



혜택 및 보장 요약(SBC) 문서를 통해 건강 플랜을 선택하는 데 도움을 받으실 수 있습니다. SBC를 통해 보장범위 내 보건의료 서비스에 대한 비용을 귀하와 플랜이 어떻게 나누어 부담하는지 확인하실 수 있습니다. 참고: 이 플랜의 비용(보험료라고 불림)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이는 단지 요약에 불과합니다. 보장에 대해 더 자세한 정보를 알아보시거나 전체 보장 약관의 사본을 받아보시려면 PacificSource.com/plan-details를 확인하십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 공동 보험, 코페이먼트, 공제액, 의료서비스 제공자 또는 기타 밀줄친 용어와 같은 자주 쓰이는 용어에 대한 일반적인 정의는 어휘사전을 참고하십시오. 어휘사전은 Healthcare.gov/sbc-glossary에서 보실 수 있으며 사본을 요청하시려면 1-888-977-9299로 전화하십시오.

중요 질문	답변	중요한 이유:
총 공제액(Deductible)이란 무엇입니까?	네트워크 내 의료서비스 제공자: 개인 \$5,500/가족 \$11,000 네트워크 외 의료서비스 제공자: 개인 \$10,000/가족 \$20,000	일반적으로, 귀하는 이 플랜에 의해 지불이 시작되기 전 공제액 금액까지 의료서비스 제공자가 청구하는 모든 금액을 지불하셔야 합니다. 플랜에 등록된 다른 가족 가입자가 있는 경우, 전체 가족 가입자가 지불한 총 공제액 지출액이 총 가족 공제액을 충족할 때까지 각 가족 가입자는 각자의 개인 공제액을 충족해야 합니다.
공제액을 충족하기 전에도 보장되는 서비스가 있습니까?	예. 예방적 진료 및 기타 아래에 나열된 '공제액이 적용되지 않는' 서비스.	이 플랜에서는 귀하가 아직 공제액 금액을 충족하지 못했더라도 일부 품목 및 서비스를 보장합니다. 하지만 코페이먼트 및 공동 보험은 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 이 플랜에서는 귀하가 공제액을 충족하기 전에 비용 분담 없이 특정 예방적 서비스를 보장합니다. 보장범위 내 예방적 진료 목록은 Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 을 참고하십시오.
특정 서비스에 대한 기타 공제액이 있습니까?	아니오.	특정 서비스에 대한 공제액을 충족하실 필요는 없습니다.
이 플랜의 본인 부담금(Out-of-Pocket) 한도란 무엇입니까?	네트워크 내 의료서비스 제공자: 개인 \$9,450/가족 \$18,900 네트워크 외 의료서비스 제공자: 개인 \$25,000/가족 \$50,000	본인 부담금 한도는 귀하가 보장범위 내 서비스에 대해 1년 간 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 이 플랜에 등록된 기타 가족 가입자가 있다면, 가족 가입자는 총 가족 본인 부담금 한도가 충족될 때까지 각자의 본인 부담금 한도를 충족해야 합니다.
본인 부담금(Out-of-Pocket) 한도에 포함되지 않는 항목은 무엇입니까?	이 플랜에서 보장하지 않는 보험료, 잔액 청구 금액, 건강관리와 같은 항목이 있습니다.	이에 대한 비용을 지불하시더라도, 본인 부담금 한도 산정에 포함되지 않습니다.
네트워크 의료서비스 제공자를 이용하면 더 저렴한 비용을 지불할 수 있습니까?	예. providerdirectory.PacificSource.com/Commercial/?nPlan=Navigator 를 참고하시거나 1-888-977-9299로 전화하여 네트워크 의료서비스 제공자 목록을 확인하십시오.	이 플랜에서는 의료서비스 제공자 네트워크를 이용합니다. 플랜 네트워크 내의 의료서비스 제공자를 이용하시면 더 저렴한 비용을 지불하실 수 있습니다. 네트워크 외 의료서비스 제공자를 이용하실 경우 대부분의 비용을 지불하셔야 하며, 의료서비스 제공자가 귀하에게 의료서비스 제공자가 청구한 금액과 귀하의 플랜이 지불한 비용의 차액에 대한 청구서를 보낼 것입니다(잔액 청구). 네트워크 의료서비스 제공자가 일부 서비스(검사실 작업 등)를 목적으로 네트워크 외 의료서비스 제공자를 이용할 수 있다는 점에 유의하십시오. 서비스를 받기 전 의료서비스 제공자에게 확인하십시오.
전문의에게 진료를 받기 위해 소견서가 필요합니까?	아니오.	소견서 없이 전문의를 선택하여 진료를 받으실 수 있습니다.



