

특징 요약



우수한 설계

Small Group EmployeeElect Premier PPO \$20 Copay 플랜

평생 건강을 유지할 수 있도록 지원

우수한 혜택과 유명 상표 약표에 대한 종합적인 보장

Premier PPO \$20 Copay: 종합적인 유명 상표 약물에 대한 보장을 포함한 풍부한 혜택이 보장되는 최고급 플랜

귀하의 요구 사항에 가장 알맞은 혜택을 제공합니다.

- 평생 동안 최대 \$5,000,000 보장
- 400개 이상 병원에서 53,000여 명의 의사 및 전문의 중에서 선택하여 의료 서비스를 받을 수 있습니다.
- 본사와 제휴 의료시설 간에 계약한 협정 금액을 통해 비용을 절감할 수 있습니다.
- 매년 연간 신체 검사 또는 HealthyCheckSM 예방 건강 검진 중에서 선택 가능합니다(공제 면제).
- 미국의 다른 지역이나 해외 여행 시 연중 24시간 응급 치료 서비스를 이용할 수 있습니다.

플랜에 가입하면 다양한 혜택이 보장되는 여러 프로그램과 서비스를 이용할 수 있습니다.

360° Health[®]는 최고의 건강 상태를 유지할 수 있도록 본사에서 독자적으로 설계된 의료 서비스 프로그램입니다.

360° Health는 완벽한 의료 지원 환경을 제공할 수 있는 모든 자원, 프로그램, 도구 및 서비스가 결합되어 있습니다. 이를 통해 귀하의 건강 상태와 상관없이 최상의 의료 서비스를 지원받을 수 있으며 의료 관리를 위해 필요한 결정을 내릴 수 있도록 탁월한 지원을 활용할 수 있습니다. 본 보험 제도는 3단계의 추가 지원과 보장을 제공합니다. 어떠한 추가 비용 없이 모든 서비스를 이용하실 수 있습니다!

360° Health는 다음과 같은 이점을 제공합니다.

1 1단계는 의료 관리 비용을 최대한 절감할 수 있는 핵심 도구와 혜택에서 출발합니다. **의료 도구 및 자원** WebMD[®]를 통해 운영되는 MyHealth@Anthem[®]을 통해 귀하의 건강한 생활을 위해 신뢰할 수 있는 모든 의료 정보와 맞춤형 온라인 도구를 간편하게 활용할 수 있으며 필요한 의료 관리 결정을 내릴 수 있습니다. 또한 온라인 라이프스타일 센터에서는 귀하에게 가장 필요한 의료 정보를 제공해 드립니다.

본사의 SpecialOffers 를 통해 건강 및 웰빙 제품, 특정 약품 서비스에 대한 할인 혜택을 비롯하여 온라인 건강 관리 프로그램을 이용할 수 있습니다.

2 2단계에서는 필요한 때 의료 서비스를 이용할 수 있도록 간편한 지침을 제공하며 귀하의 웰빙 목표를 이룰 수 있도록 다양한 지원을 제공해 드립니다. **건강을 위한 수호자** 연중 운영되는 24/7 NurseLine에서는 적절한 수준의 의료 서비스를 이용하고 불필요한 걱정을 덜 수 있도록 언제든지 등록된 유자격 간호사를 이용할 수 있어 의학적인 치료가 필요한지 여부를 간편하게 판단할 수 있습니다. MyHealth Assessment와 같은 프로그램을 통해서 정밀한 건강 진단을 비롯하여 중요한 의료 관리 결정을 내리는 데 도움이 되는 다양한 도구를 활용할 수 있습니다.

3 마지막으로, 의료 관리 문제를 가진 가입자에게 탁월한 지원이 제공됩니다. **의료 관리** 천식, 당뇨병, 관상동맥 질환, 만성 폐색성 호흡기 질환, 심장 질환 등과 같은 심각한 만성병을 가진 가입자는 추가적인 전문 의료 지원을 받을 수 있습니다.

본사는 귀하의 건강 상태를 회복하기 위해 최선의 노력을 다합니다.

