는 별도의 공제액이 있나요?	아니요.	특정 서비스는 공제액을 전부 지불하실 필요가 없습니다.
본 플랜의 본인 부담금 한도는 얼마인가요?	네트워크 내 의료 제공자: 개인 \$9,200/가족 \$18,400	본인 부담금 한도는 보장 서비스에 대해 1년간 귀하께서 지불하실 수 있는 최대 금액입니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입된 경우, 전체 가족의 본인 부담금 한도에 도달할 때까지 각 가족 구성원이 자신의 본인 부담금 한도까지 지불해야 합니다.
본인 부담금 한도에 포함되지 않는 항목은 무엇인가요?	보험료, 잔액 청구 금액, 본 플랜에서 보장하지 않는 의료 서비스.	해당 비용을 지불하시더라도 본인 부담금 한도에는 포함되지 않습니다.

<p><u>네트워크 제공자의 서비스를 받으면 비용이 더 저렴한가요?</u></p>	<p>예. <u>네트워크 제공자 목록</u>: providerdirectory.PacificSource.com/?nPlan=Core . 전화: 1-888-977-9299.</p>	<p>본 플랜은 <u>의료 제공자 네트워크</u>를 이용합니다. <u>플랜 네트워크</u> 내의 <u>의료 제공자</u>를 이용하시면 더 저렴한 비용을 부담하게 됩니다. 귀하께서 <u>네트워크 외부 제공자</u>를 이용하시면 비용 부담이 가장 커집니다. 의료 제공자의 청구액과 플랜 지급액의 차액(잔액 청구)에 대한 의료 제공자의 청구서를 받으실 수 있습니다. 일부 서비스(예: 검사실 작업)를 위해 <u>네트워크 외부 제공자</u>를 <u>네트워크 제공자</u>가 이용할 수 있다는 점을 알려드립니다. 서비스를 받으시기 전에 귀하의 의료 제공자에게 확인하시기 바랍니다.</p>
<p><u>전문의 진료를 받으시려면 진료 추천이 필요한가요?</u></p>	<p>아니요.</p>	<p><u>진료 추천</u> 없이도 원하시는 <u>전문의</u> 진료를 받으실 수 있습니다.</p>



이 차트에 표시된 모든 코페이와 공동보험액 비용은 공제액이 적용되는 경우 공제액 도달 후의 비용입니다.

귀하의 지불액				
일반적인 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (가장 적은 금액 지불)	네트워크 외부 (가장 많은 금액 지불)	제한 사항, 예외, 기타 중요 정보
의료 제공자의 진료소나 클리닉을 방문하는 경우	부상이나 질환 치료를 위한 1차 진료 방문	처음 3회 방문 시 <u>코페이</u> \$5/방문, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 이후 방문 시, <u>코페이</u> \$40/방문, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	혜택 연도 기준으로 일차 진료, 정신 건강, 행동 건강, 물질 남용 진료를 합산하여 처음 3회 방문까지 적용.
	<u>전문의</u> 방문	<u>코페이</u> \$100/이동, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	없음
	<u>예방 진료/검진/예방 접종</u>	무료, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	예방 건강검진: 0~36개월 아동은 13회 방문, 3세 이상 아동은 매년 방문. 여성 건강검진: 매년 예방적이지 않은 서비스에는 비용을 지불하셔야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방적인지 <u>의료</u> <u>제공자</u> 에게 문의하시기 바랍니다. 그런 다음 <u>플랜</u> 지불액을 확인해 보세요. 금연: 네트워크 외부 진료는 보장되지 않음.
검사가 있는 경우	<u>진단 검사</u> (엑스레이, 혈액 검사)	<u>공동보험액</u> 30%	보장되지 않음	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	<u>공동보험액</u> 30%	보장되지 않음	사전 허가 필요 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.

