International
Student
Health
Insurance

DIANins

# BLUE 90

SPECTRUM
LIFE

본 플랜 요약은 Blue 90 국제학생 건강보험 플랜의 주요 보장 내용을 설명합니다. **요약본이며, 정의·급여·한도·면책의 전체 내용은 Policy 및 Schedule of Benefits 에 있으며, 상충 시 원문이 우선합니다.**

### 중요 안내

본 Policy 는 St. Kitts and Nevis 에 소재한 Spectrum Life Ltd.가 발행하며, 미국 시민권자 또는 거주자를 위한 상품이 아닙니다. 갱신 불가한 1 년 만기 상품입니다.

본 보험은 미국 환자보호 및 부담적정보험법("PPACA")이 요구하는 일부 급여의 적용을 받지 않으며 이를 제공하지 않습니다. 본 보험은 St. Kitts and Nevis 법률의 적용을 받고 동 법원의 전속 관할에 따릅니다.

## 가입 자격

피보험자는 유효한 여권을 소지하고 보험료를 기한 내 납부한, 본국(Home Country)을 떠나 미국에 체류하는 비-미국 시민권자입니다. 미국 시민권자 또는 영주권자는 가입할 수 없습니다.

- **Class 1:** 인가된 고등교육기관에 정규 등록한 국제학생(F-1, J-1, M-1 비자), 준학사·학사·석사·박사 과정, 17~45 세.
- **Class 2:** Class 1 피보험자의 배우자.
- **Class 3:** Class 1 피보험자의 부양 자녀.

가입 불가: 원격/재택 학습 학생, OPT 학생, 미국 시민권자·거주자. 부양가족 자격: 배우자 또는 동거 파트너 만 64 세까지, 미혼 부양 자녀 만 19 세까지.

## 보장 기간 및 보험료

가입 학생은 보장 기간의 최초 90 일 이상 실제로 수업에 출석해야 합니다. 보장은 개강 30 일 전보다 일찍 시작할 수 없고 종강 30 일 후보다 늦게 종료할 수 없습니다. 연간 보험료(미화, 일시납), 연령대별:

| 연령대 | 연간 보험료 (Blue 90) |
|---|---|
| 17~24 세 | $1,591 |
| 25~29 세 | $1,963 |
| 30~45 세 | $3,292 |

## 급여 요약 (Schedule of Benefits) — 주요 내용

| 정책 최대 급여 (POLICY MAXIMUM BENEFITS) | |
|---|---|
| 미국 의료 네트워크 | Aetna |
| 보장 지역 | 전 세계 (본국 제외) |
| 질병·상해당 최대 급여 | 무제한 |
| 평생 급여 한도 | 무제한 |
| 보험기간당 개인 공제액(Deductible)<br>– 네트워크 내 제공자<br>– 네트워크 외 제공자<br>– 네트워크 내 공제액은 네트워크 외 공제액에 합산되지 않음 | <br>$100 / 피보험자 (네트워크 내)<br>$500 / 피보험자 (네트워크 외) |

| 정액 본인부담금 (COPAYMENTS) — 공제액·본인부담상한에 적용되지 않음 | |
|---|---|
| 학생 건강센터(SHC) | 방문당 $0 |
| 일반의/전문의 진료 | 방문당 $25 |
| 병원 (입원 건당) | 건당 $0 |

| | |
|---|---|
| **긴급진료센터(Urgent Care)** | **방문당 $50** |
| **응급실 (입원 시 면제)** | **방문당 $150** |

| **본인부담 상한 및 기타 규정** | |
|---|---|
| **피보험자당 본인부담 상한(Out-of-Pocket Max)**<br>– 공제액 및 정액부담금(처방약 포함)은 본인부담 상한에 적용되지 않음 | **네트워크 내 $6,000**<br>**네트워크 외 $12,000** |
| **기왕증(Pre-Existing) 제한** | **학생: 대기기간 없이 보장**<br>**부양가족: 24 개월 대기기간 후 보장** |
| **학생 건강센터(SHC)** | **공제액·정액부담금 면제, 서비스 100% 지급** |

## 본 보험의 보장 내용

아래 정률부담(coinsurance)은 미국 내 네트워크 제공자, 또는 미국 외에서 발생한 적격 비용에 적용됩니다. 미국 내 네트워크 외 제공자 이용 시 UCR 의 70%로 감소합니다. 미국 외(M-1/M-2 비자 소지자 제외) 정률부담은 UCR 의 90%입니다.