Anthem Blue Cross와 함께라면 안전하고 편리한 방식으로 최상의 의료 보장 보험 중 하나를 통해 다채로운 혜택을 누릴 수 있으며 다양한 방식으로 탁월한 가치를 보장받을 수 있습니다. Blue Cross of California에서 Anthem Blue Cross로 회사 명칭이 바뀌었지만, 저희는 캘리포니아주 전 지역에서 70년 이상의 숙련된 경험을 바탕으로 귀하의 의료 관리를 최상으로 지원하기 위해 이전과 동일한 고품질의 저렴한 의료 보장 보험을 제공해 드립니다. 또한 캘리포니아 주민의 의료 관리 플랜에 대한 관심이 증가함에 따라 보다 다채로운 혜택으로 여러분에게 다가갈 것을 약속드립니다.

질문이 있으십니까? 본사는 여러분을 돕기 위해 만반의 준비를 하고 있습니다. 궁금한 사항이 있으시면 언제든지 소그룹 고객 서비스 센터(800-627-8797)로 문의해 주십시오.

믿을 수 있는 보장을 안심하시고 받으실 수 있습니다. 또한 종합적인 유명 상표 약품에 대한 우수한 혜택을 누리실 수 있습니다. 이것이 바로 Premier PPO \$20 Copay 플랜이 본사의 최고급 플랜으로 꼽히는 이유입니다.

Anthem Blue Cross 네트워크 외의 의료 관리 공급자를 이용할 수 있지만, 본사의 53,000명 이상 의사와 400여 개의 의료 시설을 통해 커다란 비용 절감 혜택을 누리십시오. Anthem Blue Cross 네트워크를 통해 의료 관리 혜택과 더불어 최대의 비용 절감을 만끽할 수 있습니다.

Anthem Blue Cross에서 제공하는 탁월한 비용 절감 혜택

Anthem Blue Cross 의료 보장 보험을 통해 3가지 방법으로 커다란 비용 절감을 경험할 수 있습니다.

1. 본사의 제휴 의사 및 병원에서는 Anthem Blue Cross 협정 금액을 통해 저렴한 의료 혜택을 제공합니다.
2. BlueCard 프로그램을 이용하면 모든 카운티에서 할인된 가격으로 제휴 의료시설을 이용할 수 있습니다.
3. 귀하는 유효 비용 중 일부만을 부담하면 되고(아래 예제 참조) 나머지는 본사가 부담합니다.

SERVICES (DATE)	TYPE OF SERVICE	TOTAL BILLED	AMOUNT NOT ALLOWED	YOUR SHARE	APPLIED TO DEDUCTIBLE	COPAYMENT COPAYMENT AMOUNT	BLUE CROSS AMOUNT
07/06/2000-07/08/2000	INPATIENT SERVICES	\$5,190.85		\$235.00		\$235.00	\$2,115.00
TOTAL THIS CLAIM		\$5,190.85	\$0.00	\$235.00	\$0.00	\$235.00	\$2,115.00

Cross Paid: \$2,115.00
 It is your responsibility to pay: \$235.00
 It is not your responsibility to pay: \$2,840.80

THANK YOU FOR USING A NETWORK PARTICIPATING PROVIDER.

THIS IS NOT A BILL
 SEE REVERSE SIDE FOR IMPORTANT INFORMATION

이것은 단순히 예시에 불과합니다. 선택한 플랜에 따라 추가 할인 혜택과 각종 서비스를 누리실 수 있습니다.

Small Group Premier PPO \$20 Copay 플랜

특별히 명시되지 않는 한 명시된 금액은 공제 후 가입자가 부담합니다.
 제후 의료시설 협정 금액은 공급자의 일반 비용에 비해 최대 30 - 40%의 비용 절감을 받을 수 있습니다.

