



**International
Student
Health
Insurance**



GREEN



GREEN

플랜 요약 · 2026-2027

중요 안내

본 요약서는 **GREEN** 플랜의 보험 혜택을 설명합니다. 본 보험은 **Spectrum Life Ltd.**(세인트키츠네비스 소재)가 인수하고, **Redbridge Group LLC**가 관리하며, **DIANins**가 판매합니다. 갱신 불가한 1년 만기 보험이며, 미국 시민권자 또는 거주자를 대상으로 하지 않습니다.

본 보험은 미국 환자보호 및 부담적정보험법(PPACA)이 요구하는 일부 혜택을 제공하지 않으며 그 적용을 받지 않습니다. 내용이 상충할 경우 보장명세서(Schedule of Benefits)가 우선합니다.

가입 대상

본 보험은 정상적으로 가입하고 보험료를 납부한 자격자를 보장합니다. 적격 학생은 등록 기간 중 최소 첫 90일 동안 수업에 출석하거나 비자 요건을 충족해야 합니다.

- Class 1: 본국을 떠나 교육 활동에 참여 중인 유효한 F-1·J-1·M-1 비자 소지자로 만 17세 이상 64세 이하 — 정규 학부생, 대학원생, 교육기관 초청 학자/연구원, 또는 교육·연구 관련 활동 참여 학생.
- Class 2: Class 1 피보험자의 배우자(만 64세 이하).
- Class 3: Class 1 피보험자의 미혼 자녀(만 19세 이하).

가입 불가: 원격/재택 학습 학생, OPT 학생, 미국 시민권자 또는 영주권자.

보험료 — 연간

연령 구간	연간 보험료 (USD)
17 - 24 세	\$687
25 - 29 세	\$909
30 - 45 세	\$1,602

보험료는 가입 시 미화로 보험기간당 일시납으로 납부합니다. 해지 수수료 \$25 가 부과되며, 청구가 접수된 후에는 환불이 적용되지 않습니다.

플랜 요약

미국 의료 네트워크	Aetna
보장 지역	전 세계(본국 제외)
질병·상해당 최대 보장	\$500,000
평생 보장 한도	무제한
공제액(보험기간당)	In-Network: \$500 Out-of-Network: \$750 (피보험자당)
본인부담 상한	In-Network: 1 인 \$7,000 가족 \$14,000 Out-of-Network: 무제한
기왕증 대기기간	학생: 6 개월 가족: 24 개월
학교 보건소	공제액 면제, 100% 상환

코페이(정액 본인부담) (공제액 또는 본인부담 상한에 적용되지 않음)

학교 보건소	방문당 \$15
의사·전문의 진료	방문당 \$30
병원 입원(입원당)	\$250
긴급 진료 센터	방문당 \$30
응급실(입원 시 면제)	방문당 \$250

보장 명세서

아래는 In-Network 기준 보장률입니다. 미국 내 Out-of-Network 의료기관 이용 시 **UCR의 60%**로 감소합니다. 미국 외 지역(M1/M2 비자 소지자 제외)은 UCR의 80%입니다.

입원 치료	
입원실(준개인실 포함) - 병원 코페이 적용	80% 우대 지급액
중환자실·심장치료	80% 우대 지급액
입원 의사·정골의·전문의 진료	80% 우대 지급액
진단검사·병원기타·엑스레이·검사	80% 우대 지급액
입원 전 검사 - 입원 3~5 영업일 이내	80% 우대 지급액
외래 치료	
1차 진료 - 진료 코페이 적용 - 전문과목별 1일 1회	80% 우대 지급액
의사·전문의 진료 - 진료·긴급진료 코페이 적용 - 전문과목별 1일 1회	80% 우대 지급액
진단검사 - 엑스레이·검사, MRI·PET·CT - 진료 외 검사 시 코페이 적용	80% 우대 지급액
물리치료 - 1일 1회	80% 우대 지급액
외래 정신건강 - 진료 코페이 적용	80% 우대 지급액

보장 명세서 (계속)

응급 치료	
응급실 및 의료 서비스 - 입원 시 코페이 면제 - 비응급 응급실 이용 비보장	80% 우대 지급액
지상 구급차(응급·현지)	80% 우대 지급액
응급 치과 - 건강한 자연치아의 우발적 손상	80% 우대 지급액
출산 보장	
분만·산전/산후·임신 합병증 - 가족 배우자: 효력 발생 10 개월 이후 임신 - 네트워크 의료기관 필수, 사전승인·30 일 내 통지	80% 우대 지급액
치료 목적 임신중절	80% 우대 지급액
예방 진료	
예방 진료 및 연간 검진 - 신생아~12 개월: 기간당 9 회 - 아동/성인: 연간 검진 및 예방접종 - In-Network 또는 학교 보건소만 해당 - 공제 미적용, 기간당 최대 \$250 - Out-of-Network 이용 시 비보장	100% 우대 지급액 (보건소 100% UCR)

보장 명세서 (계속)

기타 보장 (입원/외래)	
암 치료·종양	80% 우대 지급액
AIDS / HIV / 성병 및 관련 질환	80% 우대 지급액
내구성 의료기기(DME) - 구매가 한도 내 대여	80% UCR
알코올·약물 남용 - 재활 치료에 한함	80% 우대 지급액
처방약 - 최대 31 일분, 경구 피임약 포함 - Global Reach Rx 네트워크 약국 필수 - 학교 보건소 조제, OON 비보장	Tier 1 \$20 / Tier 2 \$40 / Tier 3 \$70 코페이
비의료 비용 보장	
의료 후송	실제 비용 100%
의료 귀국 이송	왕복 이코노미 항공료
유해 송환	실제 비용 100%

처방약

외래 처방약은 의사의 서면 처방이 필요하며, 청구 대상인 보장 질병·상해 치료용 약제에 한합니다. 코페이는 처방당 Tier 1(제네릭) \$20, Tier 2(브랜드) \$40, Tier 3(비선호) \$70 입니다. Global Reach Rx 네트워크 약국을 반드시 이용해야 하며 처방약은 학교 보건소에서 조제됩니다. Out-of-Network 는 비보장입니다. 리필당 \$3,000 을 초과하는 처방은 사전승인이 필요합니다.

예방 진료

예방 진료는 In-Network 에 한해 100% 우대 지급액(학교 보건소는 100% UCR)으로 보장되며, 공제가 면제되고 기간당 최대 \$250 입니다. 성인 웰니스 검진, 예방접종(A/B 형 간염, HPV, 인플루엔자, MMR, Tdap, 수두, COVID-19 등 — 학교 보건소 또는 Global Reach In-Network 약국에서 접종), 예방 검사(자궁경부·PAP, 40 세 이상 유방촬영, 50 세 이상 PSA), 영유아 검진(신생아~12 개월, 최대 9 회)을 포함합니다.

의료 네트워크 및 사전승인

본 플랜은 미국 내 **Aetna** 우대 의료 네트워크(PPO)를 이용합니다. In-Network 의료기관은 우대 지급액을 전액 지급으로 수락합니다. Out-of-Network 의료기관은 상환액과 청구액의 차액을 추가 청구(balance billing)할 수 있으며, 더 높은 본인부담이 적용됩니다.

다음 서비스는 사전승인이 필요합니다 (미이행 시 보장 비용 30% 감액):

- 모든 입원, 외래 또는 통원 수술
- 모든 암 치료(항암화학요법 및 방사선 포함)
- 리필당 \$3,000 을 초과하는 처방약
- 의료 후송/귀국 이송 및 기타 모든 비의료 비용 보장
- 보험기간당 \$10,000 을 초과할 것으로 예상되는 모든 치료

비긴급 시술은 최소 10 영업일 전, 응급 입원은 48 시간 이내에 Redbridge 사전승인부에 연락하십시오: service@redbridge.cc · 305-709-0561 · 무료전화 1-800-791-4531

주요 면책 조항

다음은 본 플랜에서 제외되거나 제한되는 서비스 및 상태의 일부입니다. 본 내용은 요약이며, 전체 일반 면책 조항은 정책 원문을 참조하십시오.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| × 적용 대기기간 중 기왕증 | × 선택적 낙태(치료 목적 또는 산모 생명이 위험한 경우 제외) |
| × 유방 축소술 | × 비의료적 목적의 미용·선택 수술 |
| × 불임 치료, 피임, 불임시술 | × 성정체성 장애·성별 위화감 치료 |
| × 보장명세서를 초과하는 본국 발생 비용 | × 치과 진료(건강한 자연치아의 우발적 손상 제외) |
| × 시력 관리(검사, 렌즈, 시력교정 수술) | × 실험적·연구적 또는 허가외 서비스 |
| × 장기 이식 및 관련 시술 | × 청력 관리, 비강 수술(보장 상해 제외) |
| × 체중·비만 관련 치료, 수면 검사 | × 여행용 예방접종, 행정 목적의 서비스 |
| × 스포츠·위험 활동, 자동차 사고(보장명세서 명시 제외) | × 전쟁, 테러 및 핵·화학·생물학적 노출 |

주요 용어

우대 지급액(Preferred Allowance)	In-Network 의료기관이 전액 지급으로 수락하는 협정 요율.
UCR	통상·관례·합리적 금액 — 특정 지역에서 동일 서비스에 통상 청구되는 금액.
공제액(Deductible)	플랜이 지급을 시작하기 전 본인 부담 금액(보험기간당 In-Network \$500 / Out-of-Network \$750).
본인부담률(Coinsurance)	공제액 충족 후 보장 서비스에 대한 본인 부담분.
본인부담 상한	In-Network 만 해당: 1인 \$7,000 / 가족 \$14,000. Out-of-Network 는 무제한.
보험 기간	ID 카드에 표시된 효력발생일에 시작하며 365 일을 초과하지 않음. 갱신 불가.
연장 보장	신규 입국 또는 졸업 학생에 대해 최대 60 일 추가 보장(60 일 미만 프로그램은 7 일).

청구 및 문의

청구는 치료일로부터 180 일 이내에 접수해야 합니다. 의료기관이 직접 청구하지 않는 경우, 청구서와 항목별 영수증을 Redbridge 에 제출하십시오. 제출 후 청구 참조번호와 전자 영수증을 이메일로 받게 됩니다.

보험사	Spectrum Life Ltd. — 세인트키츠네비스
관리사	Redbridge Group LLC
청구	claimsmiami@redbridge.cc
고객 서비스	amgroup@redbridge.cc
사전승인	service@redbridge.cc
전화	305-709-0561 · 무료전화 1-800-791-4531

판매: DIANins · 3200 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA · 본 요약서는 참고용이며, 정책 원문 및 보장명세서가 우선합니다.