귀하의 지불액

일반적인 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (가장 적은 금액 지불)	네트워크 외부 (가장 많은 금액 지불)	제한 사항, 예외, 기타 중요 정보
질환이나 상태를 치료하기 위해 약품이 필요한 경우 처방약 보장에 대한 추가 정보: PacificSource.com/drug-list	제네릭 약품 - 1 단계	소매: <u>코페이 \$15/처방</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 우편: <u>코페이 \$30/처방</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	모든 <u>처방약</u> 목록 단계에 대해: 네트워크 내에서 제공받는 경우 무료로 적용되는 특정 외래환자 약품의 예방 혜택이 처방 혜택에 포함되며, <u>공제액</u> 은 적용되지 않습니다. 표시된 <u>비용 분담</u> 금액은 소매점에서는 30 일 공급량을, 우편 주문에서는 90 일 공급량을 나타냅니다. 소매 및 우편 주문 수량은 90 일 공급량으로 제한됩니다. <u>특수 약품</u> 수량은 30 일 공급량으로 제한됩니다. 특정 약품에는 사전 허가가 필요합니다. 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.
	선호 약품 - 2 단계	소매: <u>코페이 \$60/처방</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 우편: <u>코페이 \$180/처방</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	
	비선호 약품 - 3 단계	소매: <u>공동보험액 50%</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 우편: <u>공동보험액 50%</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	
	<u>특수 약품</u> - 4 단계	소매: <u>공동보험액 50%</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 우편: <u>공동보험액 50%</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	
외래 수술을 받는 경우	시설 이용료(예: 외래 수술 센터)	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	일부 수술에는 사전 허가가 필요합니다. 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.
	의사/외과의사 수수료	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	없음
즉각적인 의료 지원이 필요한 경우	<u>응급실 치료</u>	의료 응급 상황: <u>공동보험액 30%</u> 응급 상황이 아닌 경우: <u>공동보험액 30%</u>	의료 응급 상황: <u>공동보험액 30%</u> 응급 상황이 아닌 경우: 보장되지 않음	없음
	<u>응급 의료 수송</u>	지상: <u>공동보험액 30%</u> 항공: <u>공동보험액 30%</u>	지상: <u>공동보험액 30%</u> 항공: <u>공동보험액 30%</u>	상태를 치료할 수 있는 가장 가까운 시설로 제한됩니다. 지상 이동이 의학적으로나 신체적으로 부적절한 경우 항공 이동이 보장됩니다.

귀하의 지불액				
일반적인 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (가장 적은 금액 지불)	네트워크 외부 (가장 많은 금액 지불)	제한 사항, 예외, 기타 중요 정보
	<u>긴급 진료</u>	<u>코페이 \$70/방문</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	네트워크 외부 <u>긴급 진료</u> 는 당사의 네트워크를 통해 이용하시는 경우에만 네트워크 내 <u>비용</u> 분담으로 이용하실 수 있습니다.
병원에 입원하는 경우	시설 이용료(예: 병실)	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	2인실로 제한되며, 개인실이 필요하다고 판단되는 경우는 예외입니다. 일부 입원 서비스에는 사전 허가가 필요합니다. 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.
	의사/외과의사 수수료	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	없음
정신 건강, 행동 건강 또는 물질 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	처음 3회 방문 시 <u>코페이 \$5/방문</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 이후 방문 시, <u>코페이 \$40/방문</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	보장되지 않음	혜택 연도 기준으로 일차 진료, 정신 건강, 행동 건강, 물질 남용 치료를 합산하여 처음 3회 방문까지 적용.
	입원환자 서비스	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	일부 입원 서비스에는 사전 허가가 필요합니다. 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.
임신 중인 경우	진료소 방문	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	<u>예방 서비스</u> 에는 <u>비용 분담</u> 이 적용되지 않습니다. 출산 및 병원 방문은 산전 및 산후 관리에 포함됩니다. 시설은 다른 병원 서비스와 동일하게 보장됩니다.
	출산/분만 전문 서비스	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	
	출산/분만 시설 서비스	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	
회복에 도움이 필요하거나 기타	<u>가정 건강 관리</u>	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	개인 간병이나 관찰 간호에 대한 보장은 없습니다.

