

개인 및 가족

PPO 건강 플랜



발효일:
2024년 1월

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

PPO 건강 플랜

Blue Shield of California PPO 플랜으로 원하시는 조건으로 진료를 받으세요. 이러한 플랜은 진료 의뢰서가 필요 없고 의사, 전문의, 병원 선택을 중요하게 여기는 가입자들을 위해 설계되었습니다. 당사 독점 PPO 네트워크에 속한 62,000명 이상의 의사 및 320개 병원의 협력으로 Blue Shield of California PPO 플랜은 귀하가 원하시는 선택권과 유연성을 제공합니다. 거주지의 독점 PPO 네트워크 의사와 병원을 확인하려면, blueshieldca.com/networkifppo에 방문하세요.

보장되는 서비스 비용은 언제나 네트워크 의료진을 이용할 경우 가장 저렴합니다. 그러나 PPO 플랜은 보통 당사 독점 PPO 네트워크 비가맹 의료진에게 받은 서비스 비용 일부도 지급합니다.

여행할 때도 보장받으세요

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

원하실 때 어디서든 의사와 상담하세요

Teladoc은 국가 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, 대부분의 플랜(HDHP 플랜 제외)에서 의료 공제액을 충당하기 전에 이용 가능합니다.

재정 지원

Covered California를 통해 제공되는 모든 Blue Shield 플랜(Minimum Coverage PPO 플랜 제외)에 대한 월 보험료 불입에 도움이 되는 재정 지원을 받을 수도 있습니다.*

blueshieldca.com/assistance에서 자격을 확인하시거나 담당 중개인 또는 Blue Shield 에 문의하여 자격요건 심의 절차에 대한 안내를 받아 보세요.

아니면 HMO 플랜을 찾고 계신가요?

실력 있는 의사와 병원 네트워크, 낮은 보험료까지 누릴 수 있는 HMO 플랜을 선호하는 분에게 지역에 따라 Trio HMO 플랜을 제공합니다. 당사 HMO 플랜에 대한 더 자세한 정보를 원하시면 담당 중개인에게 이 브로슈어의 HMO 버전을 요청하거나 blueshieldca.com/getblue에 방문하세요.



중요한 의료 용어 정의는 6페이지를 참조하세요.

* Blue Shield는 가입자가 보조금 지급 대상인지 결정하지 않습니다. Covered California를 통해 플랜에 가입하기로 하신다면, Covered California가 신청서에 작성한 정보를 기준으로 귀하의 자격 및 실제 보조금 금액을 결정할 것입니다.

플랜 선택 방법

당사는 귀하가 선택하실 수 있는 다양한 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.



Platinum
90

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 PPO 플랜은 가끔 의료 서비스를 받으며 월 보험료 및 의료 서비스를 받을 때 부담하는 비용 간의 균형을 맞추고 싶은 분에게 적합한 플랜입니다.

Silver
1750

예상 가능한 코페이를 제공하는 저비용의 가치 있는 플랜을 찾고 계신다면, Silver 1750 PPO 플랜이 적합할 것입니다.

Silver
2600

건강 저축 계좌*(HSA)에 적립할 수 있는 높은 공제액의 건강 플랜(HDHP)을 원하시면 Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO 플랜이 좋은 선택입니다. 가입자는 자신의 HSA에 세금 우대 저축을 함으로써 향후 의료비를 준비할 수 있습니다.

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:

- Blue Shield Silver 94 PPO
- Blue Shield Silver 87 PPO
- Blue Shield Silver 73 PPO

Silver
73

Bronze
60

Bronze 플랜

이러한 플랜은 보통 월 보험료가 저렴하지만, 의료 서비스를 받을 때 자비 부담금이 높습니다. 병원에 드물게 방문하시는 분, 만약의 사태에 대비하고 싶은 분에게 좋은 선택입니다.

Bronze
HDHP
60

Bronze 60 HDHP PPO 플랜은 HSA 호환 플랜 옵션입니다. Silver 2600 HDHP PPO 플랜과 비교하면 더욱 저렴한 플랜 보험료를 납입하는 대신 서비스 이용 시 부담금을 더욱 많이 지급하는 플랜입니다.

Minimum
Coverage
60

Minimum Coverage PPO 플랜

본 플랜에 가입하시려면 만 30세 미만이거나 Covered California를 통해 경제적 어려움으로 인한 면제 자격을 받아야 합니다. 의료 서비스를 거의 받지 않고 가장 낮은 월 보험료 불입을 원하는 분에게 잘 맞는 플랜입니다.

