



**SBC(Summary of Benefits and Coverage)** 문서는 건강 보험 **플랜**을 선택할 때 도움이 됩니다. **SBC**에는 어떻게 귀하와 **플랜**이 보장되는 의료 서비스의 비용을 분담하는지에 대해 설명합니다. 참고: 본 **플랜** 비용에 대한 정보(**보험료**라고 함)는 별도로 제공됩니다.

이것은 요약서일 뿐입니다. 자세한 보장 내용을 확인하고 싶거나 보장 조건의 전문 사본을 받아보려면

[www.healthnet.com/2019/eoc/ppo/platinum90](http://www.healthnet.com/2019/eoc/ppo/platinum90)에서 확인하거나 1-888-926-4988번으로 전화하십시오. **허용 금액, 잔액 청구, 공동보험료, 코페이, 공제액, 제공자와 같은 일반 용어 또는 기타 밑줄 친 용어들의 일반적 정의는 용어집을 참조하시기 바랍니다.** 용어집은 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> 또는 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)에서 보거나 1-888-926-4988번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

| 중요한 질문                                         | 답변                                                                                                                                        | 이것이 중요한 이유:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전체 <b>공제액</b> 이 어떻게 됩니까?                       | 선호 제공자 네트워크에서 \$0. 네트워크 비소속 제공자의 경우 연간 인당 \$5,000 / 가구당 \$10,000.                                                                         | 일반적으로 본 <b>플랜</b> 이 지급을 시작하기 전에 <b>제공자</b> 가 청구한 비용에서 <b>공제액</b> 에 해당되는 금액은 반드시 귀하가 전액 모두 지불해야 합니다. 본 <b>플랜</b> 에 다른 가족원들도 가입되어 있을 경우, 가족 구성원 모두가 지불한 <b>공제액</b> 총액이 전체 가족 <b>공제액</b> 금액에 이를 때까지, 반드시 각 가족 구성원은 각자 개인 <b>공제액</b> 을 충족해야 합니다.                                                                                                 |
| 귀하의 <b>공제액</b> 이 충족되기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?       | 선호 제공자 네트워크의 경우 <b>공제액</b> 이 없습니다.                                                                                                        | 선호 제공자 네트워크의 경우 <b>공제액</b> 이 없습니다. 그러나 본 <b>플랜</b> 이 네트워크 비소속 서비스(응급상황 제외)에 대해 보험금을 지급하기 전에 가입자가 네트워크 비소속 <b>공제액</b> 까지에 해당되는 금액을 지불해야 합니다.                                                                                                                                                                                                  |
| 특정 서비스에 대한 기타 다른 <b>공제액</b> 이 있습니까?            | 아니요.                                                                                                                                      | 특정 서비스에 대해 <b>공제액</b> 을 만족할 필요는 없지만 본 플랜이 보장하는 서비스에 대한 기타 비용에 관해서는 2 페이지부터 시작되는 도표를 참조하십시오.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 본 <b>플랜</b> 의 <b>본인부담 한도액</b> 이 어떻게 됩니까?       | 선호 제공자의 경우 인당 \$3,350 / 가구당 \$6,700. 네트워크 비소속 제공자의 경우 연간 인당 \$25,000 / 가구당 \$50,000.                                                      | <b>본인부담 한도액</b> 은 보장되는 서비스에 대해 귀하가 한 해 내에 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 본 <b>플랜</b> 에 다른 가족도 가입되어 있을 경우, 가족 전체의 <b>부담 한도액</b> 에 이를 때까지, 반드시 각 가족 구성원은 각자 개인 <b>부담 한도액</b> 을 충족해야 합니다.                                                                                                                                                                   |
| 무엇이 <b>본인부담 한도액</b> 에 포함되지 않습니까?               | <b>보험료, 잔액 청구액</b> , 승인을 받지 않은 사항에 대한 위약금 및 본 <b>플랜</b> 이 보장하지 않는 의료.                                                                     | 귀하께서 이러한 비용을 지불하셔도 이러한 것들은 <b>본인부담 한도액</b> 계산에 적용되지 않습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>네트워크 소속 제공자</b> 를 이용할 경우, 부담이 줄어듭니까?        | 예. 선호 제공자 목록은 <a href="http://www.myhealthnetca.com/findadoctor">www.myhealthnetca.com/findadoctor</a> 를 확인하거나 1-888-926-4988 번으로 문의하십시오. | 본 <b>플랜</b> 은 <b>제공자 네트워크</b> 를 이용합니다. 본 플랜의 <b>네트워크 소속 제공자</b> 를 이용할 경우, 부담하게 되는 비용이 경감됩니다. <b>네트워크 비소속 제공자</b> 를 이용할 경우, 부담액이 가장 높아지며 제공자가 청구한 금액과 귀하 <b>플랜</b> 이 지급하는 차액에 대해 <b>제공자</b> 로부터 청구서를 받을 수도 있습니다( <b>잔액 청구</b> ). 일부 서비스에 대해 <b>네트워크 제공자</b> 는 <b>네트워크 비소속 제공자</b> 를 이용할 수도 있습니다(예: 임상병리 검사). 서비스를 받기 전에 <b>제공자</b> 에게 확인하십시오. |
| <b>전문의</b> 의 진료를 받기 전에 <b>의뢰서</b> 를 발급받아야 합니까? | 아니요.                                                                                                                                      | <b>의뢰서</b> 없이 귀하가 선택한 <b>전문의</b> 로부터 진료를 받을 수 있습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