핵심 기능	IN-NETWORK(제후 의료시설 이용) 협정 금액을 통한 비용 절감	OUT-OF-NETWORK(그 외) 보다 높은 비용 부담
연간 공제 제후 의료 시설 및 그 외 시설 통합, 연간 본인 지불 한도액에 대해 연간 공제액 적용	의사 방문 진찰을 제외한 모든 의료 서비스에 대해 \$250, 연간 신체 검사, HealthyCheck 검진 및 처방 약품; 최대 2인	
Anthem Blue Cross에서 평생 최대 의료비 부담 제후 의료 시설 및 그 외 시설 통합	\$5,000,000	
연간 본인 지불 한도액¹ 제후 의료 시설 및 그 외 시설에 대해 별도로 적립	\$3,000 1인당, 최대 2인 특정 가입자 부담액은 적용되지 않습니다. ¹	\$5,000 1인당, 최대 2인
방문 진찰 연간 공제 대상 제외	1인당 최초 12회 방문 진찰 시 \$20 고용인 부담, 추가 방문 시 협정 금액의 40%	관례상 합리적인 비용의 40% + 초과 비용 100%
기타 전문 서비스 산부인과, 진단 연구소 및 X-레이 포함	연간 공제 후 협정 금액의 20%	40% 관례상 합리적인 비용 + 100% 연간 공제 후 초과 비용
병원 입원 환자 시설 서비스 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 협정 금액의 20%	40% 관례상 합리적인 비용 + 100% 연간 공제 후 초과 비용
병원 입원 환자 전문 서비스 (연구실, 상담의, 마취제)	연간 공제 후 협정 금액의 20%	40% 관례상 합리적인 비용 + 100% 연간 공제 후 초과 비용
외래 환자 시설 서비스 특정 수술 서비스 및 진단 절차에 대해서는 사전 서비스 심사가 필요합니다.	연간 공제 후 협정 금액의 20%	40% 관례상 합리적인 비용 + 100% 연간 공제 후 초과 비용
외래 수술 센터 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 협정 금액의 20%	연간 공제 후 1일 \$540 초과 시 모든 비용
처방 약품² 30일분 제공; 우편 주문을 통해 최대 60일분을 이용할 수 있습니다. (각 30일분에 대해 명시된 금액 적용)	일반 약품: \$15 고용인 부담 유명 상표 약품: \$25 고용인 부담 자차적으로 투여하는 주사제(인슐린 제외); 협정 금액의 30%	캘리포니아주에서 가입한 경우 약품 제한 비용 플랜에 따라 40% + 초과 비용 100%
연간 예방 치료 옵션 (공제 대상 제외): 각 가족 구성원, 7세-성인, 연간 신체 검사 또는 HealthyCheck 검진 중 선택 가능.		
신체 검사 1인당 Anthem Blue Cross에서 6개월 이상 최대 \$200 부담(\$100 미만), 제후 의료 시설 및 그 외 시설 통합	방문 진찰 시 \$20 고용인 부담 + 다른 모든 포함 서비스의 경우 협정 금액의 20%	관례상 합리적인 비용의 40% + 초과 비용 100%
HealthyCheckSM 검진 또는 특정 연구소 테스트, 예방 접종 및 의료 교육 정보 포함	\$25 또는 \$75 고용인 부담 건강 검진 옵션	이용 불가

¹ 연간 본인 지불 한도액에 적용되지 않는 서비스가 포함될(이에 제한되지 않음): 약품 혜택 하에 고용인 비용 부담; 침술/지압에 대한 고용인 비용 부담; 정신 또는 신경계 이상, 약물 남용에 대한 고용인 비용 부담(심각한 정신 질환, 어린이의 심각한 정서 불안에 대한 보상은 제외); 사전 서비스 심사를 받지 않은 경우 고용인 비용 부담; HealthyCheck 비용 부담; 불임 치료 서비스에 대해 \$500 고용인 부담; 비보장 서비스.

² 불임 약물 치료: 1인당 Anthem Blue Cross에서 최대 \$1,500 부담, 제후 의료 시설 및 그 외 시설 통합, 모든 약품; 의사가 "dispense as written(처방대로 투약할 것)" 또는 "do not substitute(약품을 대체하지 말 것)"라는 처방전을 작성했지만 가입자가 동일 성분의 일반 약품을 사용할 수 있는데도 유명 상표 약품을 선택하는 경우, 가입자는 유명 상표 약품에 대한 비용을 공동 부담하고 유명 상표 약품과 동일 성분의 일반 약품 사이의 차액을 부담하게 됩니다.

이 자료는 보장 혜택의 개략적인 정보를 제공합니다. 보장 보험, 혜택 및 제한에 대한 종합적인 설명은 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 수록되어 있습니다. 보장 보험에 가입하기 전에 제외 및 제한 사항을 주의해서 검토해 보시기 바랍니다.