귀하의 지불액				
일반적인 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (가장 적은 금액 지불)	네트워크 외부 (가장 많은 금액 지불)	제한 사항, 예외, 기타 중요 정보
특별한 건강상의 필요가 있는 경우	<u>재활 서비스</u>	입원환자: <u>공동보험액 30%</u> 외래환자: 진료소에서 진료받는 경우 <u>코페이</u> \$40/방문, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음, 그 외 모든 진료 환경은 <u>공동보험액</u> 30%	입원환자: 보장되지 않음 외래환자: 보장되지 않음	입원환자: 연간 30 일로 제한됨. 외래환자: 연간 방문 횟수는 30 회로 제한됨. 레크리에이션 치료는 보장되지 않음.
	<u>기능 습득 서비스</u>	입원환자: <u>공동보험액 30%</u> 외래환자: 진료소에서 진료받는 경우 <u>코페이</u> \$40/방문, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음, 그 외 모든 진료 환경은 <u>공동보험액</u> 30%	입원환자: 보장되지 않음 외래환자: 보장되지 않음	입원환자: 연간 30 일로 제한됨. 외래환자: 연간 방문 횟수는 30 회로 제한됨. 레크리에이션 치료는 보장되지 않음.
	<u>전문 간호 서비스</u>	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	1년에 60 일로 제한됨. 관찰 간호는 보장되지 않음.
	<u>내구성 의료 장비</u>	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	한도: 연간 총 \$5,000, 안경이나 콘택트렌즈는 연간 1쌍, 임신당 유축기 1개, 화학요법이나 방사선 치료용 가발은 연간 1개 장비. 비용이 \$2,500를 초과하거나 장비가 전동 보조 휠체어인 경우, 사전 허가가 필요합니다. 사전 허가를 받지 못하면, 귀하께서 비용을 부담하셔야 합니다.
	<u>호스피스 서비스</u>	<u>공동보험액 30%</u>	보장되지 않음	개인 간병 서비스는 보장되지 않음. 임시 간호는 연속 5일, 평생 30일로 제한됨.
자녀에게 치과나 안과 진료가 필요한 경우	아동 안과 검사	무료, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	\$40까지 무료, <u>공제액</u> 은 적용되지 않으며, 그 이상은 <u>공동보험액 100%</u>	18세 이하 아동은 연 1회 기본 안과 검사 가능.

귀하의 지불액

일반적인 의료 사건	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (가장 적은 금액 지불)	네트워크 외부 (가장 많은 금액 지불)	제한 사항, 예외, 기타 중요 정보
	아동용 안경	네트워크 내 진료와 네트워크 외부 진료 통합: 30% <u>공동보험액</u>	네트워크 내 진료와 네트워크 외부 진료 통합: <u>공동보험액 30%</u>	네트워크 내 진료와 네트워크 외부 진료 통합: 18 세 이하인 경우 연간 안경 1 쌍(안경테와 렌즈 포함) 또는 콘택트렌즈(렌즈와 피팅 포함) 1 쌍. \$150 까지 무료, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음.
	아동 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음

제외된 서비스 및 기타 보장 서비스:

일반적으로 귀하의 플랜에서 보장하지 않는 서비스(추가 정보와 기타 제외 서비스 목록은 보험 증권이나 플랜 문서를 확인하세요.)

- | | | |
|------------------|--------------------------------|----------------------------|
| • 비만 수술 | • 불임 치료 | • 개인 간호 |
| • 성형수술(특정 상황 제외) | • 장기 치료 | • 정기적인 안과 진료(성인) |
| • 치과 진료(성인) | • 미국이 아닌 지역 여행 중 받은 비응급 의료 서비스 | • 진성 당뇨병이 아닌 경우의 정기적인 발 관리 |

기타 보장 서비스(해당 서비스에는 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 본 문서는 전체 목록이 아닙니다. 귀하의 플랜 문서를 참조하세요.)

- | | | |
|------------------|-------------------------|--------------|
| • 낙태 | • 카이로프랙틱 치료, 연간 20 회 방문 | • 보청기(아동) |
| • 침술, 연간 12 회 방문 | • 보청기(성인) | • 체중 감량 프로그램 |

보장을 계속 유지할 수 있는 귀하의 권리: 보장이 종료된 후에도 보장을 계속 유지하길 원하시면 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처: 금융 규제국 전화: 1-888-877-4894. 웹사이트: dfr.oregon.gov. 건강 보험 마켓플레이스를 통한 개별 보험 보장 가입을 포함하여 다른 보장 옵션도 이용하실 수 있습니다. 마켓플레이스에 대한 추가 정보: 웹사이트: Healthcare.gov, 전화: 1-800-318-2596.

귀하의 고충 사항 및 이의 제기 권리: 클레임이 거부되어 플랜에 대한 불만이 발생한 경우, 도움을 드릴 수 있는 기관이 있습니다. 이런 불만 사항을 고충 사항 또는 이의 제기라고 합니다. 귀하의 권리에 대한 추가 정보를 원하시면, 해당 의료 클레임에 대해 귀하께서 받으실 수 있는 혜택에 대한 설명을 살펴보세요. 귀하의 플랜 문서를 통해 플랜에 대한 클레임, 이의 제기, 고충 사항을 어떤 이유로든 제출하시는 데 필요한 모든 정보를 제공해 드립니다. 귀하의 권리, 본 통지서, 지원에 대한 추가 정보: PacificSource 고객 서비스팀 전화: 1-888-977-9299. 금융 규제국 전화: 1-888-877-4894. 웹사이트: dfr.oregon.gov.

