



개인 및 가족

# 치과, 안과, 생명

치과 플랜, 안과 플랜,  
생명보험



플랜 가이드  
발효일: 2022  
년 1월

[buyblueshieldca.com](http://buyblueshieldca.com)에서  
견적을 받고 신청하세요.

## 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 Duo<sup>SM</sup>\* 단일 플랜으로 치과와 안과 진료를 보장받을 수 있습니다.

## 치과 플랜을 확인해보세요

당사의 PPO 또는 HMO 치과 플랜으로 아름다운 치아를 보호하세요. 스케일링 및 엑스레이를 \$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.

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

만약 치과 의료진에게 더 큰 가치를 두고 조금 더 지급하실 수 있다면 PPO 플랜이 적합할 것입니다. 치과 의사를 폭넓게 선택하는 것보다 낮은 비용을 유지하는 것에 더 중점을 둔다면, HMO 플랜이 적합할 것입니다. [blueshieldca.com/fad](http://blueshieldca.com/fad)에 방문하여 지역의 PPO나 HMO 치과 의사를 확인하세요.

지금까지 플랜 개요를 살펴보았습니다. 2-3페이지에서 플랜에 관한 자세한 사항을 비교하시고 6페이지에서 플랜 비용을 비교하세요.





중요한 의료 용어 정의는 7페이지를 참조하세요.

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

## 치과 플랜

	DENTAL STANDARD HMO	DENTAL HMO	ENHANCED DENTAL PPO 50/1250	DENTAL PPO	SPECIALTY DUO 치과 + 안과 패키지*
	BLUE SHIELD를 통해 직접 가입 가능한 플랜				
최소 매월 비용	\$12.00	\$22.80	\$32.60	\$37.60	\$42.10
<b>혜택</b>	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수 <sup>1</sup>				
진단 및 예방 서비스 (클리닝, 엑스레이, 초기 및 정기 구강 검사)	\$0	\$0	\$0	\$0 <sup>2</sup>	\$0 <sup>2</sup>
치아 복원 서비스 - 필링 (단일 표면 레진 컴포지트, 전치)	\$20	\$18	20% <sup>3</sup>	\$37 <sup>4</sup>	\$37 <sup>4</sup>
구강 수술 (정출 치아 또는 드러난 치근 발치)	\$40	\$34	20% <sup>3</sup>	\$40 <sup>4</sup>	\$40 <sup>4</sup>
매복 치아 제거 (완전 매복)	\$225	\$125	50% <sup>5</sup>	\$113 <sup>4</sup>	\$113 <sup>4</sup>
치근관 (전치 근관)	\$175	\$155	50% <sup>5</sup>	\$156 <sup>4</sup>	\$156 <sup>4</sup>
치근관 (어금니)	\$355	\$290	50% <sup>5</sup>	\$234 <sup>4</sup>	\$234 <sup>4</sup>
크라운 (전체 귀금속 주물)	\$350 <sup>6</sup>	\$300 <sup>6</sup>	50% <sup>5</sup>	\$320 <sup>5</sup>	\$320 <sup>5</sup>
폰틱 가공 (포슬린과 고급 귀금속 융합)	\$350	\$300	50% <sup>5</sup>	\$293 <sup>5</sup>	\$293 <sup>5</sup>
치아 교정	\$2,350 (만 26세 미만, 고정식, 2년) \$2,650 (만 26세 이상, 고정식, 2년)	\$2,350 (만 26세 미만, 고정식, 2년) <sup>5</sup> \$2,650 (만 26세 이상, 고정식, 2년) <sup>5</sup>	비보장	\$2,350 (만 26세 미만, 고정식, 2년) <sup>5,7</sup> \$2,650 (만 26세 이상, 고정식, 2년) <sup>5,7</sup>	\$2,350 (만 26세 미만, 고정식, 2년) <sup>5,7</sup> \$2,650 (만 26세 이상, 고정식, 2년) <sup>5,7</sup>
치주 스케일링 및 루트 플래닝 (치아 4개 이상)	\$75	\$55	50% <sup>5</sup>	\$65 <sup>4</sup>	\$65 <sup>4</sup>
임플란트 본체 삽입 수술 - 연골 내 임플란트	비보장	\$1,375	50% <sup>5</sup>	\$612 <sup>5</sup>	\$612 <sup>5</sup>
틀니 (상부 또는 하부 전체)	\$400	\$400	50% <sup>5</sup>	\$388 <sup>5</sup>	\$388 <sup>5</sup>
가입자별	\$0	\$0	개인별 \$50/ 가족별 \$150	개인별 \$50	개인별 \$50
최대 연간 혜택	없음	없음	개인별 \$1,250	개인별 \$1,000	개인별 \$1,000

 = 공제액을 충당하기 전 혜택을 이용할 수 있음.

 = 혜택은 공제액을 따름.

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

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

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

2 진단 및 예방 서비스는 이 플랜의 최대 연간 혜택에 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 최대 연간 혜택에 누적되지 않습니다.