추가 기능	IN-NETWORK(제휴 의료시설 이용) 협정 금액을 통한 비용 절감	OUT-OF-NETWORK(그 외) 보다 높은 비용 부담
신생아 예방 접종 및 성인 건강 검진 테스트 6세까지 정기 점검 및 예방 접종 7세-성인 여성의 자궁경부 세포검사, 유방검진 및 유방암검사, 남성의 전립선 특이항원 검사 포함	방문 진찰 시 \$20 고용인 부담(공제 대상 제외)+ 다른 모든 포함 서비스의 경우 협정 금액의 20%(연간 공제 후)	40% 관례상 합리적인 비용 + 100% 연간 공제 후 초과 비용
응급 치료 각 방문에 대해 \$100 고용인 부담(원하지 않을 경우 면제)	연간 공제 후 협정 금액의 20%	관례상 합리적인 비용의 20% + 최초 48시간에 대한 초과 비용의 100%(연간 공제 후); 이후 48시간에 대해 관례상 합리적인 비용의 40% + 초과 비용 100%(연간 공제 후)
앰블란스	연간 공제 후 협정 금액의 20%	관례상 합리적인 비용의 40% + 연간 공제 후 초과 비용 100%(응급 치료)
전문 영양 시설 연간 100일, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합; 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 협정 금액의 20%	연간 공제 후 1일 \$150 초과 시 모든 비용
가정간호 연간 100일 4시간 방문 진찰, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합; 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 협정 금액의 20%	연간 공제 후 1회 방문당 \$75 초과 시 모든 비용
물리적/작업 요법, 교정 치료 연간 12회 방문 치료, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합	연간 공제 후 협정 금액의 20%	연간 공제 후 1회 방문당 \$25 초과 시 모든 비용
침술/지압 연간 24회 방문 치료, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합	연간 공제 후 협정 금액의 20%	연간 공제 후 1회 방문당 \$25 초과 시 모든 비용
정신 건강/입원 환자* 약물 의존 치료 포함; 연간 30일, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합; 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 1일 \$175 초과 시 모든 협정 금액	연간 공제 후 1일 \$175 초과 시 모든 비용
의료 건강/외래 환자 전문 서비스* 약물 의존 치료 포함 1일 1회 방문 진찰, 연간 20회 방문 진찰, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합	연간 공제 후 1회 방문당 \$25 초과 시 모든 협정 금액	연간 공제 후 1회 방문당 \$25 초과 시 모든 비용
주사 치료 약물 의존 포함 사전 서비스 심사 필요	연간 공제 후 협정 금액의 20%	약물을 제외한 모든 주사 치료에 대해 1일 \$50 초과 시; 모든 주사제에 대해 평균 도매가 초과 시 모든 비용 부담; 1일 Anthem Blue Cross의 최대 부담액 \$500 초과 금액 부담; 연간 공제 후
불임 치료 서비스 Anthem Blue Cross에서 평생 최대 \$2,000 부담, 제휴 의료 시설 및 그 외 시설 통합	연간 공제 후 \$500 고용인 부담 + 협정 금액의 잔액에 대해 20%	\$500 고용인 부담 + 관례상 합리적인 비용 잔액의 40% + 초과 비용 100%(연간 공제 후)

* 심각한 정신 질환, 어린이의 심각한 정서 불안에 대한 보상은 제외됩니다.

제외 및 제한 사항

다음은 제외 및 제한 사항에 대한 간략한 목록을 제공합니다. 종합적인 설명은 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식을 참조하십시오.

- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 설명된 최대 금액을 초과하는 모든 금액.
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스 또는 소모품.
- 효력 발생일 이전에 받은 서비스.
- 보험 기간이 종료된 후에 받은 서비스.
- 직원의 보상 법률 또는 이와 유사한 법률에 따라 혜택을 복구할 수 있는 조건.
- 서비스를 받았으나 법적으로 지불 의무가 없는 서비스.
- 보험 보상이 없을 때 귀하에게 비용이 청구되지 않는 서비스.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에서 보상되는 것으로 나열되지 않는 서비스.
- 친지에게 받은 서비스.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식/증명서에 특별히 지정된 범위 외의 안과 치료.
- 굴절 결함을 교정할 목적으로 시행한 안과 수술.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식/증명서에 특별히 지정된 것을 제외한 청각 보조물 및 일상적인 청각 테스트.
- 성전환.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 특별히 지정된 범위 외의 치과 및 치열 교정 서비스.
- 성형 수술.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 특별히 지정된 범위 외의 일상적인 신체 검사.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 특별히 지정된 범위 외의 정신 또는 신경계 이상 치료와 약물 남용(니코틴 사용 포함) 또는 심리 테스트.
- 양육.
- 실험 또는 조사 서비스.