이 플랜에서는 최소 핵심 보장을 제공하나요? 예.

최소 핵심 보장에는 일반적으로 플랜, 마켓플레이스나 기타 개별 시장 보험을 통해 제공되는 건강 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, 기타 특정 보장이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 핵심 보장에 대한 가입 자격이 있는 경우, 보험료 세금 공제를 받으실 수 없습니다.

이 플랜은 최소 가치 기준을 충족하나요? 해당 없음.

귀하의 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 마켓플레이스를 통해 플랜 비용을 지불하는 데 도움이 되는 보험료 세금 공제를 받으실 수 있습니다.

언어 지원 서비스:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-977-9299.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-977-9299.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-977-9299.

해당 플랜의 샘플 의료 상황 비용 보장 방법의 예를 확인하시려면 다음 섹션을 참조하시기 바랍니다.

해당 보장 예시에 대한 안내:



이는 **비용 산정 도구**가 아닙니다. 표시된 치료 내용은 해당 플랜에서 의료 서비스를 어떻게 보장하는지에 대한 예시일 뿐입니다. 실제로 받으시는 케어, 의료 제공자가 청구하는 가격, 수많은 기타 요인에 따라 실제 비용이 달라집니다. 플랜에 따른 비용 부담금(공제액, 코페이, 공동보험액)과 제외 서비스에 초점을 맞추세요. 이 정보를 이용하여 다양한 건강 플랜에서 지불하게 될 비용 부분을 비교해 보세요. 이러한 보장 예시는 본인만을 대상으로 한 보장을 기준으로 한 것입니다.

Peg의 임신

(9개월간의 네트워크 내 산전 관리 및 병원 분만)

- 플랜의 전체 공제액 \$6,100
- 전문의 코페이 \$100
- 병원(시설) 공동보험액 30%
- 기타 공동보험액 30%

해당 예시 상황에 포함된 서비스:

전문의 진료소 방문(산전 관리)

출산/분만 전문 서비스

출산/분만 시설 서비스

진단 검사(초음파 및 혈액 검사)

전문의 방문(마취)

총 예시 비용	\$12,700
이 예에서 Peg의 지불액:	
<i>비용 부담금</i>	
<u>공제액</u>	\$6,100
<u>코페이</u>	\$10
<u>공동보험액</u>	\$1,900
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 또는 제외 사항	\$60
Peg의 총 지불액:	\$8,070

Joe의 2형 당뇨병 관리

(잘 조절된 상태에 대한 1년간의 네트워크 내 정기 진료)

- 플랜의 전체 공제액 \$6,100
- 전문의 코페이 \$100
- 병원(시설) 공동보험액 30%
- 기타 공동보험액 30%

해당 예시 상황에 포함된 서비스:

1차 진료 의사 진료소 방문(질병 교육 포함)

진단 검사(혈액 검사)

처방약

내구성 의료 장비(혈당 측정기)

총 예시 비용	\$5,600
이 예에서 Joe의 지불액:	
<i>비용 부담금</i>	
<u>공제액</u>	\$900
<u>코페이</u>	\$1,000
<u>공동보험액</u>	\$0
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 또는 제외 사항	\$20
Joe의 총 지불액:	\$1,920

Mia의 단순 골절

(네트워크 내 응급실 방문 및 후속 진료)

- 플랜의 전체 공제액 \$6,100
- 전문의 코페이 \$100
- 병원(시설) 공동보험액 30%
- 기타 공동보험액 30%

해당 예시 상황에 포함된 서비스:

응급실 진료(의료용품 포함)

진단 검사(엑스레이)

내구성 의료 장비(목발)

재활 서비스(물리 치료)

총 예시 비용	\$2,800
이 예에서 Mia의 지불액:	
<i>비용 부담금</i>	
<u>공제액</u>	\$2,100
<u>코페이</u>	\$400
<u>공동보험액</u>	\$0
<i>보장되지 않는 사항</i>	
제한 또는 제외 사항	\$20
Mia의 총 지불액:	\$2,500

해당 예시에서 보장하는 서비스의 기타 비용은 플랜에서 부담합니다.