본 도표에서 표시된 모든 코페이와 공동보험료 비용은 공제액이 적용되는 경우, 귀하의 공제액이 충족된 후의 금액입니다.

| 공통<br>의료 상황                                                                                                                                                                        | 필요할 수 있는 서비스                     | 귀하의 지불 금액                        |                            | 제한, 예외 및 기타 중요 정보                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                    |                                  | 선호 제공자<br>(최소 지불)                | 네트워크 비소속<br>제공자<br>(최대 지불) |                                                                                                                                             |
| 귀하가 의료<br><u>제공자</u> 의 진료실<br>또는 클리닉을<br>방문할 경우                                                                                                                                    | 질병 또는 상해를<br>치료하기 위한<br>일차진료 방문  | 방문당 \$15                         | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | —————없음—————                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <u>전문</u> 의 방문                   | 방문당 \$30                         | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | —————없음—————                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <u>예방 의료/선별검사/</u><br>예방접종       | 비용 없음                            | 보장되지 않음                    | 예방 외 서비스에는 비용을 지불해야 할 수<br>있습니다. 필요한 서비스가 예방성인지 의료<br>제공자에게 물어보세요. 그런 다음 플랜의<br>지불 내용을 확인하십시오.                                              |
| 검사를 받아야 할<br>경우                                                                                                                                                                    | <u>진단 검사</u> (x-레이 촬영,<br>혈액 검사) | 임상병리 - 방문당 \$15<br>엑스레이-방문당 \$30 | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | —————없음—————                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | 영상(CT/PET 스캔, MRI)               | 10% 공동보험료                        | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | 승인을 받지 못하면 선호 제공자 네트워크의<br>경우 \$250의 위약금이 부과되고, 네트워크<br>비소속 제공자의 경우 \$500의 위약금이<br>부과됩니다.                                                   |
| 귀하의 질병 또는<br>병태를 치료하기<br>위해 약물이 필요한<br>경우<br><u>처방약 보장</u> 에 대한<br>상세한 정보는<br><a href="http://www.myhealthnetca.com/druglist">www.myhealthnetca.com/druglist</a> 에서<br>찾아볼 수 있습니다. | 선호 일반 의약품(1 군)                   | 소매약국 구입당 \$5<br>우편 주문당 \$10      | 보장되지 않음                    | 공급분/주문: 수량 제한이 적용되는 경우를<br>제외하고 최대 30 일(소매약국), 90 일(우편).<br>일부 약은 사전 승인이 필요하며 사전 승인을<br>받지 않고 구입하면 긴급 치료를 제외하고<br>평균 도매가의 50%를 위약금으로 부과합니다. |
|                                                                                                                                                                                    | 비선호 제네릭 및 선호<br>상품명 의약품(2 군)     | 소매약국 구입당 \$15<br>우편 주문당 \$30     | 보장되지 않음                    |                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                    | 비선호 상품명<br>의약품(3 군)              | 소매약국 구입당 \$25<br>우편 주문당 \$50     | 보장되지 않음                    |                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                    | <u>특수 의약품</u> (4 군)              | 처방당 최대 \$250 까지<br>10% 공동보험료     | 보장되지 않음                    | 복용량/처방: 수량 제한이 적용되는 경우를<br>제외한 전문 처방약의 30 일치 복용량. 일부<br>약은 사전 승인이 필요하며 사전 승인을 받지<br>않고 구입하면 긴급 치료를 제외하고 평균<br>도매가의 50%를 위약금으로 부과합니다.        |
| 외래 수술을 받아야<br>할 경우                                                                                                                                                                 | 시설 비용(예: 외래 수술<br>센터)            | 10% 공동보험료                        | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | 일부 외래 수술 절차에는 승인이 필요한데,<br>승인을 받지 않으면 선호 제공자 네트워크의<br>경우 \$250, 네트워크 비소속 제공자의 경우<br>\$500의 위약금이 적용됩니다.                                      |
|                                                                                                                                                                                    | 의사/외과의 비용                        | 10% 공동보험료                        | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료      | 일부 외래 수술은 승인이 필요합니다.                                                                                                                        |

