

본 일람표는 5 페이지의 플랜 #4 에 해당합니다. 페이지 10-13 상의 중요한 배제조항 및 한도에 유의하시기 바랍니다. 절취선을 따라 이들 페이지들을 떼어낸 후, 기사에서 제공하는 BeneFits 를 직원들에게 소개할 목적으로 복사할 수도 있습니다. 각 요약내용은 한 면에는 영문으로, 스페인어는 다른 면에 인쇄출력하며, 중국어판 및 한국어판은 웹사이트 www.bluecrossca.com 에서 이용이 가능합니다. 도움이 필요하신 경우, 에이전트에게 문의하시거나, 소그룹 고객서비스부에 전화 (800) 627-8797 번으로 연락하시기 바랍니다.



Comprehensive PPO BeneFits: PPO \$35 Copay GenRx Plan

"이와 같은 PPO 플랜을 통해, 입원 및 의사방문 모두에 대한 포괄적인 보상범위도 가지고 있습니다."

달리 언급한 사항이 없는 경우, 표시된 전체 금액이 가입자의 부담액입니다.

네트워크 내의 의료서비스제공자를 항상 이용하시고, 청십자의 협정가격으로 절약하십시오

해당 보상서비스에 대한 혜택:	네트워크 내	네트워크 외
연간 공제액(보험계약자 자기부담액/디덕터블) <i>이 금액까지 해당 보상부담액을 먼저 지불하고 나면, 보험혜택이 시작됩니다</i>	가입자당 \$500 일단 가족 2 인이 공제액에 도달하면, 가족에 대한 공제액에 부합한 것입니다	
병원 보험공동부담금 <i>연간 공제액을 채운 후에는, 귀하께서 보상 입원환자 병원비의 해당 비율을 지불합니다</i>	설비 이용료: 35% 전문가 상담료: 35%	설비 이용료: 1일 \$650 제외한 전체 비용 전문가 상담료: 50%
연간 가입자부담 상한액	회원당 \$4,000 가족 2 인 상한액	청십자 지불액 \$10,000
Blue Cross 가 지불하는 중신보상 부담액	\$5,000,000	
후발처방약물 <i>혜택은 즉시 받으실 수 있으며, 표시한 금액은 30 일분량에 대한 기본 진료비입니다</i>	\$15	캘리포니아주에서 조제하는 경우, 약제제한 수수료율표에 의한 50%의 반제금
의사전료사무실 방문 <i>네트워크 내의 본인부담 기본 진료비는 공제대상이 아님</i>	처음 12 회의 방문시, 기본 진료비 \$35, 추가 방문시 45%	50%
기타 전문가 서비스 <i>출산, 진단검사 서비스, X 선 촬영 포함하여, 연간 공제액을 채운후</i>	35%	50%
HealthyCheck SM 검진 <i>검사서비스 및 예방접종을 비롯한 건강검진의 2 가지 수준</i>	\$25 또는 \$75 검진옵션의 선택	이용 불가능
응급실 <i>귀하도 기본 진료비 \$100 에 대한 부담책임이 있으며, 승인시 면제됨</i>	35%	35%
치과보험 보상범위	혜택없음	
안과보험 보상범위	혜택없음	

풍성한 서비스의 무료이용으로 건강한(그리고 즐거운) 삶을 향유하십시오

Blue Cross 에서는 여러가지 부가적인 자원들을 통해, 매일 보험보상범위의 가치를 증대시키고 있습니다:

- 헬씨익스텐션즈(HealthyExtensions) ...에서는 귀하에게 독립 공급업체가 제공한 건강/건강성 제품 및 서비스에 대한 10-50%의 할인정보를 드립니다. *휘트니스클럽 회원권, 건강 및 영양보충제, 치아미백 서비스, 안경 및 콘택트렌즈, 요가, 마사지요법 및 최면요법, 플레키지 클럽메드 휴양, 흡연, 알코올 및 체중관리프로그램, 및 기타 등등*
- 건강증진프로그램 ... 천식, 당뇨 또는 울혈성 심부전증을 관리하는 동안, 가입자들의 건강한 삶을 위한 무료지원
- 메드콜(MedCall) ... 전화, 무료전화, 주야간 불문하고 드리는 질의 응답 및 지원제공을 도움이 되는 무료 24 시간 간호사 서비스
- 우송서비스 약국 ... 우송 또는 웹사이트 www.PrecisionRx.com 에서 온라인방식의 대체조제용 의약품 주문

온라인으로 보다 상세한 정보를 얻게 되며 ... www.bluecrossca.com 에서 시작하거나 또는 고객서비스부 전화 (800) 627-8797 번으로 연락하십시오.

귀하의 보험보상범위는 대체조제용 약품에 한정됨을 의사에게 상기시키시기 바랍니다
대체조제용 약물은 상표명 신약과 동일하게 반드시 미식품의약품(FDA)의 안전도 및 효능기준에 부합해야 하며, 또한 가격도 훨씬 저렴해야 합니다. 의사의 판단으로, 상표명 신약이 반드시 필요한 경우, 네트워크약국을 이용하면 Blue Cross 협정 가격절약을 할 수 있게 되지만, 지불액은 늘어나게 됩니다.

본 일람표는 높은 수준의 개요에 불과하며, 보다 상세한 정보가 필요한 경우에는, PPO \$35 Copay GenRx Plan Summary of Features (양식 #10025)을, 그리고 보험보상범위, 혜택, 연간 본인부담 상한액을 적용하지 않는 가입자 지불액, 사전서비스 심사를 요하는 서비스, 및 기타 제한사항에 대한 종합해설용의 증명서를 참고하십시오. 네트워크 내의 의료서비스제공자들이 보상 보험서비스에 대한 전액 지불로서 Blue Cross 협정수수료율을 인정하는지 여부에 유의하시기 바랍니다. 표시한 혜택들은 네트워크 내 의료서비스제공자용의 협정수수료율에 기초합니다 (네트워크 외의 의료서비스제공자들은 협정수수료율보다 더 많이 부담시킬 수 있습니다). 표시한 혜택들은 (의료상 응급사태의 경우) 네트워크 외의 의료서비스제공자에 대한 관행상 또는 공정한 수수료에 바탕을 두고 있습니다. 가입자들이 네트워크 외의 의료서비스제공자를 이용하는 경우, 해당하는 본인부담 기본 진료비 또는 공동보험에 허용가능한 금액을 초과하는 모든 부담금에 합산하여 지불해야 합니다.

BCC 및 BCL&H 는 BCA 의 독립 면허권자입니다.
Blue Cross 의 이름 및 심볼은 BCA 등록서비스마크들입니다.