- 비용을 지불할 필요가 없는 지방, 주 또는 연방 정부 기관에서 제공하는 서비스.
- 진단 허가.
- 전화 또는 팩스 상담.
- 개인적인 위안.
- 영양 카운셀링.
- 헬스 클럽 회원권.
- 의료 보험 적용을 위해 추가 보험료를 지불하지 않고 이러한 서비스에 대한 의료 혜택을 받을 자격이 있는 한도 내에서 모든 서비스.
- 페닐케톤 요증(PKU)의 합병증을 방지하기 위한 포물러와 특별한 음식을 제외한 음식 또는 식이 보충 식품.
- 의료와 관련 없거나 의학적 증상이 없거나 유전자 이상의 가족력이 없을 때의 유전자 검사.
- 실외 치료 프로그램.
- 보철 및 영구 의료 장비를 분실하거나 도난 당했을 때 교체.
- 대리모와 관련하여 계약에 따라 보상되지 않는 사람에게 제공한 서비스나 소모품.
- 미국 외부로 여행하는 경우의 예방 주사.
- 기존 조건과 관련된 서비스나 소모품.
- Anthem Blue Cross에서 특별히 제공하거나 정한 것을 제외한 교육 서비스.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 특별히 지정된 범위 외의 불임 치료 서비스(불임 복원 포함).
- 비계약 병원에서 제공된 치료 또는 의료 관리 서비스.
- 보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식에 특별히 지정된 범위 외의 독간호.
- 병적 비만의 치료에 의학적으로 필요한 것을 제외한, 주로 체중 감량을 위한 서비스.
- 외래 환자를 위해 조제하거나 관리하는 외래 환자 약물, 투약 또는 기타 약물.
- 의사가 구강 피임약이 의학적으로 적합하지 않다고 결정하지 않은 경우의 피임 장치.

일반 조항

가입자 개인 정보 보호

전체 **개인 정보 보호 규정**은 가입자의 개인 정보 보호 권리와 정보의 유출을 승인할 권리, 의료 정보에 대한 접근을 제한할 권리, 구두, 서면 및 전자 정보의 보호, 데이터의 사용 및 직원과 공유되는 정보 등 의료 정보의 사용 통제를 유지하기 위해 시행하는 정책과 관행의 포괄적인 개요를 제공합니다. 이 규정은 당사 웹 사이트 anthem.com/ca에서 다운로드하거나 소그룹 고객 서비스 센터(800-627-8797)로 전화하여 구할 수 있습니다.

이용 검토

Anthem Blue Cross 이용 검토 프로그램을 사용하면 가입자는 적절한 설정으로 적절한 치료를 위한 보험 보상을 받을 수 있습니다. 여기에는 4가지 검토 프로세스가 포함됩니다. 1) 서비스 전 심사는 서비스를 제공하기 전에 의학적 필요성을 검토합니다. 2) 승인 심사는 서비스 전 검토를 수행하지 않은 경우 체류 또는 수술이 의학적으로 필요한지 가입 당시 결정합니다. 3) 체류 지속 심사는 체류 지속이 의학적으로 필요하지 결정합니다. 4) 소급 심사는 처음 세 개의 심사를 수행하지 않은 경우 치료를 제공한 후에 체류 또는 수술이 의학적으로 필요했는지 결정합니다. 이용 검토는 귀하에게 적용되는 약물의 이용 또는 의학적 치료 조항이 아닙니다. 의사만이 의학적 조언과 치료를 제공할 수 있습니다.

불만 신고

가입자의 보험과 관련한 모든 불만과 논쟁은 Anthem Blue Cross의 불만 절차에 따라 해결해야 합니다. 귀하는 전화 또는 서면으로 불만을 보고할 수 있습니다. 해당 연락처 정보는 Anthem Blue Cross ID 카드를 참조하십시오. 가입자와 Anthem Blue Cross의 상호 만족을 위해 Anthem Blue Cross /Anthem Blue Cross에서 받았지만 전화(해당되는 경우)로 해결할 수 없는 모든 불만은 Anthem Blue Cross가 불만을 해결하기 위해 제안하는 방식의 설명과 함께 서면으로 인정됩니다. 이 절차로 해결할 수 없는 불만은

구속적 중재를 통해 또는 플랜이 ERISA 규칙에 따라 1974년의 직원 퇴직 소득 보장법(ERISA)에 해당되는 경우 표시된 대로 해결됩니다.

