

발효일: 2021년 1월 1일

개인 및 가족

치과 플랜, 안과 플랜 및 생명보험

완전한 플랜이 더 좋은 플랜입니다

정기 검진과 운동, 적절한 식생활만이 건강의 전부는 아닙니다. 구강 건강 및 시각 건강을 관리하는 것도 그만큼 중요한 일입니다. 당사는 선택하실 수 있는 다양한 치과 및 안과 플랜을 제공하여 건강 관리를 돕습니다. 편리함을 가장 중시한다면 Specialty DuoSM* 단일 플랜으로 치과와 안과* 진료를 보장받을 수 있습니다.

사랑하는 가족이 재정적으로 안정되도록 보호하는 것 역시 중요합니다. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company의 생명보험*은 가장 필요할 때 도움을 드립니다.

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

buyblueshieldca.com에서 견적을 받고 신청하세요.

치과 플랜을 확인해보세요

당사의 PPO 또는 HMO 치과 플랜으로 아름다운 치아를 보호하세요. 스케일링 및 X레이를 \$0에 받을 수 있는 등 다양한 치과 혜택이 있습니다. 만 19세 미만 자녀가 있는 가입자의 기본적인 치과 및 안과 진료는 당사가 모든 개인 및 가족 의료 플랜에 제공하는 소아 치과 및 소아 안과 혜택으로 보장됩니다.

어떤 플랜이 좋을지 고민 중이신가요? 저희가 도와드리겠습니다. HMO 플랜은 일반적으로 매월 납입비가 적으며 PPO 플랜과 비교할 때 서비스별 자비 부담금이 낮습니다. 반면 PPO 플랜은 치과

의사를 더욱 자유롭게 선택하실 수 있습니다. 치과 의료진에 더 큰 가치를 두고 조금 더 지급하실 수 있다면 PPO 플랜이 적합합니다. 치과 의사를 폭넓게 선택하는 것보다 낮은 비용을 유지하는 것에 더 중점을 둔다면, HMO 플랜이 적합할 것입니다. blueshieldca.com/fad에 방문하여 지역의 PPO나 HMO 치과 의사를 확인하세요.

지금까지 플랜 개요를 살펴보았습니다. 다음 페이지에서 플랜에 관한 자세한 사항을 비교하시고 5페이지에서 플랜 비용을 비교하세요.

플랜 가이드



치과 플랜	DENTAL STANDARD HMO	DENTAL HMO	ENHANCED DENTAL PPO 25/500	ENHANCED DENTAL PPO 50/1250	DENTAL PPO
Blue Shield를 통해 직접 가입 가능한 플랜					
매월 최소 비용	\$11.50	\$22.30	\$25.40	\$31.50	\$36.40
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자 지급액 ¹				
진단 및 예방 서비스 (클리닝, X레이, 초기 및 정기 구강 검사)	\$0	\$0	0%	0%	\$0 ²
치아 복원 서비스 - 필링 (단일 표면 레진 컴포지트, 전치)	\$20	\$18	20% ³	20% ³	\$37 ⁴
구강 수술 (정출 치아 또는 드러난 치근 발치)	\$75	\$70	20% ³	20% ³	\$40 ⁴
매복 치아 제거 (완전 매복)	\$225	\$125	50% ⁵	50% ⁵	\$113 ⁴
치근관 (전치 근관)	\$175	\$155	50% ⁵	50% ⁵	\$156 ⁴
치근관 (어금니)	\$355	\$290	50% ⁵	50% ⁵	\$234 ⁴
크라운 (전체 귀금속 주물)	\$350 ⁶	\$300 ⁶	50% ⁵	50% ⁵	\$320 ⁵
폰틱 가공 (포슬린과 고급 귀금속 융합)	\$350	\$300	50% ⁵	50% ⁵	\$293 ⁵
치아 교정	만 26세 미만 \$2,350, 고정식, 2년 만 26세 이상 \$2,650, 고정식, 2년	만 26세 미만 \$2,350, 고정식, 2년 ⁵ 만 26세 이상 \$2,650, 고정식, 2년 ⁵	비보장	비보장	만 26세 미만 \$2,350, 고정식, 2년 ^{5,7} 만 26세 이상 \$2,650, 고정식, 2년 ^{5,7}
치주 스케일링 및 루트 플래닝 (치아 4개 이상)	\$75	\$55	50% ⁵	50% ⁵	\$65 ⁴
임플란트 본체 삽입 수술 - 연골 내 임플란트	비보장	\$1,375	비보장	50% ⁵	\$612 ⁵
틀니(상부 또는 하부 전체)	\$400	\$400	50% ⁵	50% ⁵	\$388 ⁵
역년 공제액	\$0	\$0	개인별 \$25/ 가족별 \$75	개인별 \$50/ 가족별 \$150	개인별 \$50
역년 혜택 최대 한도	없음	없음	개인별 \$500	개인별 \$1,250	개인별 \$1,000