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

## 치과 플랜

	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	
최소 매월 비용	\$51.10	\$55.50	\$13.40	\$43.70
<b>혜택</b>	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수: <sup>1</sup>			
진단 및 예방 서비스 (클리닝, 엑스레이, 초기 및 정기 구강 검사)	0%	0%	0%	0% <sup>2</sup>
치아 복원 서비스 - 필링 (단일 표면 레진 컴포지트, 전치)	20% <sup>3</sup>	20% <sup>3</sup>	\$30	20%
구강 수술 (정출 치아 또는 드러난 치근 발치)	20% <sup>3</sup>	20% <sup>3</sup>	\$65	50% <sup>3</sup>
매복 치아 제거 (완전 매복)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$160	50% <sup>3</sup>
치근관 (전치 근관)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$200	50% <sup>3</sup>
치근관 (어금니)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$300	50% <sup>3</sup>
크라운 (전체 귀금속 주물)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$300	50% <sup>3,6</sup>
폰틱 가공 (포슬린과 고급 귀금속 융합)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$300	50% <sup>3,6</sup>
치아 교정	비보장	50% (평생 최대한도 \$1,500, 별도의 공제액을 따름) <sup>5,7,8</sup>	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)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	\$55	20%
임플란트 본체 삽입 수술 - 연골 내 임플란트	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	비보장	비보장
틀니(상부 또는 하부 전체)	50% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>	만 19세 미만 \$300, 만 19세 이상 \$400	50% <sup>3</sup>
역년 공제액	개인별 \$50/ 가족별 \$150	개인별 \$50/ 가족별 \$150	\$0	개인별 \$75/ 만 19세까지 가족별 \$150, 만 19세 이상 개인별 \$50
최대 역년 혜택	개인별 \$2,000	개인별 \$2,000	없음	만 19세 미만 없음, 만 19세 이상 개인별 \$1,500

 = 공제액을 충족하기 전 혜택을 이용할 수 있음.

 = 혜택은 공제액을 따름.

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

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

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

2 진단 및 예방 서비스는 이 플랜의 최대 역년 혜택에 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 최대 역년 혜택에 누적되지 않습니다.

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

## 안과 보장의 가치를 확인하세요

매월 \$6.90로 가치 있는 안과 보장에 가입하여 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/fad](http://blueshieldca.com/fad)에 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\*은 종합적인 안과 플랜이며 \$150의 안경테 보상과 여러 렌즈 옵션이 포함되어 있습니다.
- 또는, 적은 비용으로 믿을 만한 혜택을 누리고 싶다면 Ultimate Vision 15/25/120\*이 적합한 선택이 될 것입니다.
- Specialty Duo\*는 단일 패키지로 안과 및 치과 보장의 편리함을 제공합니다.

## 플랜 혜택과 요금 비교

### 안과 플랜

	ULTIMATE VISION 15/25/120	ULTIMATE VISION 15/25/150	SPECIALTY DUO 치과 + 안과 패키지
최소 매월 비용	\$6.90	\$12.90	\$42.10
<b>혜택</b>	<b>가맹 의료진 이용 시 코페이:<sup>1</sup></b>		
안과 검사	\$15 (12개월마다)	\$15 (12개월마다)	코페이 \$0 (12개월마다)
재료 (표준 싱글 비전, 라인드 바이포컬 또는 라인드 트라이포컬, 스크래치 코팅 렌즈)	\$25 (12개월마다)	\$25 (12개월마다)	코페이 \$25 (24개월마다)
당뇨병 관리 추천서 <sup>2</sup>	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0
	<b>가맹 의료진 이용 시 보상:<sup>1</sup></b>		
안경테 보상	최대 \$120 (12개월마다)	최대 \$150 (12개월마다)	최대 \$100 (24개월마다)
렌즈 옵션 및 처리	폴리카보네이트 렌즈 (피부양 자녀만 해당됨)	\$100	\$100
	포토크로믹 렌즈	\$115-\$200	\$115-\$200
	프로그레시브 렌즈	\$140	\$140
	비반사 렌즈 코팅	\$50	\$50
콘택트렌즈 <sup>3</sup>	선택 사항 (미용 또는 편의) \$120 (12개월마다)	\$120 (12개월마다)	\$120 (24개월마다)

= 공제액을 충당하기 전 모든 혜택을 이용할 수 있음.

이 차트는 혜택의 개요를 보여 줍니다. 추가 혜택 정보, 서비스 비용, 대기 기간, 제외 내역 및 제한 사항 등은 **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 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다. 모든 안과 혜택에는 90일 대기 기간이 있습니다.

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

3 안경 대신 콘택트렌즈를 선택하실 수 있습니다.