이 차트에 나오는 코페이먼트 및 공동 보험 비용은 모두 공제액이 적용될 시 공제액이 충족된 이후의 금액입니다.

지불 금액				
일반적인 의료 문제	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (최소 지불 금액)	네트워크 외 (최대 지불 금액)	한도, 제외 사항, & 기타 중요 정보
<u>보건 의료 서비스</u> 제공자의 진료실이나 진료소를 방문할 경우	부상이나 질병 치료를 위한 일차 의료 진료	처음 3번의 진료까지 \$5 <u>코페이먼트/진료당</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 이후 진료시, \$40 <u>코페이먼트/진료당</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음.	50% <u>공동 보험</u>	일차 의료, 정신 건강, 행태보건, 물질 남용 진료를 합산한 보장 연도별 최초 3회의 진료.
	<u>전문의 진료</u>	\$80 <u>코페이먼트/진료당</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	50% <u>공동 보험</u>	없음
	<u>예방적 진료/검사/예방접종</u>	청구액 없음, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	50% <u>공동 보험</u>	예방적 건강검진: 0~36개월령 13회 검진, 3세 이상 매년 검진. 여성 정기검진: 매년 예방적 목적이 아닌 서비스에 대해서는 비용을 지불해야 할 수 있습니다. <u>의료서비스 제공자에게</u> 필요한 서비스가 예방적 목적인지 문의하십시오. 그리고 귀하의 <u>플랜</u> 이 지급하는 금액을 확인하십시오. 금연: 네트워크 외에서 보장되지 않습니다.
검사를 받을 경우	<u>진단적 검사</u> (x-ray, 혈액검사)	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	없음
	영상 검사 (CT/PET 스캔, MRI)	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	사전 승인이 필요합니다. 승인을 받지 않은 경우, 귀하가 비용을 부담해야 합니다.

지불 금액				
일반적인 의료 문제	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (최소 지불 금액)	네트워크 외 (최대 지불 금액)	한도, 제외 사항, & 기타 중요 정보
질병이나 질환 치료를 위한 약물이 필요한 경우 처방약 보장에 대한 더 자세한 정보는 다음에서 확인하실 수 있습니다. PacificSource.com/drug-list	복제약 - 1단계	소매: \$15. <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u> 우편: \$30 <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u>	90% <u>공동 보험</u>	전체 <u>처방약</u> 목록 단계: 처방 혜택에는 예방적 혜택으로서 특정 외래 약물이 포함되며 네트워크 내에서 수령 시 비용 없이 제공되고 <u>공제액</u> 은 적용되지 않습니다. <u>비용 분담</u> 금액은 소매 30일 분 및 우편 주문 90일 분 기준입니다. 소매 및 우편 주문의 양은 90일 분까지로 제한됩니다. <u>전문 의약품</u> 의 양은 30일 분까지로 제한됩니다. 특정 약물의 경우 사전 승인이 필요합니다. 승인을 받지 않은 경우, 귀하가 비용을 부담해야 합니다.
	선호약 - 2단계	소매: \$60. <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u> 우편: \$180. <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u>	90% <u>공동 보험</u>	
	비선호약 - 3단계	소매: 50% <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u> 우편: 50% <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u>	90% <u>공동 보험</u>	
	<u>전문약</u> - 4단계	소매: 50% <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u> 우편: 50% <u>코페이먼트/처방당, 공제액은 적용되지 않음</u>	90% <u>공동 보험</u>	
외래 수술을 받을 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	일부 수술의 경우 사전 승인이 필요합니다. 승인을 받지 않은 경우, 귀하가 비용을 부담해야 합니다.
	의사/외과의 비용	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	없음
즉각적인 의학적 처치가 필요한 경우	<u>응급실 진료</u>	의학적 응급상황: 30% <u>공동 보험</u> 비응급상황: 30% <u>공동 보험</u>	의학적 응급상황: 30% <u>공동 보험</u> 비응급상황: 50% <u>공동 보험</u>	없음
	<u>의학적 응급 이송</u>	지상: 30% <u>공동 보험</u> 항공: 30% <u>공동 보험</u>	지상: 30% <u>공동 보험</u> 항공: 30% <u>공동 보험</u>	질환 치료가 가능한 가장 가까운 시설까지로 제한됩니다. 항공 이송은 지상 이송이 의학적 또는 물리적으로 부적절할 경우 보장됩니다.
	<u>긴급 진료(Urgent care)</u>	\$70 <u>코페이먼트/진료당, 공제액은 적용되지 않음</u>	50% <u>공동 보험</u>	없음

지불 금액				
일반적인 의료 문제	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (최소 지불 금액)	네트워크 외 (최대 지불 금액)	한도, 제외 사항, & 기타 중요 정보
병원에 입원할 경우	시설 비용(예: 병실)	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	1인실이 필요하다고 결정된 경우를 제외하고 2인실(semi-private room)까지로 제한됩니다. 일부 입원 서비스의 경우 사전 승인이 필요합니다. 승인을 받지 않은 경우, 귀하가 비용을 부담해야 합니다.
	의사/외과의 비용	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	없음
정신 건강, 행태보건, 물질 남용 서비스가 필요한 경우	외래 진료 서비스	처음 3번의 진료까지 \$5 <u>코페이먼트/진료당</u> , <u>공제액은 적용되지 않음.</u> 이후 진료시, \$40 <u>코페이먼트/진료당</u> , <u>공제액은 적용되지 않음.</u>	50% <u>공동 보험</u>	일차 의료, 정신 건강, 행태보건, 물질 남용 진료를 합산한 보장 연도별 최초 3회의 진료.
	입원 서비스	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	일부 입원 서비스의 경우 사전 승인이 필요합니다. 승인을 받지 않은 경우, 귀하가 비용을 부담해야 합니다.
임신한 경우	외래 진료	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	<u>예방적 서비스에는 비용 분담이 적용되지 않습니다.</u> 분만 및 병원 진료는 산전 및 산후 진료 시 보장됩니다. 시설 비용은 여타 입원 서비스와 동일하게 보장됩니다.
	출산/분만 전문 서비스	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	
	출산/분만 시설 서비스	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	
회복에 도움이 필요하거나 또는 기타 특별한 건강상의 필요사항이 있는 경우	<u>재가 의료</u>	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	개인적 간호나 보호자의 간병에 대해서는 보장되지 않습니다.
	<u>재활 서비스</u>	입원: 30% <u>공동 보험</u> ; 외래: \$40 <u>공동 보험/진료당</u> , <u>공제액은 적용되지 않음(진료실 환경에서 제공 시)</u> , 다른 환경의 경우 30% <u>공동 보험</u>	입원: 50% <u>공동 보험</u> 외래: 50% <u>공동 보험</u>	입원: 연간 30일로 제한됨. 외래: 연간 30회 진료로 제한됨. 오락 요법에 대해서는 보장되지 않습니다.
	<u>자활 서비스</u>	입원: 30% <u>공동 보험</u>	입원: 50% <u>공동 보험</u> 외래: 50% <u>공동 보험</u>	입원: 연간 30일로 제한됨. 외래: 연간 30회 진료로 제한됨. 오락 요법에 대해서는 보장되지 않습니다.