\* 제약 및 예외 규정에 관한 상세한 내용은 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)에서 본 플랜 또는 보험 서류를 참조하십시오.

| 공통<br>의료 상황                                           | 필요할 수 있는 서비스     | 귀하의 지불 금액                                           |                                                         | 제한, 예외 및 기타 중요 정보                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       |                  | 선호 제공자<br>(최소 지불)                                   | 네트워크 비소속<br>제공자<br>(최대 지불)                              |                                                                                                                                                                                |
| 즉각적인 의료<br>조치가 필요할 경우                                 | <u>응급실 진료</u>    | 시설 비용-방문당 \$150<br>전문의 서비스-<br>비용 없음                | 시설 비용-방문당 \$150<br>공제액이 적용되지<br>않음<br>전문의 서비스-<br>비용 없음 | 병원 입원 시 코페이 면제.                                                                                                                                                                |
|                                                       | <u>응급 의료 이송</u>  | 이송당 \$150                                           | 이송당 \$150<br>공제액이 적용되지<br>않음                            | —————없음—————                                                                                                                                                                   |
|                                                       | <u>긴급진료</u>      | 방문당 \$15                                            | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | —————없음—————                                                                                                                                                                   |
| 병원에 입원할 경우                                            | 시설 비용(예: 병실)     | 10% 공동보험료                                           | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 응급 상황이 아닌 상황에서 승인을 받지<br>못하면 선호 제공자 네트워크의 경우 \$250 의<br>위약금이 부과되고, 네트워크 비소속<br>제공자의 경우 \$500 의 위약금이 부과됩니다.                                                                     |
|                                                       | 의사/외과의 비용        | 10% 공동보험료                                           | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 병원 입원 및 병원 입원 중에 받은 일부<br>서비스는 승인이 필요합니다.                                                                                                                                      |
| 정신 건강, 행동<br>건강, 또는 약물 남용<br>문제로 의료<br>서비스가 필요할<br>경우 | 외래환자 서비스         | 진료 방문 - 비용 없음<br>진료 방문 이외 -<br>\$15 까지 10%<br>공동보험료 | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 재건 수술을 제외하고 정신 건강 및 물질 남용<br>장애 진단을 받는 외래 환자가 혜택을 받기<br>위해 승인을 받을 필요는 없습니다. 필요한<br>승인을 받지 못하면 선호 제공자 네트워크의<br>경우 \$250 의 위약금이 부과되고, 네트워크<br>비소속 제공자의 경우 \$500 의 위약금이<br>부과됩니다. |
|                                                       | 입원환자 서비스         | 10% 공동보험료                                           | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 응급 상황이 아닌 상황에서 승인을 받지<br>못하면 선호 제공자 네트워크의 경우 \$250 의<br>위약금이 부과되고, 네트워크 비소속<br>제공자의 경우 \$500 의 위약금이 부과됩니다.                                                                     |
| 임신한 경우                                                | 진료 방문            | 비용 없음                                               | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 예방 외 서비스에는 비용을 지불해야 할 수<br>있습니다. 필요한 서비스가 예방성인지 의료<br>제공자에게 물어보세요. 그런 다음 플랜의<br>지불 내용을 확인하십시오.                                                                                 |
|                                                       | 출산/분만 전문가<br>서비스 | 10% 공동보험료                                           | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 보장에는 낙태 서비스가 포함됩니다.                                                                                                                                                            |
|                                                       | 출산/분만 시설 서비스     | 10% 공동보험료                                           | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                   | 보장에는 낙태 서비스가 포함됩니다.                                                                                                                                                            |

\* 제약 및 예외 규정에 관한 상세한 내용은 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com) 에서 본 플랜 또는 보험 서류를 참조하십시오.

| 공통<br>의료 상황                         | 필요할 수 있는 서비스              | 귀하의 지불 금액         |                                                          | 제한, 예외 및 기타 중요 정보                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                           | 선호 제공자<br>(최소 지불) | 네트워크 비소속<br>제공자<br>(최대 지불)                               |                                                                                                                                                             |
| 회복 또는 기타 다른<br>전문 건강 서비스가<br>필요한 경우 | <a href="#">가정 건강 관리</a>  | 10% 공동보험료         | 보장되지 않음                                                  | 매년 100 회 방문까지 제한됩니다(재활 및 가정<br>재활 서비스는 각각 연간 100 회 방문까지<br>제한됨). 일부 서비스는 승인이 필요한데,<br>승인을 받지 못하면 \$250 의 위약금이<br>부과됩니다.                                     |
|                                     | <a href="#">재활 서비스</a>    | 방문당 \$15          | 보장되지 않음                                                  | 승인을 받지 못하면 \$250 의 위약금이<br>부과됩니다.                                                                                                                           |
|                                     | <a href="#">자활 서비스</a>    | 방문당 \$15          | 보장되지 않음                                                  | 승인을 받지 못하면 \$250 의 위약금이<br>부과됩니다.                                                                                                                           |
|                                     | <a href="#">전문 간호 진료</a>  | 10% 공동보험료         | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                    | 승인을 받지 못하면 선호 제공자 네트워크의<br>경우 \$250 의 위약금이 부과되고, 네트워크<br>비소속 제공자의 경우 \$500 의 위약금이<br>부과됩니다.                                                                 |
|                                     | <a href="#">내구성 의료 장비</a> | 10% 공동보험료         | 당뇨병 치료<br>장비(신발 포함) 및<br>보철 전용-<br>공제액 충족 후 50%<br>공동보험료 | 정형외과, 교정용 신발 및 기타 모든 내구성<br>의료 장비는 네트워크 비소속 제공자에게<br>보장되지 않습니다. 승인을 받지 못하면 선호<br>제공자 네트워크의 경우 \$250 의 위약금이<br>부과되고, 네트워크 비소속 제공자의 경우<br>\$500 의 위약금이 부과됩니다. |
|                                     | <a href="#">호스피스 서비스</a>  | 비용 없음             | 공제액 충족 후 50%<br>공동보험료                                    | 승인을 받지 못하면 선호 제공자 네트워크의<br>경우 \$250 의 위약금이 부과되고, 네트워크<br>비소속 제공자의 경우 \$500 의 위약금이<br>부과됩니다.                                                                 |
| 자녀가 치과 또는<br>안과 의료가 필요한<br>경우       | 자녀의 눈 검사                  | 비용 없음             | 보장되지 않음                                                  | 연간 1 번의 방문으로 제한.                                                                                                                                            |
|                                     | 자녀의 안경                    | 비용 없음             | 보장되지 않음                                                  | 제공자가 선택한 안경테. 연간 1 개.                                                                                                                                       |
|                                     | 자녀의 치과 검진                 | 비용 없음             | 보장되지 않음                                                  | 검사는 6 개월에 1 회로 제한합니다.                                                                                                                                       |

\* 제약 및 예외 규정에 관한 상세한 내용은 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com) 에서 본 플랜 또는 보험 서류를 참조하십시오.

### 제외되는 서비스 및 기타 보험 보장되는 서비스:

귀하의 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(기타 다른 제외되는 서비스에 대한 목록과 자세한 내용에 대해서는 보험 서류 또는 플랜 문서를 확인해 주십시오.)

|                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 지압요법 의료</li> <li>• 성형 수술</li> <li>• 치과 의료(성인)</li> <li>• 보청기</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 불임 서비스</li> <li>• 장기요양</li> <li>• 미국 이외의 지역에서 여행할 시의 비용급 의료</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 개인 간호</li> <li>• 정기 발 의료</li> <li>• 체중 감량 프로그램(예방 의료에는 예외가 적용되지 않습니다).</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

기타 보장되는 서비스(이러한 서비스에 제한이 적용될 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. 귀하의 플랜 문서를 참조하십시오.)

|                                                                          |                                                                                           |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 침술(의학적으로 필요할 경우 보장됨)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 비만 수술(의학적으로 필요하다면 선호 제공자 네트워크를 통해 보장)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정기 안과 의료(성인) (시력 교정 목적을 위한 선별검사/안구 굴절)</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

### 지속 보장에 대한 귀하의 권리:

연방 및 주 법은 보험료를 계속해서 지불하는 한 이 보험 보장을 계속 유지할 수 있는 보호를 제공할 수 있습니다. 하지만 다음과 같은 예외상황이 있습니다.

- 사기를 범하다.
- 보험사가 해당 주에서 서비스를 제공하는 것을 중지하다.
- 해당 보장 지역에서 이사를 나오다.

계속해서 보장을 받을 권리에 대한 자세한 정보는 본 플랜에 1-888-926-4988번으로 문의해 주십시오. 또한 주 보험부, 미국 노동부(Department of Labor), 근로자 혜택 보장 관리부(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-3272번으로 전화 또는 [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)로 문의하거나 미국 보건 후생부(Department of Health and Human Services)에 1-877-267-2323 x61565 또는 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)로 문의할 수 있습니다.

### 고충처리 및 이의신청 권리:

청구 거부 문제로 플랜에 불만을 제기할 경우 도움을 드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이러한 불만을 고충처리 또는 이의신청이라 합니다. 귀하의 권리에 관한 상세한 정보는 해당 의료 청구에 대해 받은 혜택 설명서를 살펴보십시오. 또한 플랜 문서에는 플랜에 어떠한 사유로든 청구, 이의신청, 고충처리를 제기하기 위한 완전한 정보가 담겨 있습니다. 귀하의 권리, 본 공지 또는 지원에 관한 자세한 내용은 다음으로 연락하십시오. Health Net의 고객 서비스 센터 1-888-926-4988번으로 전화하거나 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)을 통해 고충을 제기하거나, Health Net Appeals and Grievance Department 주소 P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348로 진정서를 보내십시오. ERISA에 해당되는 단체 의료 보장에 관한 정보는 미 노동부(Department of Labor)의 근로자 혜택 보장 관리부(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-EBSA(3272)로 전화하거나 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)으로 문의하십시오. Health Net에 대한 고충처리 사항이 있으면 캘리포니아 주 보험부(California Department of Insurance)의 Consumer Communications Bureau Health Unit(주소지: 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013)에 방문하거나 1-800-927-HELP(4357), 1-800 482-4833(TDD) 혹은 [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)로 연락하시기 바랍니다. 고객 지원 프로그램을 통해서도 이의를 제기할 수 있습니다. 위에 제공된 연락처 정보로 캘리포니아 주 보험부(California Department of Insurance)에 연락하십시오.

\* 계약 및 예외 규정에 관한 상세한 내용은 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)에서 본 플랜 또는 보험 서류를 참조하십시오.

### 이 플랜은 최소 기본 보장을 제공합니까? 예

한 달 동안 최소 기본 보장이 없으면, 해당 월의 건강 보험 요구사항 면제 자격이 되는 경우 외에는 소득 신고서를 제출할 때 지불해야 합니다.

### 본 플랜은 최소 가치 기준에 부합됩니까? 예

귀하의 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, Marketplace를 통해 플랜에 대해 지불하는 데 도움이 되는 보험료 세액 공제를 받을 수 있습니다.

### 언어 이용 서비스:

Spanish(Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-926-4988.

Tagalog(Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-4988.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-888-926-4988.

Navajo(Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-926-4988.

————— 본 보험 플랜이 예제 의료상황에 대한 비용을 어떻게 보장하는지에 대해 알아보려면 다음 섹션을 참조해 주십시오. —————

## 이러한 보험 보장의 예제:



이것은 비용 견적이 아닙니다. 표시된 치료는 본 플랜이 의료 서비스를 어떻게 보장하는지를 보여주는 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 귀하가 받는 의료 서비스, 제공자가 청구하는 금액 및 기타 많은 요소에 따라 달라질 수 있습니다. 비용 분담 금액(공제액, 코페이, 공동보험료) 및 플랜에서 제외되는 서비스에 중점을 두십시오. 본 정보를 귀하가 다른 건강 플랜에 가입했을 때 부담해야 하는 비용을 비교하는데 사용하십시오. 이러한 보장 예제들은 본인만을 보장하는 보험에 기초되어 있다는 사실에 주의해 주십시오.

### 임신한 페그씨 (9개월의 네트워크 내 산전 의료 및 병원 부만)

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| ■ 본 <u>플랜</u> 의 전체 <u>공제액</u> | \$0  |
| ■ <u>전문의 코페이</u>              | \$30 |
| ■ 병원(시설) <u>공동보험료</u>         | 10%  |
| ■ 기타 <u>공동보험료</u>             | 10%  |

본 예제에는 다음과 같은 서비스가 포함되어 있습니다.

전문의 방문(출산 전 진료)  
출산/분만 전문가 서비스  
출산/분만 시설 서비스  
진단 검사(초음파와 혈액 검사)  
전문의 방문(마취)

|         |          |
|---------|----------|
| 예제 총 비용 | \$12,800 |
|---------|----------|

이 예에서 페그씨가 지불할 금액:

| 비용 분담            |         |
|------------------|---------|
| 공제액              | \$0     |
| 코페이              | \$600   |
| 공동보험료            | \$900   |
| 보장되지 않는 것        |         |
| 제한 또는 예외 사항      | \$60    |
| 페그씨가 지불해야 하는 총액: | \$1,560 |

### 조씨의 타입 2 당뇨병 관리 (잘 관리된 병태의 연간 정기 네트워크 내 의료 서비스)

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| ■ 본 <u>플랜</u> 의 전체 <u>공제액</u> | \$0  |
| ■ <u>전문의 코페이</u>              | \$30 |
| ■ 병원(시설) <u>공동보험료</u>         | 10%  |
| ■ 기타 <u>공동보험료</u>             | 10%  |

본 예제에는 다음과 같은 서비스가 포함되어 있습니다.

일차 진료 의사 방문(질병 교육 포함)  
진단 검사(혈액 검사)  
처방약  
내구성 의료 장비(혈당측정기)

|         |         |
|---------|---------|
| 예제 총 비용 | \$7,400 |
|---------|---------|

이 예에서 조씨가 지불할 금액:

| 비용 분담           |         |
|-----------------|---------|
| 공제액             | \$0     |
| 코페이먼트           | \$800   |
| 공동보험료           | \$200   |
| 보장되지 않는 것       |         |
| 제한 또는 예외 사항     | \$60    |
| 조씨가 지불해야 하는 총액: | \$1,060 |

### 미아씨의 단순 골절 (네트워크 내 응급실 방문 및 후속 진료)

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| ■ 본 <u>플랜</u> 의 전체 <u>공제액</u> | \$0  |
| ■ <u>전문의 코페이</u>              | \$30 |
| ■ 병원(시설) <u>공동보험료</u>         | 10%  |
| ■ 기타 <u>공동보험료</u>             | 10%  |

본 예제에는 다음과 같은 서비스가 포함되어 있습니다.

응급실 진료(의료 용품 포함)  
진단 검사(x-선)  
내구성 의료 장비(목발)  
재활 서비스(물리 치료)

|         |         |
|---------|---------|
| 예제 총 비용 | \$2,500 |
|---------|---------|

이 예에서 미아씨가 지불할 금액:

| 비용 분담            |       |
|------------------|-------|
| 공제액              | \$0   |
| 코페이              | \$600 |
| 공동보험료            | \$10  |
| 보장되지 않는 것        |       |
| 제한 또는 예외 사항      | \$0   |
| 미아씨가 지불해야 하는 총액: | \$610 |

본 플랜은 이러한 예제 보장 서비스의 기타 비용을 지급할 책임이 있습니다.

## *Nondiscrimination Notice*

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Your Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

### **Health Net:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with the Health Plan, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

**Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California** 1-888-926-4988 (TTY: 711)

**Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange** 1-800-839-2172 (TTY: 711)

**Individual & Family Plan (IFP) Applicants** 1-877-609-8711 (TTY: 711)

**Group Plans through Health Net** 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Your Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Your Health Plan and telling them you need help filing a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances  
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Members) or  
[Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Applicants)

For HMO, HSP, EOA, and POS plans offered through Health Net of California, Inc.: If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

For PPO and EPO plans underwritten by Health Net Life Insurance Company: You may submit a complaint by calling the California Department of Insurance at 1-800-927-4357 or online at <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Համախորհրդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu kovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

## Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសាសំស្ក្រឹត។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

## Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Navajo

Doo báásh ilínigóó saad bee háká ada'ílyeed. Ata' halné'ígíí da ía' ná hádííóót'íí. Naaltsos da t'áá shí shízaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnii. Ákót'éego shiká a'doowot nínízingo Customer Contact Center hooyéhi' hodiilnih ninaaltsos nantingo bee néého'dolzinigii hodoonihj' bikáá' éi doodago koj' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhiigii koj' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éi doodago Small Business báhiigii koj' hólne' -888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhiigii éi koj' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

خدمات زبان بلون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید استاد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

### **Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੈਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੇਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੇਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленным на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленным на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเซตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา TTY: 711)

**Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial DMHC On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)