그룹이 ERISA에 적용되고 가입자가 불만에 대해 Anthem Blue Cross에서 제안한 해결책에 동의하지 않을 경우 가입자는 Anthem Blue Cross 회신의 레터헤드에 인쇄된 전화 번호나 주소에 연락하여 전화 또는 서면으로 탄원을 제출할 수 있습니다. ERISA의 경우 한 가지 수준의 탄원이 있습니다. 혜택을 받기 위해 긴급한 치료 요청을 하는 경우, Anthem Blue Cross는 탄원을 접수한 날로부터 72시간 이내에 응답을 드립니다. 혜택을 위한 사전 서비스 요청의 경우 가입자는 탄원을 접수한 날로부터 30일 이내에 답변을 받게 됩니다. 사후 서비스 클레임의 경우 Anthem Blue Cross는 탄원을 접수한 날로부터 60일 이내에 답변을 드립니다.

가입자가 탄원에 대한 Anthem Blue Cross의 결정에 동의하지 않을 경우 가입자는 필수 구속적 분쟁 같은 다른 해결 옵션을 통해 분쟁을 해결할 수 있습니다.

DMHC(Department of Managed Health Care)

캘리포니아주 DMHC(Department of Managed Health Care)는 의료 서비스 플랜의 규제를 담당합니다. 의료 플랜에 대해 불만이 있는 경우 DMHC에 연락하기 전에 먼저 800-627-8797번의 의료 플랜 담당 부서로 전화하여 본인의 의료 플랜 불만 처리를 이용하십시오. 이 불만 처리 절차 이용은 귀하가 이용할 수 있는 가능한 법적 권리나 구제책을 금지하지 않습니다. 응급과 관련한 불만에 도움이 필요하거나, 의료 플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 불만 또는 30일 이상 해결되지 않고 있는 불만이 있는 경우 DMHC에 지원을 요청할 수 있습니다. 귀하의 경우는 IMR(Independent Medical Review)의 자격이 있을 수도 있습니다. IMR 자격이 있는 경우 IMR 과정은 제안한 서비스나 치료의 의학적 필요성과 관련하여 의료 플랜으로 이루어진 의료 결정, 자연스럽게 실행 또는 조사된 치료에 대한 보상 결정 및 응급이나 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁의 공정한 검토를 제공합니다. DMHC에도 무료 전화 번호

(888-HMO-2219) 및 청각이나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 TDD 라인(877-688-9891)이 제공됩니다. 부서의 인터넷 웹사이트 www.hmohelp.ca.gov에는 이의 제기 양식, IMR 신청 양식 및 온라인 지침이 있습니다.

구속적 중재

해당 플랜이 ERISA에 해당되는 경우 불리한 수익 결정을 ERISA 클레임 절차 규칙에 따라 해결해야 하며 필수 구속적 중재에는 적용되지 않습니다. 가입자는 ERISA 규칙에 따라 탄원을 완료한 후에 필수 구속적 중재를 수행할 수 있습니다. 가입자에게 불리한 수익 결정에 포함되지 않는 다른 분쟁이 있는 경우 또는 그룹이 ERISA에 해당하는 플랜을 제공하지 않는 경우 다음 조항이 적용됩니다. 의료 분쟁의 클레임을 포함하되 제한되지 않고 고용주 및/또는 가입자와 Anthem Blue Cross 사이의 모든 분쟁은 분쟁의 양이 Small Claims Court의 관할 제한을 초과하는 경우 구속적 중재(중재 진행의 캘리포니아의 사법 검토를 위한 캘리포니아주의 법률 공급자를 제외하고 법정, 배심원 또는 법정 과정에 의한 소송이나 재판)로 해결해야 합니다. 이 보험에서는 가입자와 Anthem Blue Cross는 클래스 중재에 참가하거나 법정 또는 배심원 재판으로 결정된 분쟁을 따르는 것을 포기합니다.