* HSA 호환 가능한 높은 공제액의 건강 플랜(HDHP)에 가입한 가입자 대부분은 HSA를 개설할 수 있는 자격이 있지만, 재정 전문가와 상담한 후 HSA/HDHP가 적합한 재정적 선택인지 결정해야 합니다. Blue Shield는 HSA 관련 세금 조언을 제공하지 않습니다. HSA는 은행을 통해 제공됩니다. HSA, 가입 자격 및 현행 법 조항에 관한 자세한 정보는 담당 재정 전문가 또는 세금 전문가에게 조언을 구해야 합니다.

이 차트는 네트워크 의료진 이용 시 일반 의료 서비스의 플랜 공제액, 코페이 및 공동 보험료 관련 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜 정보 전문을 확인하시려면, blueshieldca.com/policies에 방문하세요. 가입자는 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 최대 허용된 요금까지 부담해야 합니다(해당되는 경우). 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 독점 PPO 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 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 70 PPO
플랜 가입 청구	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 ⁴	\$60 ⁴
3단계 의약품 (최대 30일분)	\$25	\$85	\$90 ⁴	\$90 ⁴
4단계 의약품 (최대 30일분)	10% (최대 \$250/ 처방전)	20% (최대 \$250/ 처방전)	20% (최대 \$250/ 처방전) ⁴	20% (최대 \$250/ 처방전) ⁴
임상병리검사	\$15	\$40	\$50	\$50
엑스레이	\$30	\$75	\$95	\$95
병원 입원 환자	10%	30%	30%	30%
외래 환자 수술	10%	30%	30%	30%
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	\$150	\$350	\$450	\$450
구급차	\$150	\$250	\$255	\$250
임부 - 출산(병원)	10%	30%	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
네트워크 내 1년 의료 공제액 ⁶	\$0	\$0	개인별 \$5,400/ 가족별 \$10,800	개인별 \$5,400/ 가족별 \$10,800
1년 자비 부담금 최대한도 (공제액 포함)	개인별 \$4,500/ 가족당 \$9,000	개인별 \$8,700/ 가족별 \$17,400	개인별 \$9,100/ 가족당 \$18,200	개인별 \$9,100/ 가족당 \$18,200
네트워크 내 1년 조제 공제액	\$0	\$0	개인별 \$150/ 가족별 \$300 ⁶	개인별 \$150/ 가족별 \$300 ⁶

이 차트는 네트워크 의료진 이용 시 일반 의료 서비스의 플랜 공제액, 코페이 및 공동 보험료 관련 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜 정보 전문을 확인하시려면, blueshieldca.com/policies에 방문하세요. 가입자는 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 최대 허용된 요금까지 부담해야 합니다(해당되는 경우). 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 독점 PPO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

= 공제액을 총당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

= 혜택은 공제액을 따름

	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 73 PPO	Blue Shield Silver 1750 PPO
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	\$55
진료소 방문 - 전문의	\$8	\$25	\$85	\$85
긴급 진료 방문	\$5	\$15	\$35	\$55
1단계 의약품 (최대 30일분)	\$3	\$5	\$15	\$20 ⁴
2단계 의약품 (최대 30일분)	\$10	\$25	\$55	\$75 ⁴
3단계 의약품 (최대 30일분)	\$15	\$45	\$85	\$90 ⁴
4단계 의약품 (최대 30일분)	10% (최대 \$150/ 처방전)	15% (최대 \$150/ 처방전)	20% (최대 \$250/ 처방전)	35% (최대 \$250/ 처방전) ⁴
임상병리검사	\$8	\$20	\$50	\$50
엑스레이	\$8	\$40	\$95	35%
병원 입원 환자	10%	20%	30%	35%
외래 환자 수술	10%	20%	30%	35%
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	\$50	\$150	\$350	35%
구급차	\$30	\$75	\$250	35%
임부 - 출산(병원)	10%	20%	30%	35%
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	\$15 (연간 최대 15회 방문)
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	\$5	\$15	\$35	\$55
네트워크 내 연년 의료 공제액 ⁶	\$0	\$0	\$0	개인별 \$1,750/ 가족당 \$3,500
연년 자비 부담금 최대한도 (공제액 포함)	개인별 \$1,150/ 가족별 \$2,300	개인별 \$3,000/ 가족별 \$6,000	개인별 \$6,100/ 가족별 \$12,200	개인별 \$8,750/ 가족당 \$17,500
네트워크 내 연년 조제 공제액	\$0	\$0	\$0	개인별 \$300/ 가족당 \$600 ⁶