= 공제액을 충당하기 전 혜택을 이용할 수 있음.

= 혜택은 공제액을 따름.

이 차트는 혜택의 개요를 보여 줍니다. 네트워크 비가맹 혜택, 서비스 비용, 대기 기간 그리고 제외 내역 및 제한 사항 등 추가 혜택 정보는 **혜택 요약 및 중요한 법률 정보** 책자를 참조하세요. 이러한 서류를 받으시려면 당사에 **(888) 256-3650**으로 전화해주세요.

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

1 명시된 액수는 허용된 요금의 비율입니다. 네트워크 가맹 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.

2 진단 및 예방 서비스는 이 플랜의 역년 혜택 최대 한도에 해당되지 않습니다.

3 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 6개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.

4 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 3개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.

5 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 12개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.

6 귀금속이 사용될 경우 가입자에게 치과 비용으로 청구될 것입니다. Dental HMO의 경우 어금니 포슬린은 \$75의 추가 비용이 부과됩니다.

7 금액은 역년 혜택 최대 한도에 누적되지 않습니다.

8 평생 최대 한도는 1인당 금액입니다. 공제액은 1인당 \$50 또는 가족당 \$150입니다.

치과 플랜	SPECIALTY DUO 치과 + 안과 패키지*	ENHANCED DENTAL PPO 50/2000	ENHANCED DENTAL PPO 50/2000 LIFETIME ORTHO 1500	FAMILY DENTAL HMO	FAMILY DENTAL PPO
		Blue Shield를 통해 직접 가입 가능한 플랜			Covered California를 통해 가입 가능한 플랜
매월 최소 비용	\$41.10	\$49.90	\$54.30	\$13.40	\$43.70
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자 지급액: ¹			가맹 의료진 이용 시 가입자 지급액: ¹	
진단 및 예방 서비스 (클리닝, X레이, 초기 및 정기 구강 검사)	\$0 ²	0%	0%	0%	0% ²
치아 복원 서비스 - 필링 (단일 표면 레진 컴포지트, 전치)	\$37 ⁴	20% ³	20% ³	\$25	20%
구강 수술 (정출 치아 또는 드러난 치근 발치)	\$40 ⁴	20% ³	20% ³	\$65	50% ³
매복 치아 제거 (완전 매복)	\$113 ⁴	50% ⁵	50% ⁵	\$160	50% ³
치근관 (전치 근관)	\$156 ⁴	50% ⁵	50% ⁵	\$200	50% ³
치근관 (어금니)	\$234 ⁴	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ³
크라운 (전체 귀금속 주물)	\$320 ⁵	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ^{3,6}
폰팅 가공 (포슬린과 고급 귀금속 융합)	\$293 ⁵	50% ⁵	50% ⁵	\$300	50% ^{3,6}
치아 교정	만 26세 미만 \$2,350, 고정식, 2년 ^{5,7} 만 26세 이상 \$2,650, 고정식, 2년 ^{5,7}	비보장	50% (평생 최대 한도 \$1,500 및 별도의 공제액을 따름) ^{5,7,8}	의료적으로 필요한 경우 만 19세 미만 \$350, 만 19세 이상 비보장	의료적으로 필요한 경우 만 19세 미만 50%, 만 19세 이상 비보장
치주 스케일링 및 루트 플래닝 (치아 4개 이상)	\$65 ⁴	50% ⁵	50% ⁵	\$55	20%
임플란트 본체 삽입 수술 - 연골 내 임플란트	\$612 ⁵	50% ⁵	50% ⁵	비보장	비보장
틀니(상부 또는 하부 전체)	\$388 ⁵	50% ⁵	50% ⁵	만 19세 미만 \$300, 만 19세 이상 \$400	50% ³
역년 공제액	개인별 \$50	개인별 \$50/ 가족별 \$150	개인별 \$50/ 가족별 \$150	\$0	만 19세 이하 개인별 \$75/ 가족별 \$150, 만 19세 초과 개인별 \$50
역년 혜택 최대 한도	개인별 \$1,000	개인별 \$2,000	개인별 \$2,000	없음	만 19세 미만 없음, 만 19세 이상 개인별 \$1,500