Medicare

TEFRA/DEFRA에 따라 Medicare는 주로 20명 미만의 직원 그룹에 대한 보장 보험을 제공합니다. Anthem Blue Cross 보장 보험에서는 주로 20명 이상의 직원 그룹을 대상으로 혜택을 지원합니다. 이 Anthem Blue Cross 보장 보험은 Medicare를 보충하는 것이 아니라 Medicare 조항의 비복제에 따라 혜택을 제공합니다. Medicare가 가입자의 주 의료 플랜인 경우 Anthem Blue Cross는 Medicare에서 받을 자격이 있는 혜택을 그대로 제공하지 않습니다. 즉 Medicare가 주 의료 보험이면 Medicare에서 지불한 금액보다 적게 플랜의 혜택에 따라 혜택이 제공됩니다. Medicare의 파트 A 및 B 자격이 있는 경우 혜택의 보충 조정으로 비중복 Medicare 보상을 받을 자격을 갖게 됩니다. 그러나 사회 보장 관리에 Medicare 부분에 대한 추가 보험료를 지불해야 한다면 위의 정책은 Medicare의 해당 부분에

등록한 경우에만 적용됩니다. 주: Medicare가 주된 플랜에 가입된 의료 자격이 있는 직원/부양 가족은 기존의 조건 제외를 포기한 개별 Anthem Blue Cross Medicare Supplement 플랜에 가입할 수 있습니다.

혜택의 조정

가입자 플랜의 혜택은 다른 그룹 의료, 치과, 약품 또는 안과 보험을 갖고 있는 경우 가입자가 모든 그룹 보험에서 받는 혜택과 서비스가 보험 보상 비용의 100%를 초과하지 않도록 줄일 수 있습니다.

타사 책임

가입자가 부상을 입은 경우 책임 있는 당사자는 해당 부상과 관련한 의료 비용을 지불할 의무가 있습니다. Anthem Blue Cross는 가입자가 법적 책임이 있는 타사로부터 손해를 복구하는 경우 의료 지출에 지불한 혜택을 복구할 수 있습니다. 타사 책임 상황의 예는 차량 사고와 작업 관련 부상을 포함합니다.

거짓 또는 잘못된 정보에 대한 보험 보상 무효

거짓이나 잘못된 정보 또는 필요한 등록 자료를 제출하지 못하면 플랜을 발행한 날로부터 보상이 무효화되거나 정확한 정보를 제공한 경우 적용된 부분에 대한 보험료를 소급 조정할 수 있습니다. 보험 보상이 무효화된 경우 제출된 클레임에 대해서는 어떠한 혜택도 지불되지 않습니다. 보험 보상이 무효가 된 시간 동안 이미 지불한 보험료는 환불되고 지불한 클레임을 공제합니다.

초래된 의학적 치료 비율

법의 요구에 따라 Anthem Blue Cross와 그 자회사는 2007년 회사에 초래된 의학적 치료 비율이 80.43%였다고 공지합니다. 이 비율은 공급자 할인을 적용한 후에 계산되었습니다.



Anthem Blue Cross는 NCQA가 인증한 건강보험사입니다.

할인 프로그램을 통해 제공되는 상품 및 서비스는 보장 보험의 혜택에 속하지 않습니다. Anthem Blue Cross는 이러한 공급자 또는 의료 전문가에 의해 할인된 비용으로 상품 또는 서비스가 제공됨을 보장하거나 표현하지 않습니다. 이러한 프로그램은 해당 서비스를 제공하는 벤더 또는 의료 전문가의 사전 통보 없이 언제든지 변경 또는 철회될 수 있습니다.

Premier PPO \$20 Copay 플랜은 Anthem Blue Cross에서 제공합니다.

본 의료 플랜은 Anthem Blue Cross에서 제공되고 보험 플랜은 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company에서 제공된 것입니다. Anthem Blue Cross는 캘리포니아 Blue Cross(블루크로스)의 상표명입니다. Blue Cross Association의 독립적인 허가업체입니다. © ANTHEM 및 360° HEALTH는 등록 상표입니다. © Blue Cross 이름과 기호는 Blue Cross Association의 등록 마크입니다. WebMD 웹사이트는 WebMD Health Corp에서 소유 및 운영합니다. WebMD Health는 웹사이트에 대한 독점적인 권한을 가지며, Anthem Blue Cross 또는 해당 계열사와 어떠한 제휴 관계를 맺고 있지 않습니다.

[anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca)