2027 환자 중심 급여 설계 및 의료비 본인 부담

베이지색으로 표시된 혜택은 디덕터블(공제액)이 적용되지 않습니다. 주황색으로 표시된 혜택은 첫 3회 방문 이후부터 공제액이 적용됩니다.

	최소 보장 본인 부담 최대액 충족 시까지 0% 보장	브론즈 평균 연간 비용의 60% 보장	실버 평균 연간 비용의 70% 보장[1]	실버 73 평균 연간 비용의 73% 보장[1]	실버 87 평균 연간 비용의 87% 보장[1]	실버 94 평균 연간 비용의 94% 보장[1]	골드 평균 연간 비용의 80% 보장	플래티넘 평균 연간 비용의 90% 보장
비용 분담 경감 단독 가구 소득 구간	N/A	N/A	N/A	**$31,921-$39,900** (연방 빈곤선 200% 초과 ~250% 미만)	**$23,941–$31,920** (연방 빈곤선 150% 초과 ~200% 미만)	**$23,940 이상** (연방 빈곤선 100% 초과 ~150% 미만)	N/A	N/A
무료 예방 진료	$0	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
주치의 진료	본인 부담 최대액 도달 시까지 진료 건당 비용 전액 본인 부담 (첫 3회의 비예방적 진료 이후부터 적용)	**$60**	**$50**	**$50**	**$15**	**$5**	**$40**	**$20**
응급 진료		**$60**	**$50**	**$50**	**$15**	**$5**	**$40**	**$20**
전문의 진료	본인 부담 최대액 도달 시까지 매 서비스 전액 부담	**$100[1]** (첫 3회 내원 후에는 디덕터블 적용)	**$100**	**$100**	**$30**	**$8**	**$80**	**$45**
응급실 시설		디덕터블(공제액) 도달 후 40%	**$400**	**$400**	**$200**	**$50**	**$350**	**$225**
실험실 검사		**$50**	**$50**	**$50**	**$35**	**$10**	**$40**	**$25**
엑스레이 및 진단 검사		디덕터블(공제액) 도달 후 40%	**$95**	**$95**	**$50**	**$10**	**$85**	**$35**
영상			**$325**	**$325**	**$100**	**$50**	**$125 코페이 또는 25% 비율 분담[3]**	**$90 코페이 또는 15% 비율 분담[3]**
1단계 (제네릭 의약품)	본인 부담 최대액 도달 시까지 처방 건당 비용 전액 본인 부담	**$20**	**$20**	**$20**	**$10**	**$3**	**$19**	**$10**
2단계 (선호 의약품)		의약품 공제액 도달 후 처방당 최대 $500까지 40% 부담	$65[2]	**$55[2]**	**$30[2]**	**$10**	**$60**	**$25**
3단계 (비선호 의약품)			$95[2]	**$95[2]**	**$50[2]**	**$15**	**$90**	**$45**
4단계 (특수 의약품)			처방당 최대 $250까지 20% 부담[2]	**처방당 최대 $250까지 20% 부담[2]**	**처방당 최대 $150까지 15% 부담[2]**	**처방당 최대 $150까지 10% 부담**	**처방당 최대 $250까지 20% 부담**	**처방당 최대 $250까지 10% 부담**
의료 공제액	N/A	개인: $5,800 가족: $11,600	개인: $4,700 가족: $9,400	개인: $4,700 가족: $9,400	개인: $1,100 가족: $2,200	개인: $200 가족: $400	N/A	N/A
의약품 공제액	N/A	개인: $450 가족: $900	개인: $50 가족: $100	개인: $50 가족: $100	개인: $50 가족: $100	N/A	N/A	N/A
연간 최대 본인 부담금	개인: $12,000 가족: $24,000	개인: $11,650 가족: $23,300	개인: $11,650 가족: $23,300	개인: $9,600 가족: $19,200	개인: $4,000 가족: $8,000	개인: $3,000 가족: $6,000	개인: $9,6000 가족: $19,200	개인: $5,500 가족: $11,000

약값은 30일 분량 금액입니다.

디덕터블(공제액) = 보험에서 비용을 지불하기 전에 귀하가 지불해야 하는 금액입니다.

1. 코페이(본인부담금)는 첫 3회 방문까지 모든 서비스 조합(전문의 진료 포함)에 대해 적용됩니다. 3회 방문 이후에는 의료 디덕터블(공제액) 도달 시까지 전액 본인 부담이 됩니다.

2. 해당 가격은 의약품 공제액에 도달한 후에 적용됩니다.

3. 영상 검사 본인 부담금에 대한 자세한 정보는 보험 적용 설명서를 참조하십시오.

Covered California는 캘리포니아 정신건강 평등법 또는 연방 정신건강 및 중독 평등법(MHPAEA) 준수를 위해, 필요 시 특정 서비스의 급여 설계를 사례별로 조정하여 승인할 수 있습니다.

KOR-1026 | D-CCA-XXXXXXXX

COVERED CALIFORNIA

캘리포니아를 더 건강하게

2027 Patient-Centered Benefit Designs and Medical Cost Shares

Benefits in beige are **NOT** subject to a deductible. Benefits in orange are subject to a deductible after the first three visits.

	MINIMUM COVERAGE Covers 0% until out-of-pocket max is met	BRONZE Covers 60% of average annual cost	SILVER Covers 70% of average annual cost[1]	SILVER 73 Covers 73% of average annual cost[1]	SILVER 87 Covers 87% of average annual cost[1]	SILVER 94 Covers 94% of average annual cost[1]	GOLD Covers 80% of average annual cost	PLATINUM Covers 90% of average annual cost
Cost-Sharing Reduction Single-Income Range	N/A	N/A	N/A	**$31,921–$39,900** (>200% to <250% FPL)	**$23,941–$31,920** (>150% to <200% FPL)	**up to $23,940** (>100% to <150% FPL)	N/A	N/A
Free Preventive Care Visit	$0	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Primary Care Visit	Full cost per instance until out-of-pocket maximum is met (after first three non-preventive visits)	**$60**	**$50**	**$50**	**$15**	**$5**	**$40**	**$20**
Urgent Care Visit		**$60**	**$50**	**$50**	**$15**	**$5**	**$40**	**$20**
Specialist Visit	Full cost per service until out-of-pocket maximum is met	**$100[1]**	**$100**	**$100**	**$30**	**$8**	**$80**	**$45**
Emergency Room Facility		40% after deductible is met	**$400**	**$400**	**$200**	**$50**	**$350**	**$225**
Laboratory Tests		**$50**	**$50**	**$50**	**$35**	**$10**	**$40**	**$25**
X-Rays and Diagnostics		40% after deductible is met	**$95**	**$95**	**$50**	**$10**	**$85**	**$35**
Imaging			**$325**	**$325**	**$100**	**$50**	**$125 copay or 25% coinsurance[3]**	**$90 copay or 15% coinsurance[3]**
Tier 1 (Generic Drugs)	Full cost per script until out-of-pocket maximum is met	**$20**	**$20**	**$20**	**$10**	**$3**	**$19**	**$10**
Tier 2 (Preferred Drugs)		40% up to $500 per script after drug deductible is met	$65[2]	**$55[2]**	**$30[2]**	**$10**	**$60**	**$25**
Tier 3 (Non-Preferred Drugs)			$95[2]	**$95[2]**	**$50[2]**	**$15**	**$90**	**$45**
Tier 4 (Specialty Drugs)			20% up to $250[2] per script	**20% up to $250[2] per script**	**15% up to $150[2] per script**	**10% up to $150 per script**	**20% up to $250 per script**	**10% up to $250 per script**
Medical Deductible	N/A	Individual: $5,800 Family: $11,600	Individual: $4,700 Family: $9,400	Individual: $4,700 Family: $9,400	Individual: $1,100 Family: $2,200	Individual: $200 Family: $400	N/A	N/A
Pharmacy Deductible	N/A	Individual: $450 Family: $900	Individual: $50 Family: $100	Individual: $50 Family: $100	Individual: $50 Family: $100	N/A	N/A	N/A
Annual Out-of-Pocket Max	Individual: $12,000 Family: $24,000	Individual: $11,650 Family: $23,300	Individual: $11,650 Family: $23,300	Individual: $9,600 Family: $19,200	Individual: $4,000 Family: $8,000	Individual: $3,000 Family: $6,000	Individual: $9,600 Family: $19,200	Individual: $5,500 Family: $11,000

Drug prices are for a 30-day supply.

Deductible = The amount you pay before the plan pays.

1. Copay is for any combination of services (specialist) for the first three visits. After three visits, future visits will be at full cost until the medical deductible is met.

2. Price is after pharmacy deductible amount is met.

3. See plan Evidence of Coverage for imaging cost share.

Covered California may approve deviations from the benefit plan designs for certain services on a case-by-case basis if necessary to comply with the California Mental Health Parity Act or federal Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA).

ENG-0926 | D-CCA-XXXXXXXX

COVERED CALIFORNIA | For the love of Californians