| **입원 및 인패이션트 급여** | |
|---|---|
| **준개인실 포함 입원실** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **집중치료/심장치료(ICU/Cardiac)** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **의사·정골의·전문의 입원 진료** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **진단검사, 병원 기타비용, X-ray 및 검사실** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **입원 전 검사**<br>– 입원 3~5 영업일 전 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **입원 재활**<br>– 보험기간당 최대 45 일<br>– 입원 직후 시설 입소 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **외래 급여** | |
|---|---|
| **1 차 진료 방문**<br>– 진료 정액부담금 적용<br>– 전문과목별 1 일 1 회 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **전문의 진료·자문**<br>– 진료/긴급진료 정액부담금 적용<br>– 상해·질병 치료 시 전문과목별 1 일 1 회 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **진단검사**<br>– X-ray·검사실; MRI, PET, CT<br>– 진료 외 검사 시 진료 정액부담금 적용 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **치료적 서비스(Therapeutic)**<br>– 질병·상해당 최대 12 회, 1 일 1 회<br>– 진료 정액부담금 적용 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **수술 급여 (입원/외래)** | |
|---|---|
| **입원·외래·당일 수술** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| | |
|---|---|
| – 집도의 수가; 보조의·마취의<br>– 시설비; 검사; 약제·드레싱<br>– 기타 의료 서비스·소모품 | |
| **재건 수술**<br>– 의학적 필요·비미용적 상태로 기능 회복/개선 목적<br>– 질병·상해·사고일로부터 12 개월 이내 시행 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **응급 급여** | |
|---|---|
| **응급실 및 의료 서비스**<br>– 입원 시 정액부담금 면제<br>– 비응급 응급실 이용 시 네트워크 내 30%·외 20% 정률부담으로 감소 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **구급차 서비스**<br>– 응급 지역 지상 구급차 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **응급 치과**<br>– 보장 중 발생한 건강한 자연치 사고 손상<br>– 치아당 최대 $250; 보험기간당 $1,000 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **완화적 치과 진료**<br>– 갑작스러운 통증<br>– 보험기간당 최대 $600 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **출산 급여** | |
|---|---|
| **정상분만 또는 의학적 필요 제왕절개; 산전·산후 진료 및 임신 합병증**<br>– 발효일로부터 10 개월 이후 임신<br>– 네트워크 내 제공자; 사전승인 대상<br>– 임신 확인 30 일 이내 통보 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **선택적 임신중절**<br>– 보험기간당 최대 $1,500 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **기타 급여 (입원/외래)** | |
|---|---|
| **정신건강**<br>– 외래 – 진료 정액부담금 적용 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **예방 진료 및 정기검진**<br>– 신생아~12 개월: 최대 9 회; 아동·성인 정기검진, 예방접종<br>– 네트워크 내 또는 SHC 만; 공제액 미적용<br>– 네트워크 외 제공자 이용 시 급여 없음 | **100% 우대지급**<br>**SHC 는 100% UCR 지급** |
| **항체가 검사(Titers)**<br>– 폴리오바이러스 면역 상태, B 형간염 표면항체(HBsAb), B 형·A 형 간염, 수두-대상포진 항체, IgG, MMR, Tdap, 풍진 관련 예방접종 면역 검사 | **100% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **결핵(TB) 선별 및 검사**<br>– 예방진료 서비스에서 보장되지 않는 경우의 TB 선별·검사<br>– 학생 건강비(Student Health Fee)로 보장되는 경우 지급 거절<br>– 학생 건강센터에서만 허용 | **100% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| | |
|---|---|
| **대체의학(척추교정·동종요법·침술)**<br>– 보험기간당 최대 $500; 진료 정액부담금 적용 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **암 치료 및 종양학** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **가정 건강관리(Home Health)**<br>– 최소 3 일 입원; 퇴원 후 3 일 이내 개시 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **호스피스 진료**<br>– 입원 최대 45 일; 외래 보험기간당 최대 $5,000 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **AIDS / HIV+ / ARC 및 관련 질환** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **내구성 의료장비(DME)**<br>– 렌탈은 구매가까지 상환 | **90% UCR** |
| **알코올·약물 남용**<br>– 재활 치료만 해당 | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |
| **처방 의약품**<br>– 최대 31 일분; 경구 피임약 포함<br>– Global Reach Rx 네트워크 약국 필수; 네트워크 외 미보장 | **Tier 1: $10 정액부담**<br>**Tier 2: $30 정액부담**<br>**Tier 3: $50 정액부담** |
| **레크리에이션 활동·아마추어 스포츠** | **90% 우대지급(Preferred Allowance)** |