= 공제액을 충당하기 전 혜택을 이용할 수 있음.

= 혜택은 공제액을 따름.

이 차트는 혜택의 개요를 보여 줍니다. 네트워크 비가맹 혜택, 서비스 비용, 대기 기간 그리고 제외 내역 및 제한 사항 등 추가 혜택 정보는 **혜택 요약 및 중요한 법률 정보** 책자를 참조하세요. 이러한 서류를 받으시려면 당사에 **(888) 256-3650**으로 전화해주세요.

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

- 명시된 액수는 허용된 요금의 비율입니다. 네트워크 가맹 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.
- 진단 및 예방 서비스는 이 플랜의 역년 혜택 최대 한도에 해당되지 않습니다.
- 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 6개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.

- 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 3개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.
- 이러한 서비스에는 이전에 보장을 받은 경우를 제외하고 12개월의 대기 기간이 있습니다. 면제에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스 부서에 **(888) 271-4880**으로 연락해주세요.
- 귀금속이 사용될 경우 가입자에게 치료 비용으로 청구될 것입니다. Dental HMO의 경우 어금니 포슬린은 \$75의 추가 비용이 부과됩니다.
- 금액은 역년 혜택 최대 한도에 누적되지 않습니다.
- 평생 최대 한도는 1인당 금액입니다. 공제액은 1인당 \$50 또는 가족당 \$150입니다.

안과 보장의 가치를 확인하세요

매월 최소 \$6.50로 가치 있는 안과 보장에 가입하여 미래에 발생할 수 있는 안과 진료 비용 부담을 덜 수 있습니다. 개인 개업 검안사와 안과의, LensCrafters와 Target 등의 소매업체, Walmart 등의 도매업체, Costco 같은 창고형 체인을 포함한 캘리포니아주에서 가장 큰 안과 서비스 네트워크를 통하여 적합한 안과 의사를 찾기가 쉬워집니다.

blueshieldca.com/fad에 방문하여 지역의 안과 의사를 확인하세요.

안과 플랜에는 온라인으로 콘택트렌즈를 주문할 수 있는 혜택도 포함되며 QualSight LASIK 및 NVISION Laser Eye Centers를 통하여 LASIK 할인을 받을 수 있습니다.

당사는 다음 세 종류의 안과 플랜을 제공합니다:

- Ultimate Vision 15/25/150*는 종합적인 안과 플랜이며 \$150의 안경테 보상과 여러 렌즈 옵션이 포함되어 있습니다.
- 또는, 적은 비용으로 믿을 만한 혜택을 누리시고 싶다면 Ultimate Vision 15/25/120*가 적합한 선택이 될 것입니다.
- Specialty Duo*는 단일 패키지로 안과 및 치과 보험의 편리함을 제공합니다.

플랜 혜택과 요금 비교

안과 플랜	ULTIMATE VISION 15/25/120	ULTIMATE VISION 15/25/150	SPECIALTY DUO 치과 + 안과 패키지
매월 최소 비용	\$6.50	\$12.00	\$41.10
혜택	가맹 의료진 이용 시 보상 및 코페이 ¹		
안과 검사 (12개월마다)	코페이 \$15 (12개월마다)	코페이 \$15 (12개월마다)	코페이 \$0 (12개월마다)
재료 (표준 싱글 비전, 라인드 바이포컬 또는 라인드 트라이포컬, 스크래치 코팅 렌즈)	코페이 \$25 (12개월마다)	코페이 \$25 (12개월마다)	코페이 \$25 (24개월마다)
안경테 보상	최대 \$120 보상 (12개월마다)	최대 \$150 보상 (12개월마다)	최대 \$100 보상 (24개월마다)
렌즈 옵션 및 치료	폴리카보네이트 렌즈 (피부양 자녀만 해당됨)	\$100 보상	\$100 보상
	포토크로믹 렌즈	\$115~\$200 보상	\$115~\$200 보상
	프로그레시브 렌즈	\$140 보상	\$140 보상
	비반사 렌즈 코팅	\$50 보상	\$50 보상
콘택트렌즈 ²	선택 사항 (미용 또는 편의)	\$120 보상 (12개월마다)	\$120 보상 (24개월마다)
당뇨병 관리 진료 위탁 ³	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0