지불 금액				
일반적인 의료 문제	필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 (최소 지불 금액)	네트워크 외 (최대 지불 금액)	한도, 제외 사항, & 기타 중요 정보
		외래: \$40 <u>공동 보험</u> /진료당, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음 (진료실 환경에서 제공 시), 다른 환경의 경우 30% <u>공동 보험</u>		
	<u>전문 영양 치료</u>	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	연간 60일로 제한됨. 보호자의 간병에 대해서는 보장되지 않습니다.
	<u>내구성 의료 장비</u>	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	제한: 연간 총 \$5,000; 연간 안경 한 개 또는 콘택트렌즈 한 쌍; 임신 시 유축기 한 개; 항암화학치료 또는 방사선치료 시 연간 가발 한 개. 장비 가격이 \$2,500을 넘는 전동보조 휠체어의 경우 사전 승인이 필요하며, 사전 승인을 받지 않은 경우 귀하가 비용을 부담해야 합니다.
	<u>호스피스 서비스</u>	30% <u>공동 보험</u>	50% <u>공동 보험</u>	개인적 간호에 대해서는 보장되지 않습니다. 임시 간호(Respite care)는 연속 5일 및 생애 30일까지로 제한됩니다.
자녀에게 치과 또는 안과적 치료가 필요할 경우	아동 안과 검진	청구액 없음, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	\$40까지 청구액 없음, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음, 이후 100% <u>공동 보험</u>	만 18세 이하일 시 연간 1회의 정기 안과 검진
	아동 안경	네트워크 내외 합산: 30% <u>공동 보험</u>	네트워크 내외 합산: 30% <u>공동 보험</u>	네트워크 내외 합산: 만 18세 이하일 시 연간 안경(안경테 및 안경렌즈) 하나 또는 콘택트렌즈(렌즈 및 피팅) 한 쌍. \$150까지 청구액 없음, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음.
	아동 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음

제외되는 서비스 & 기타 보장범위 내 서비스:

귀하의 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 정보를 보시려면 귀하의 보험증권 또는 플랜 문서 및 기타 제외되는 서비스 목록을

- 비만 수술
- 미용 수술(특정 상황 제외)
- 피임 시술
- 장기 요양
- 개인적 간호
- 정기 안과 진료(성인)

<ul style="list-style-type: none"> • 치과 진료(성인) 	<ul style="list-style-type: none"> • 미국 밖을 여행하고 있을 때의 비응급 진료 	<ul style="list-style-type: none"> • 당뇨 환자 외의 정기 발 관리
---	---	--

기타 보장범위 내 서비스(이 서비스에 한도가 적용될 수 있습니다. 이는 전체 목록이 아닙니다. [플랜](#) 문서를 참고하십시오.)

<ul style="list-style-type: none"> • 유산 • 침술 	<ul style="list-style-type: none"> • 카이로프랙틱 진료 • 청력 보조(성인) 	<ul style="list-style-type: none"> • 청력 보조(아동) • 체중 감량 프로그램
--	--	---

귀하의 보장을 유지할 권리: 귀하의 보장이 종료된 후에도 이를 유지하고 싶으시다면 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 이러한 기관들의 연락처는 다음과 같습니다: 금융감독국 1-888-877-4894 또는 dfr.oregon.gov. 귀하는 또한 건강보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace)를 통해 개인 보장 보험을 구매하는 것을 포함하여 다른 보장 옵션을 이용할 수 있습니다. 마켓플레이스(Marketplace)에 대해 자세히 알아보시려면 Healthcare.gov에 접속하시거나 1-800-318-2596에 전화하십시오.

귀하의 고충처리 및 이의 제기 권리: 청구 거부에 대해서 귀하의 플랜에 불만사항이 있으신 경우 도움을 줄 수 있는 기관이 있습니다. 불만사항은 고충처리 또는 이의제기라고 불립니다. 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는 의료비 청구 시에 받게 되는 혜택에 대한 설명을 확인하십시오. 플랜 문서에는 어떤 이유로든 귀하의 플랜에 청구서를 제출하고, 이의를 제기하고, 고충처리를 하는 법에 대한 모든 정보가 제공됩니다. 귀하의 권리, 본 고지 또는 도움에 대한 자세한 정보를 알아보시려면 다음으로 연락하십시오: PacificSource 고객 서비스 팀(1-888-977-9299) 또는 금융감독국(1-888-877-4894) 또는 dfr.oregon.gov.

이 플랜은 최소 필수 보장(Minimum Essential Coverage)을 제공합니까? 예.

최소 필수 보장(Minimum Essential Coverage)에는 일반적으로 마켓플레이스(Marketplace)에서 이용가능한 플랜, 건강 보험 또는 기타 개별 판매 보험증권, 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid), CHIP, 트라이케어(TRICARE), 그리고 기타 특정 보장이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 필수 보장(Minimum Essential Coverage) 자격을 갖춘 경우, 보험료 세액 공제(premium tax credit)를 받을 자격이 되지 못할 수 있습니다.

이 플랜은 최소 가치 기준(Minimum Value Standards)을 충족합니까? 적용되지 않습니다.

귀하의 플랜이 최소 가치 기준(Minimum Value Standards)을 충족하지 못할 경우, 귀하가 마켓플레이스(Marketplace)를 통해 플랜 비용을 지불하는 데 도움을 줄 보험료 세액 공제(premium tax credit)의 자격을 갖추게 됩니다.

언어 접근 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.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

보장 예시:



이는 비용 계산기가 아닙니다. 제시된 치료는 이 플랜에서 의학적 치료를 어떻게 보장하는 지에 대한 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 귀하가 실제 받은 치료, 의료서비스 제공자가 청구하는 가격, 기타 여러 요인에 따라 달라질 수 있습니다. 플랜에 따른 비용 분담 금액(공제액, 코페이먼트, 공동 보험) 및 제외되는 서비스에 집중해 주십시오. 이 정보는 서로 다른 건강 플랜에 따라 귀하가 지불해야 하는 금액의 일부를 비교하는 데에 이용해 주십시오. 이러한 보장 예시는 보이 하저 보장을 기준으로 하다는 점에

페그는 아이를 가졌습니다 (9개월간 네트워크 내 산전 진료 및 병원 부담)		조의 2형 당뇨 관리 (1년간 잘 조절된 질환에 대한 네트워크 내 정기 진료)		미아의 단순 골절 (네트워크 내 응급실 진료 및 추적 관리)	
<ul style="list-style-type: none"> 플랜의 총 공제액 \$5,500 전문의 진료 \$80 코페이먼트 병원(시설) 30% 공동 보험 기타 30% 공동 보험 		<ul style="list-style-type: none"> 플랜의 총 공제액 \$5,500 전문의 진료 \$80 코페이먼트 병원(시설) 30% 공동 보험 기타 30% 공동 보험 		<ul style="list-style-type: none"> 플랜의 총 공제액 \$5,500 전문의 진료 \$80 코페이먼트 병원(시설) 30% 공동 보험 기타 30% 공동 보험 	
이 예시의 경우 다음과 같은 서비스가 포함됩니다: 전문의 외래 진료 (산전 진료) 출산/분만 전문 서비스 출산/분만 시설 서비스 진단 검사(초음파 및 혈액 검사) 전문의 진료(마취)		이 예시의 경우 다음과 같은 서비스가 포함됩니다: 일차 의료 의사 외래 진료 (질환 교육 포함) 진단적 검사 (혈액검사) 처방약 내구성 의료 장비 (혈당계)		이 예시의 경우 다음과 같은 서비스가 포함됩니다: 응급실 진료 (의료 소모품 포함) 진단적 검사 (x-ray) 내구성 의료 장비(목발) 재활 서비스 (물리치료)	
총 예시 비용	\$12,700	총 예시 비용	\$5,600	총 예시 비용	\$2,800
이 경우 페그가 지불할 금액:		이 경우 조가 지불할 금액:		이 경우 미아가 지불할 금액:	
<i>비용 분담</i>		<i>비용 분담</i>		<i>비용 분담</i>	
공제액	\$5500.	공제액	\$900.	공제액	\$2100.
코페이먼트	\$25.	코페이먼트	\$1315.	코페이먼트	\$415.
공동 보험	\$2100.	공동 보험	\$0.	공동 보험	\$0.
<i>보장되지 않는 금액</i>		<i>보장되지 않는 금액</i>		<i>보장되지 않는 금액</i>	
한도 또는 제외사항	\$60.	한도 또는 제외사항	\$20.	한도 또는 제외사항	\$0.
페그가 지불할 총 금액은	\$7,685	조가 지불할 총 금액은	\$2,235	미아가 지불할 총 금액은	\$2,515

플랜에서 이러한 보장범위 내 서비스 예시의 기타 비용을 지불할 책임이 있습니다.