



개인 및 가족

Trio HMO 건강 플랜



발효일:
2024년 1월

견적과 신청을 원하시면, 중개인에게 연락하거나 blueshieldca.com/getblue에 방문해주세요.

Blue Shield of California의 Trio HMO

가까운 곳에 원하는 의료진이 있습니다

당사 Trio HMO 플랜은 비용 부담을 줄이면서 Dignity Health, Hoag Memorial, Good Samaritan, John Muir, Loma Linda, Providence, Scripps, St. Joseph, St. Jude, UC San Francisco 등을 비롯한 뛰어난 지역 의사와 병원 네트워크를 대부분의 PPO 플랜보다 저렴한 월 보험료로 제공하기 위해 설계되었습니다.

Trio HMO는 보장과 의료 시스템을 찾고 계시는 가입자에게 도움이 되도록 고품질 서비스를 약속한 의료진과 협력하여 낮은 보험료에 플랜을 제공합니다. 당사 Trio ACO HMO 네트워크에 속한 1차 진료 의사(PCP)를 선택하여 필요한 케어를 받아보세요. 거주지의 Trio HMO 의사와 병원을 확인하시려면, blueshieldca.com/networkifphmo에 방문하세요.

Trio HMO를 이용 가능한 지역은 어디인가요?

Trio HMO 플랜은 캘리포니아주 28개 카운티에 제공됩니다. Trio HMO 플랜 이용 가능 지역을 확인하시려면, blueshieldca.com/triocheck에 방문하시거나 중개인에게 연락하세요.

Shield Concierge - 전화 한 통으로, 여러 전문가를 만나세요

PCP를 찾거나, 처방전을 받거나, 청구서에 궁금한 점이 있거나, 건강에 관한 조언이 필요할 때 Shield Concierge에 전화하시면 도움을 받을 수 있습니다. Shield Concierge는 귀하를 위하여 연계하여 일하는 전문가 팀입니다. Shield Concierge 팀에는 다음 전문가가 포함됩니다:

- 고객 서비스 대리인
- 등록 간호사
- 약사
- 약사 보조원
- 건강 코치
- 사회복지사

여행할 때도 보장받으세요

출장이나 휴가를 떠날 때, 모든 Blue Shield HMO 플랜에는 BlueCard® 및 Blue Shield Global Core가 제공됩니다. 미국 전역은 물론 해외여행 중에도 긴급 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다.

플랜 옵션

당사는 귀하가 선택하실 수 있는 다양한 Trio HMO 건강 플랜을 제공합니다. 알맞은 플랜을 선택하시려면, 월 보험료와 진료 비용을 어떻게 배정할지 생각해야 합니다. 일반적으로, 월 보험료가 높을수록, 의료 서비스를 받을 때 지급하는 자비 부담금은 줄어듭니다. 더 낮은 월 보험료를 선택하는 경우, 의료 서비스를 받을 때 지급하는 자비 부담금이 커질 것입니다.

월 보험료를 많이 불입하는 경우 ← → 월 보험료를 적게 불입하는 경우



의료 서비스 부담금 비용이 적어짐 ← → 의료 서비스 부담금 비용이 커짐

Platinum

90

Gold

80

Platinum 및 Gold 플랜

Platinum 및 Gold 플랜은 월 보험료가 가장 높지만, 공제액이 없고 대부분의 Blue Shield 플랜보다 코페이가 저렴하여, 자주 의료 서비스를 받아야 하는 분에게 좋은 선택입니다.

Silver

70

Silver 플랜

Blue Shield Silver 70 HMO 플랜은 가끔 의료 서비스를 받으며 월 보험료 및 의료 서비스를 받을 때 부담하는 비용 간의 균형을 맞추고 싶은 분에게 적합한 플랜입니다.

Silver

94

Silver

87

또한, 당사는 Covered California를 통해 세 종류의 Silver 비용 부담 절감 플랜을 제공하며, 코페이와 공제액, 자비 부담금 최대 금액이 낮은 것이 특징입니다. 특정 소득 조건과 기타 기준을 충족하는 분들이 가입할 수 있습니다:

Silver

73

- Blue Shield Silver 94 Trio HMO
- Blue Shield Silver 87 Trio HMO
- Blue Shield Silver 73 Trio HMO

Bronze

7500

Bronze 플랜

이 플랜은 가장 저렴한 월 보험료로 이용 가능하나, 의료 서비스를 받을 때 드는 비용이 가장 높습니다. 병원에 드물게 가는 분, 만약의 사태에 대비하고 싶은 분에게 좋은 선택입니다.

원하실 때 어디서나 의사와 상담하세요

Teladoc은 면허를 취득한 미국 전역의 의사 및 아동청소년과 의사, 정신 건강 전문가와 다양한 의료 및 정신 건강 문제를 상담할 수 있는 주 7일 24시간 365일 서비스로, 전화나 온라인 영상 진료로 특정 의약품 처방을 제공합니다. 본 서비스에 드는 코페이는 없으며, 의료 공제액을 충당하기 전에 이용 가능합니다.

재정 지원

가입자는 Covered California를 통해 모든 Blue Shield Trio HMO 플랜 월 보험료 납부에 도움이 되는 정부 재정 지원을 받을 수도 있습니다.

blueshieldca.com/assistance에서 자격을 확인하시거나 담당 중개인 또는 Blue Shield에 문의하여 자격요건 심의 절차에 대한 안내를 받아보세요.





중요한 의료 용어 정의는 5페이지를 참조해주세요.

이 차트는 네트워크 의료진 이용 시 일반 의료 서비스의 플랜 공제액, 코페이 및 공동 보험료 관련 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜의 혜택은 Trio ACO HMO 네트워크 의료진을 이용할 때만 적용됩니다. 해당 의료 그룹 외의 의료진에게서 받은 의료 서비스는 응급, 긴급, 후속 치료를 제외하고 보장되지 않습니다.

플랜 정보 전문을 확인하시려면, blueshieldca.com/policies에 방문하세요.

가입자는 해당되는 경우, 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 최대 허용된 요금까지 부담해야 합니다. 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 Trio ACO HMO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

 = 공제액을 총당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

 = 혜택은 공제액을 따름

	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
플랜 가입 창구	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 전용	Covered California 전용
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수: ¹			
예방 보건 혜택	\$0	\$0	\$0	\$0
진료소 방문 - 1차 진료 의사	\$15	\$35	\$50	\$50
진료소 방문 - 전문의	\$30	\$65	\$90	\$90
긴급 진료 방문	\$15	\$35	\$50	\$50
1단계 의약품 (최대 30일분)	\$7	\$15	\$19	\$19
2단계 의약품 (최대 30일분)	\$16	\$60	\$60	\$60
3단계 의약품 (최대 30일분)	\$25	\$85	\$90 ²	\$90 ²
4단계 의약품 (최대 30일분)	10% (처방전별 최대 \$250)	20% (처방전별 최대 \$250)	20% (처방전별 최대 \$250) ²	20% (처방전별 최대 \$250) ²
임상병리검사	\$15	\$40	\$50	\$50
엑스레이	\$30	\$75	\$95	\$95
병원 입원 환자	1일 \$225 (입원당 최대 5일)	1일 \$330 (입원당 최대 5일)	30%	30%
외래 환자 수술	\$75	\$130	30%	30%
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	\$150	\$350	\$450	\$450
구급차	\$150	\$250	\$255	\$250
임부 - 출산(병원)	1일 \$225 (입원당 최대 5일)	1일 \$330 (입원당 최대 5일)	30%	30%
소아 치과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안경	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나
척추 교정 요법 카이로프랙틱(American Specialty Health Plans 네트워크 척추 지압사가 제공)	비보장	비보장	비보장	비보장
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	\$15	\$35	\$50	\$50
역년 의료 공제액 ⁴	\$0	\$0	개인별 \$5,400/ 가족별 \$10,800	개인별 \$5,400/ 가족별 \$10,800
역년 자비 부담금 최대 액수(공제액 포함)	개인별 \$4,500/ 가족별 \$9,000	개인별 \$8,700/ 가족별 \$17,400	개인별 \$9,100/ 가족별 \$18,200	개인별 \$9,100/ 가족별 \$18,200
역년 조제 공제액 ⁴	\$0	\$0	개인별 \$150/ 가족별 \$300	개인별 \$150/ 가족별 \$300

이것은 계약이 아닙니다. 모든 혜택 설명은 플랜 혜택의 개요입니다. 플랜 혜택 또는 제외 내역의 자세한 설명을 원하시면 보장범위 증서(EOC)를 참조하세요. 서비스 이용 시 재정 책임 및 플랜 혜택을 쉽고 간단히 이해할 수 있는 혜택 및 보장 요약(SBC) 양식을 확인하세요. 플랜 EOC 및 SBC는 blueshieldca.com/policies에 방문하거나 당사 번호 (888) 256-3650에 전화하여 확인하실 수 있습니다.


당사는 또한 미국 원주민과 알래스카 원주민에게 특별 플랜을 제공합니다. 자세한 정보를 원하시면 coveredca.com에 방문하세요.


1 명시된 액수는 허용된 요금의 비율입니다. 네트워크 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.
2 모든 처방 의약품은 역년 조제 공제액을 따릅니다.
3 역년 의료 공제액을 따릅니다.

4 가족 보장에는 가족 공제액 내 개인 공제액이 있습니다. 가입자가 개인 공제액을 총당하고 나면 Blue Shield가 가족 플랜에 속한 개인 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액이 총족되면 Blue Shield가 모든 보장되는 가족 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액은 가족 가입자 2인인 개인 공제액을 총당하거나, 3인 이상의 가입자가 조합하여 가족 공제액 한도에 도달한 경우에 충족됩니다.

이 차트는 네트워크 의료진 이용 시 일반 의료 서비스의 플랜 공제액, 코페이 및 공동 보험료 관련 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜의 혜택은 Trio ACO HMO 네트워크 의료진을 이용할 때만 적용됩니다. 해당 의료 그룹 외의 의료진에게서 받은 의료 서비스는 응급, 긴급, 후속 치료를 제외하고 보장되지 않습니다.

플랜 정보 전문을 확인하시려면, blueshieldca.com/policies에 방문하세요.

 = 공제액을 총당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

 = 혜택은 공제액을 따름

	Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Bronze 7500 Trio HMO
플랜 가입 청구	Covered California 전용	Covered California 전용	Covered California 전용	Blue Shield 전용
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수: ¹			
예방 보건 혜택	\$0	\$0	\$0	\$0
진료소 방문 - 1차 진료 의사	\$5	\$15	\$35	\$70
진료소 방문 - 전문의	\$8	\$25	\$85	\$80
긴급 진료 방문	\$5	\$15	\$35	\$70
1단계 의약품 (최대 30일분)	\$3	\$5	\$15	\$25
2단계 의약품 (최대 30일분)	\$10	\$25	\$55	\$115 ³
3단계 의약품 (최대 30일분)	\$15	\$45	\$85	\$160 ³
4단계 의약품 (최대 30일분)	10% (처방전별 최대 \$150)	15% (처방전별 최대 \$150)	20% (처방전별 최대 \$250)	50% (최대 \$500) ³
임상병리검사	\$8	\$20	\$50	\$65
엑스레이	\$8	\$40	\$95	\$115
병원 입원 환자	10%	20%	30%	50%
외래 환자 수술	10%	20%	30%	50%
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	\$50	\$150	\$350	50%
구급차	\$30	\$75	\$250	50%
임부 - 출산(병원)	10%	20%	30%	50%
소아 치과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안경	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나
척추 교정 요법 카이로프랙틱(American Specialty Health Plans 네트워크 척추 지압사가 제공)	비보장	비보장	비보장	\$20 (연간 최대 12회 방문)
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	\$5	\$15	\$35	\$50
역년 의료 공제액 ⁴	\$0	\$0	\$0	개인별 \$7,500/ 가족별 \$15,000
역년 자비 부담금 최대 액수(공제액 포함)	개인별 \$1,150/ 가족별 \$2,300	개인별 \$3,000/ 가족별 \$6,000	개인별 \$6,100/ 가족별 \$12,200	개인별 \$9,100/ 가족별 \$18,200
역년 조제 공제액 ⁴	\$0	\$0	\$0	의료 공제액에 포함됨

이것은 계약이 아닙니다. 모든 혜택 설명은 플랜 혜택의 개요입니다. 플랜 혜택 또는 제외 내역의 자세한 설명을 원하시면 보장범위 증서(EOC)를 참조하세요. 서비스 이용 시 재정 책임 및 플랜 혜택을 쉽고 간단히 이해할 수 있는 혜택 및 보장 요약(SBC) 양식을 확인하십시오. 플랜 EOC 및 SBC는 blueshieldca.com/policies에 방문하거나 당사 번호 (888) 256-3650에 전화하여 확인하실 수 있습니다.













당사는 또한 미국 원주민과 알래스카 원주민에게 특별 플랜을 제공합니다. 자세한 정보를 원하시면 coveredca.com에 방문하세요.

1 명시된 액수는 허용된 요금의 비율입니다. 네트워크 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.
2 모든 처방 의약품은 역년 조제 공제액을 따릅니다.
3 역년 의료 공제액을 따릅니다.

4 가족 보장에는 가족 공제액 내 개인 공제액이 있습니다. 가입자가 개인 공제액을 총당하고 나면 Blue Shield가 가족 플랜에 속한 개인 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액이 충족되면 Blue Shield가 모든 보장되는 가족 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액은 가족 가입자 2인이 개인 공제액을 총당하거나, 3인 이상의 가입자가 조합하여 가족 공제액 한도에 도달한 경우에 충족됩니다.

가입자는 해당되는 경우, 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 최대 허용된 요금까지 부담해야 합니다. 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 Trio ACO HMO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

정의

- ① **1단계** - Blue Shield 표준 처방집 내 저비용 선호 브랜드 의약품 및 대부분의 제네릭 의약품.
 - ② **2단계** - Blue Shield 표준 처방집 내 비선호 제네릭 의약품, 선호 브랜드 의약품 또는 의약품 안전, 효과, 비용을 기준으로 Pharmacy & Therapeutics Committee(약사의료위원회)가 추천한 의약품.
 - ③ **3단계** - Blue Shield 표준 처방집 내 비선호 브랜드 의약품, 의약품 안전, 효과, 비용을 기준으로 Pharmacy & Therapeutics Committee가 추천한 의약품, 일반적으로 더 낮은 단계에 선호 및 더 저렴한 치료 대체제가 있는 의약품.
 - ④ **4단계** - 생물약품, Food and Drug Administration(미국 식품의약국)이 또는 의약품 제조사가 전문 약국을 통해 배포하도록 한 의약품, 자가 투여에 훈련 또는 임상 모니터링이 필요한 의약품, 또는 1개월 제공분이 플랜 비용(환급 후)으로 \$600을 초과하는 의약품.
-  **1차 진료 의사** - 가입자의 진료를 담당하며 해당 플랜 네트워크의 다른 의료진에게 위탁하는 의사.
-  **가맹 의료진/네트워크 의료진** - 특정 건강 플랜의 가입자들에게 보장되는 의료 서비스를 제공하기로 Blue Shield와 계약을 맺은 공급자(의사와 병원을 포함). 네트워크 의료진은 보장되는 서비스에 대해 Blue Shield의 계약 요율에 동의했습니다.
-  **공동 보험료** - 모든 연간 공제액을 충당한 후 가입자가 혜택을 받기 위해 납부하는 금액의 비율.
-  **공제액** - Blue Shield에서 지급을 시작하기 전 대부분의 보장되는 서비스에 대해 가입자가 매년마다 납부하는 액수. 예방 진료 등 특정 보장되는 서비스는 가입자가 연간 공제액을 충당하기 전에 보장됩니다.
-  **보험료** - 건강 보장 비용으로 매월 Blue Shield에 납부해야 하는 액수.
-  **부담금(코페이)** - 모든 해당되는 연간 공제액을 충당한 후 가입자가 혜택을 받기 위해 납부하는 고정 액수.
-  **비용 분담** - Blue Shield와 가입자가 나누어 부담하는 의료 서비스 비용.
-  **처방집** - 안전, 효과, 비용을 기준으로 선정하고 Food and Drug Administration 승인한 의약품 목록.
-  **최대 자기 부담금** - 개인 또는 가족이 보장되는 모든 서비스에 대해 매년 지불해야 하는 공제액, 코페이 및 공동 보험료를 합한 최대 금액입니다.
-  **허용된 요금** - Blue Shield가 보장되는 의료 서비스 지급을 결정하는 데 이용하는 금액.
-  **혜택(보장되는 의료 서비스)** - 건강 플랜으로 보장되는 의학적으로 필요한 서비스 및 제품품.
-  **HMO(건강 유지관리 조직)** - 가입자를 담당하는 1차 진료 의사가 진료하며 해당 플랜 네트워크의 다른 의료진에게 위탁하는 건강 플랜 유형.

질문이 있거나, 견적이 필요하거나, 신청하고 싶으십니까?



blueshieldca.com/getblue에 방문하거나 담당 중개인에게 연락하세요

Blue Shield 또는 캘리포니아주의 건강 플랜 마켓플레이스에 해당하는 Covered California (coveredca.com)를 통해 Blue Shield 플랜에 가입 신청할 때 담당 중개인이 도와 드릴 수 있습니다.

Trio HMO를 이용할 수 없는 지역에 계신다면, 당사가 캘리포니아주 전체에 제공하는 PPO 플랜을 살펴보세요. 당사 PPO 플랜에 대한 더 자세한 정보를 원하시면 담당 중개인에게 이 브로슈어의 PPO 버전을 요청하거나 blueshieldca.com/getblue에 방문하세요.

당사는 건강 플랜의 일부 또는 별도로 가입할 수 있는 치과 플랜, 안과 플랜* 및 생명보험 플랜 또한 제공하고 있습니다. 자세한 정보는 담당 중개인에게 문의하시거나 bsca.com/ifpspecialty2024에 방문하세요.



*Blue Shield of California Life & Health Insurance Company가 보증.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A12179-HMO-OL-KO_0124