= 공제액을 총당하기 전 모든 혜택을 이용할 수 있음.

이 차트는 혜택의 개요를 보여 줍니다. 서비스 비용, 대기 기간 그리고 제외 내역 및 제한 사항 등 추가 혜택 정보는 *혜택 요약 및 중요한 법률 정보* 책자를 참조하세요. 이러한 서류를 받으시려면 당사에 **(888) 256-3650**으로 전화해주세요.

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

1 네트워크 가맹 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다. 모든 안과 혜택에는 90일 대기 기간이 있습니다.

2 안경 대신 콘택트렌즈를 선택하실 수 있습니다.

3 Blue Shield 의료 플랜에 가입한 경우에만 이 혜택을 받을 수 있습니다.

Blue Shield를 통해 직접 가입 가능한 PPO 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세~만 25세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)*	만 26세 이상
모든 지역	Enhanced Dental PPO 50/2000	\$49.90	\$64.30
	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	\$54.30	\$69.90
	Dental PPO	\$36.40	\$43.10
	Enhanced Dental PPO 50/1250	\$31.50	\$40.50
	Enhanced Dental PPO 25/500	\$25.40	\$32.50

Blue Shield를 통해 직접 가입 가능한 HMO 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세~만 25세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)*	만 26세 이상
지역 1, 2, 12†	Dental HMO	\$28.80	\$31.40
	Dental Standard HMO	\$14.70	\$18.30
그 외 지역	Dental HMO	\$22.30	\$24.30
	Dental Standard HMO	\$11.50	\$14.20

Covered California를 통해 가입 가능한 Blue Shield 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세~만 18세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)‡	만 19세 이상
지역	Family Dental PPO		
1, 4, 9, 13-14, 16		\$28.80	\$43.70
2, 5-8, 10-11, 15, 17		\$30.30	\$46.10
3, 12, 18-19		\$32.10	\$48.80

		가입자별 비용	
		0세~만 18세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)‡	만 19세 이상
지역	Family Dental HMO		
15-19		\$14.00	\$13.40
3-7, 9		\$15.20	\$14.60
8, 10-11, 13-14		\$16.40	\$15.80
12		\$22.40	\$21.50
2		\$26.20	\$25.20

주의 사항: 매월 치과 플랜 비용이 Blue Shield 건강 플랜으로 보장되는 의료 혜택 비용에 추가됩니다. 그러나 가입자는 건강, 치과 및 해당되는 경우 안과 플랜 비용이 하나로 합쳐진 청구서를 받게 됩니다.

* 0세~만 25세까지의 피부양 자녀만이 세 자녀 최대 비용 한도의 적용을 받습니다. 만약 가입자가 이 정책으로 동반 부모 혹은 법적 보호자 없이 한 명 이상의 피부양 아동을 등록하고 싶을 경우 각 아동에게 별도의 정책이 적용되며 각 아동의 나이에 따른 요금이 청구됩니다.

† 1지역은 다음 카운티로 구성되어 있습니다: Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Mendocino, Modoc, Nevada, Plumas, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, 및 Yuba. 2지역은 다음 카운티로 구성되어 있습니다: Marin, Napa, Solano, 및 Sonoma. 12지역은 다음 카운티로 구성되어 있습니다: San Luis Obispo, Santa Barbara, 및 Ventura. Dental HMO 및 Enhanced Dental HMO \$0 플랜은 Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo, 및 Santa Barbara 카운티에서는 이용하실 수 없습니다.