이 차트는 네트워크 의료진 이용 시 일반 의료 서비스의 플랜 공제액, 코페이 및 공동 보험료 관련 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜 정보 전문을 확인하시려면, blueshieldca.com/policies에 방문하세요. 가입자는 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 최대 허용된 요금까지 부담해야 합니다(해당되는 경우). 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 독점 PPO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

= 공제액을 총당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

= 혜택은 공제액을 따름

	Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO	Blue Shield Bronze 60 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO	Blue Shield Minimum Coverage PPO
플랜 가입 청구	Blue Shield 전용	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수: ¹			
예방 보건 혜택	\$0	\$0	\$0	\$0
진료소 방문 - 1차 진료 의사	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$60, 공제액 총당 후 \$60 ²	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 ³
진료소 방문 - 전문의	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$95, 공제액 총당 후 \$95 ²	\$0	\$0
긴급 진료 방문	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$60, 공제액 총당 후 \$60 ²	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 ³
1단계 의약품 (최대 30일분)	35% (최대 \$250/ 처방전) ⁵	\$17 ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
2단계 의약품 (최대 30일분)	35% (최대 \$250/ 처방전) ⁵	40% (최대 \$500/ 처방전) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
3단계 의약품 (최대 30일분)	35% (최대 \$250/ 처방전) ⁵	40% (최대 \$500/ 처방전) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
4단계 의약품 (최대 30일분)	35% (최대 \$250/ 처방전) ⁵	40% (최대 \$500/ 처방전) ⁴	\$0 ⁵	\$0 ⁵
영상병리검사	35%	\$40	\$0	\$0
엑스레이	35%	40%	\$0	\$0
병원 입원 환자	35%	40%	\$0	\$0
외래 환자 수술	35%	40%	\$0	\$0
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	35%	40%	\$0	\$0
구급차	35%	40%	\$0	\$0
임부 - 출산(병원)	35%	40%	\$0	\$0
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)	35% (연간 최대 15회 방문)	비보장	비보장	비보장
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$60, 공제액 총당 후 \$60 ²	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 ³
네트워크 내 연년 의료 공제액 ⁶	개인별 \$2,600/ 가족당 \$5,200	개인별 \$6,300/ 가족당 \$12,600	개인별 \$7,050/ 가족별 \$14,100	개인별 \$9,450/ 가족별 \$18,900
연년 자비 부담금 최대한도 (공제액 포함)	개인별 \$6,850/ 가족당 \$13,700	개인별 \$9,100/ 가족당 \$18,200	개인별 \$7,050/ 가족별 \$14,100	개인별 \$9,450/ 가족별 \$18,900
네트워크 내 연년 조제 공제액	의료 공제액에 포함됨	개인별 \$500/ 가족당 \$1,000 ⁶	의료 공제액에 포함됨	의료 공제액에 포함됨

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 식품의약품국)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 \$600를 초과하는 의약품.
-  **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 자비 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 제품.
-  **HDHP** - 높은 공제액의 건강 플랜.

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.

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.



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 확인하셔도 됩니다. 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 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.
- 2 최초 3회 방문은 연간 의료 공제액을 충당하기 전에 가능하며, 이는 1차 진료 의사, 의사 왕진, 전문의, 침술 및 기타 의사 방문을 포함합니다. 이후의 방문은 연간 의료 공제액을 따릅니다.
- 3 최초 3회 방문은 연간 의료 공제액을 충당하기 전에 가능하며, 이는 1차 진료 의사, 의사 왕진, 정신건강 외래 진료, 약물사용 장애 외래 진료 및 기타 의사 방문을 포함합니다. 이후의 방문은 연간 의료 공제액을 따릅니다.
- 4 모든 처방 의약품은 연간 조제 공제액을 따릅니다.
- 5 모든 처방 의약품은 연간 의료 공제액을 따릅니다.
- 6 가족 보장에는 가족 공제액 내 개인 공제액이 있습니다. 가입자가 개인 공제액을 충당하고 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 충당하거나, 3인 이상의 가입자가 조합하여 가족 공제액 한도에 도달할 경우에 충족됩니다.

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

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

A12179-PPO-OL-KO_0124