## 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 생계 비용과 학자금, 모기지 비용 등을 해결하는 데 이용할 수 있는 귀중한 재정적 보호를 제공합니다.<sup>1</sup>

AD&D 보험은 또 다른 보호막을 제공합니다. 재해 사망의 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 않을 것입니다. 한편, 보험료는 환급될 것입니다. 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 보호 및 안전을 제공합니다.<sup>2</sup>

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 건강 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 지급합니다. 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					
연령 범위	남성		여성		
	비흡연자	흡연자	비흡연자	흡연자	
만 1-19세	\$0.122	\$0.244	\$0.071	\$0.143	
만 20-24세	\$0.125	\$0.250	\$0.074	\$0.148	
만 25-29세	\$0.132	\$0.263	\$0.080	\$0.159	
만 30-34세	\$0.150	\$0.300	\$0.095	\$0.191	
만 35-39세	\$0.180	\$0.361	\$0.122	\$0.244	
만 40-44세	\$0.231	\$0.463	\$0.169	\$0.337	
만 45-49세	\$0.329	\$0.658	\$0.248	\$0.495	
만 50-54세	\$0.487	\$0.974	\$0.375	\$0.749	
만 55-59세	\$0.732	\$1.464	\$0.566	\$1.131	
만 60-64세	\$1.193	\$2.386	\$0.865	\$1.730	

\$1,000 보장당 AD&D 비용			
만 0-64세	\$0.10	\$0.10	\$0.10

각 청구서에 매달 관리 수수료 \$1이 포함됩니다.

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

## 매월 치과 및 안과 플랜 비용

### BLUE SHIELD를 통해 직접 가입 가능한 PPO 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세-만 25세(셋째 피부양자까지 자녀별 비용 - 넷째 피부양자부터 비용 없음)*	만 26세 이상
모든 지역	Enhanced Dental PPO 50/1250	\$32.60	\$41.90
	Dental PPO	\$37.60	\$44.50
	Enhanced Dental PPO 50/2000	\$51.10	\$65.90
	Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	\$55.50	\$71.50

### BLUE SHIELD를 통해 직접 가입 가능한 HMO 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세-만 25세(셋째 피부양자까지 자녀별 비용 - 넷째 피부양자부터 비용 없음)*	만 26세 이상
지역 1, 2, 12 <sup>†</sup>	Dental Standard HMO	\$15.40	\$19.10
	Dental HMO	\$29.50	\$32.10
그 외 지역	Dental Standard HMO	\$12.00	\$14.90
	Dental HMO	\$22.80	\$24.90

### COVERED CALIFORNIA를 통해 가입 가능한 BLUE SHIELD 치과 플랜

		가입자별 비용	
		0세-만 18세(셋째 피부양자까지 자녀별 비용 - 넷째 피부양자부터 비용 없음)*	만 19세 이상
지역 <sup>‡</sup>	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

		가입자별 비용	
		0세-만 18세(셋째 피부양자까지 자녀별 비용 - 넷째 피부양자부터 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

**유의 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 자녀를 등록하고 싶을 경우 각 자녀에게 별도의 정책이 적용되며 각 자녀의 나이에 따른 요금이 청구됩니다.

† 지역을 확인하시려면 [blueshieldca.com/regions](https://blueshieldca.com/regions)에 방문해주세요. 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 이용할 수 없습니다.

‡ 지역을 확인하시려면 [blueshieldca.com/regions](https://blueshieldca.com/regions)에 방문해주세요.

# 만 18세인 피부양 자녀는 만 19세가 되는 해의 마지막 날까지 0세-만 18세 요금이 청구됩니다. 그러나 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	\$42.10	\$49.50

**유의 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 자녀를 등록하고 싶을 경우 세 자녀 최대 비용 한도는 적용되지 않습니다. 각 자녀는 개별 정책을 적용받게 되며 각 자녀에게는 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	\$6.90	\$6.90
	Ultimate Vision 15/25/150	\$12.90	\$12.90

**유의 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 자녀를 등록하고 싶을 경우 세 자녀 최대 비용 한도는 적용되지 않습니다. 각 자녀는 개별 정책을 적용받게 되며 각 자녀에게는 0세-만 25세 비용이 청구됩니다.

## 정의



**가맹 의료진/네트워크 의료진** – 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 의료진은 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 의료 서비스 지급을 결정하는 데 이용하는 금액.



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

## 질문이 있거나 가입 신청을 원하세요?



[buyblueshieldca.com](http://buyblueshieldca.com)에 방문하세요.



담당 중개인에게 문의하세요.

[buyblueshieldca.com](http://buyblueshieldca.com)에서 의료 플랜 가입 여부와 관계없이 치과 및 안과 플랜에 가입하실 수 있습니다. Family Dental 플랜을 구매하시려면 [coveredca.com](http://coveredca.com)에 방문하세요.

개인 기간성 생명보험은 [blueshieldca.com/LifeApplication](http://blueshieldca.com/LifeApplication)에서 신청서를 다운로드하세요. 신청서를 작성한 후 담당 중개인에게 신청서에 적힌 주소로 보내도록 요청해주세요.

의료 플랜이 필요하신가요? 당사는 귀하가 선택하실 수 있는 다양한 PPO 및 HMO 플랜을 제공합니다. 자세한 정보는 담당 중개인에게 문의하세요.