‡ 만 18세인 피부양 자녀는 만 19세가 되는 해의 마지막 날까지 0세~만 18세 요금이 청구되나, 해당 피부양 자녀가 만 21세가 될 때까지 최대 세 자녀 비용 한도가 적용됩니다.

매월 Specialty Duo 치과 + 안과 패키지 비용

		가입자별 비용	
		0세~만 25세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)*	만 26세 이상
모든 지역	Specialty Duo 치과 + 안과 패키지	\$41.10	\$48.30

주의 사항: 매월 Specialty Duo 비용이 Blue Shield 건강 플랜으로 보장되는 의료 혜택 비용에 추가됩니다. 그러나 가입자는 건강, 치과 + 안과 패키지 비용이 하나로 합쳐진 청구서를 받게 됩니다.

* 0세~만 25세까지의 피부양 자녀만이 세 자녀 최대 비용 한도의 적용을 받습니다. 만약 가입자가 이 플랜에 동반 부모 혹은 법적 보호자 없이 한 명 이상의 피부양 아동을 등록하고 싶을 경우 세 자녀 최대 비용 한도는 적용되지 않습니다. 각 아동은 개별 정책을 적용받게 되며 각 아동에게는 0세~만 25세 비용이 청구됩니다.

매월 안과 플랜 비용

		가입자별 비용	
		0세~만 25세 (셋째 자녀까지 자녀별 비용 - 넷째 자녀부터 비용 없음)*	만 26세 이상
모든 지역	Ultimate Vision 15/25/120	\$6.50	\$6.50
	Ultimate Vision 15/25/150	\$12.00	\$12.00

주의 사항: 매월 안과 플랜 비용이 Blue Shield 건강 플랜으로 보장되는 의료 혜택 비용에 추가됩니다. 그러나 가입자는 건강, 안과 및 해당되는 경우 치과 플랜 비용이 하나로 합쳐진 청구서를 받게 됩니다.

* 0세~만 25세까지의 피부양 자녀만이 세 자녀 최대 비용 한도의 적용을 받습니다. 만약 가입자가 이 플랜에 동반 부모 혹은 법적 보호자 없이 한 명 이상의 피부양 아동을 등록하고 싶을 경우 세 자녀 최대 비용 한도는 적용되지 않습니다. 각 아동은 개별 정책을 적용받게 되며 각 아동에게는 0세~만 25세 비용이 청구됩니다.

생명 및 AD&D 보험으로 가족을 보호하세요

사랑하는 가족을 잃은 불상사를 당한 후 경제적인 어려움에 직면하면 이를 극복하기는 쉽지 않습니다. 이런 때에 생명보험과 재해 사망 및 장애(AD&D) 보험이 도움이 됩니다. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company의 개인 기간성 생명 및 AD&D 보험 플랜은 생활 비용, 대학 교육 비용, 모기지 비용 등을 지급하는 데 도움이 될 중요한 재정적 보장을 제공합니다.¹

AD&D 보험은 또 다른 보호막을 제공합니다. 재해사의 경우, 재해 사망 보험금의 액수는 귀하의 생명보험 보장금액과 같습니다. 상해의 경우, 생명보험금에서 일부 장애 보험금이 지급될 것입니다.

* 모든 플랜은 만 65세에 종료됩니다.

1 정책 적용 2년 이내에 가입자가 자살로 사망한 경우, 생명보험 보험금은 지급되지 않습니다. 그러나, 보험료는 환급됩니다. 제한 사항에 관한 상세한 설명은 정책을 참고해주세요.

2 만 20세 미만의 개인은 \$10,000, \$15,000, 및 \$25,000 액수의 보장에만 가입하실 수 있습니다.

당사는 가입자의 나이, 성별, 흡연 여부에 따라 월 보험료가 저렴한 기간성 생명 및 AD&D 보험으로 \$10,000, \$15,000, \$25,000, \$50,000, \$75,000, 또는 \$100,000에 해당하는 재정적 보호수단 및 보안을 제공합니다.² 생명보험 보장은 AD&D를 제외하고 가입하실 수 있으나, 생명보험 보장 없이 AD&D 단독으로는 가입하실 수 없습니다.

만 1세~64세*에 해당하는 모든 개인은 Blue Shield 의료 플랜 가입 여부와 상관없이 이 생명보험에 가입하실 수 있습니다. 가입 신청은 개인 기간성 생명 및 AD&D 보험 보장 신청서를 작성한 후 제출하시면 됩니다.

매월 개인 기간성 생명 및 AD&D 보험 비용

매달 보험료를 계산하려면 나이, 성별, 흡연 여부를 지정한 후 해당 요금과 생명보험금을 곱합니다. AD&D 보험도 가입하시는 경우, AD&D 요금과 해당하는 AD&D 보험금을 곱합니다. 예를 들어, 생명보험 보장 액수 \$50,000를 원하시는 만 45세 비흡연 여성의 경우, 매월 \$12.40(\$0.248 x 50)를 지급하게 됩니다. 이분이 AD&D 보험금으로 \$50,000를 추가하면 매월 \$5(\$0.10 x 50)가 추가되며 매월 총 \$17.40(\$12.40 + \$5)를 지급해야 합니다.

\$1,000 보장당 생명보험 비용					
		남성		여성	
나이 범위	비흡연자	흡연자	비흡연자	흡연자	
1-19	\$0.122	\$0.244	\$0.071	\$0.143	
20-24	\$0.125	\$0.250	\$0.074	\$0.148	
25-29	\$0.132	\$0.263	\$0.080	\$0.159	
30-34	\$0.150	\$0.300	\$0.095	\$0.191	
35-39	\$0.180	\$0.361	\$0.122	\$0.244	
40-44	\$0.231	\$0.463	\$0.169	\$0.337	
45-49	\$0.329	\$0.658	\$0.248	\$0.495	
50-54	\$0.487	\$0.974	\$0.375	\$0.749	
55-59	\$0.732	\$1.464	\$0.566	\$1.131	
60-64	\$1.193	\$2.386	\$0.865	\$1.730	
\$1,000 보장당 AD&D 비용					
0-64	\$0.10	\$0.10	\$0.10	\$0.10	

각 청구서에 매달 관리 수수료 \$1이 포함됩니다.

주의 사항: 매월 개인 기간성 생명 및 AD&D 보험 비용이 의료, 치과 및/또는 안과 혜택 비용에 추가됩니다.

정의:

가맹 의료진 또는 네트워크 제공자 – Blue Shield의 치과 또는 안과 플랜 가입자에게 보장되는 의료 서비스를 제공하기로 계약한 공급자(일반 치과의, 치과 전문의, 검안사 및 안과의 포함). 가맹 의료진 또는 네트워크 제공자는 보장되는 의료 서비스에 대해 Blue Shield의 계약 요율을 전체지급금으로 받기로 동의했습니다.

공제액 – Blue Shield에서 지급을 시작하기 전 대부분의 보장되는 의료 서비스에 대해 가입자가 역년마다 납부하는 액수. 예방 치료 등 특정 보장되는 의료 서비스는 가입자가 역년 공제액을 충당하기 전에 보장됩니다.


부담금(코페이) – 모든 해당되는 역년 공제액을 충당한 후 가입자가 혜택을 받기 위해 납부하는 고정 액수.

허용된 요금 – Blue Shield가 보장되는 서비스 지급을 결정하는 데 이용하는 금액.

혜택(보장되는 의료 서비스) – 치과 및 안과 플랜으로 보장되는 필요한 치과와 안과 서비스 및 제공품.

질문이 있거나 가입 신청을 원하세요?

 당사 웹사이트 buyblueshieldca.com에 방문하세요.

 담당 중개인에게 문의하세요.

의료 플랜 가입 여부와 관계없이 buyblueshieldca.com에서 치과 및 안과 플랜에 가입하실 수 있습니다. Family Dental 플랜을 구매하시려면 coveredca.com에 방문하세요.

개인 기간성 생명보험은 blueshieldca.com/LifeApplication에서 신청서를 다운로드하세요. 신청서를 작성한 후 담당 중개인에게 신청서에 적합한 주소로 보내도록 요청해주세요.

의료 플랜이 필요하신가요? 당사는 선택할 수 있는 PPO 및 HMO 플랜을 다양하게 제공합니다. 자세한 정보를 담당 중개인에게 문의하세요.