| **비의료 급여 — 의료 최대한도에 합산되지 않음** | |
|---|---|
| **의료 후송(Medical Evacuation)** | **실제 비용의 100%** |
| **의료 송환(Repatriation)** | **왕복 이코노미 항공료 실비** |
| **유해 송환** | **실제 비용의 100%** |

| **상해 사망 및 신체손상 (AD&D)** | |
|---|---|
| **주 피보험자 기준 원금(Principal Sum)** | **$30,000** |
| **손실 인정 기간** | **보장 사고일로부터 90 일** |
| **상해 사망** | **원금의 100%** |
| **양손·양발 상실 또는 양안 시력 완전 상실** | **원금의 100%** |
| **한 손 또는 한 발 상실** | **원금의 50%** |
| **한쪽 눈 시력 상실** | **원금의 50%** |

## 예방 진료

예방 진료에는 질병을 예방하거나 조기에 발견하기 위한 검진·정기검사·상담이 포함됩니다. 성인 웰니스 방문 및 예방 서비스에는 기본 측정·병력 검토 외에 다음이 포함됩니다:

- 예방접종(디프테리아, A·B 형 간염, 대상포진, HPV, 인플루엔자, 홍역, 수막구균, 볼거리, 백일해, 폐렴구균, 풍진, 파상풍, 수두, COVID-19) — 학생 건강센터 또는 Global Reach Rx 네트워크 약국에서 접종.
- 예방 검진(연 1 회): PAP; 유방촬영(40 세 이상); PSA 검사(50 세 이상).
- 영유아 검진(0~12 개월, 정책기간당 최대 9 회).

## 처방 의약품

의사의 서면 처방이 필요한 약을 Global Reach Rx 네트워크 약국에서 조제합니다. 약제는 Tier 1(제네릭), Tier 2(브랜드), Tier 3(비우대 브랜드)로 구분됩니다. 일부 약은 사전승인 대상이며, 1 회 조제 $3,000 초과 시 사전승인이 필요합니다.

- **Tier 1 (제네릭):** 처방당 $10 정액부담
- **Tier 2 (브랜드):** 처방당 $30 정액부담
- **Tier 3 (비우대 브랜드):** 처방당 $50 정액부담

## 제공자 네트워크 및 사전승인

본 플랜은 미국 내 Aetna 우대 제공자 네트워크에 대한 이용을 제공합니다. 네트워크 내 제공자는 우대지급을 전액 지급으로 수용합니다. 네트워크 외 제공자 이용은 비용이 더 크며, 상환은 UCR 로 제한되고 차액은 제공자가 청구할 수 있습니다. 반경 30 마일 내 네트워크 제공자가 없는 경우 네트워크 내로 처리됩니다.

사전승인 필수 항목: 입원; 외래·당일 수술; 모든 암 치료(항암·방사선 포함); 1 회 조제 $3,000 초과 처방; 의료 후송·송환 및 기타 비의료 급여; 보험기간당 $10,000 초과 예상 치료. 비응급 시술은 최소 10 영업일 전, 응급 입원은 48 시간 이내 Redbridge 에 연락하십시오. 사전승인 미이행 시 보장 비용의 30%가 감액됩니다.

## 주요 면책 및 제한

아래는 본 플랜에서 제외되거나 제한되는 서비스의 예시입니다. 요약이며, 전체 면책 목록은 Policy 를 참조하십시오.

- 알코올·약물 남용(Schedule of Benefits 에 명시된 재활 치료 제외).
- 유방 축소; 비의료적 목적의 미용·선택 수술.
- 타 주체가 상환하는 비용(산재보험, 타 보험/정부, 학생 건강비).
- 치과 진료(건강한 자연치의 사고 손상 또는 소아치과 명시 제외).
- 실험적·연구적·오프라벨 서비스.
- 난임·불임 치료 및 피임(IVF, GIFT, ZIFT, 불임수술 및 복원).
- 성 정체성 장애 및 관련 치료.
- 증상·입증된 위험요인 없는 유전자 검사.
- 청각 진료(검사·보청기) — 보장 상해/질병으로 인한 경우 제외.
- Schedule 금액을 초과하는 본국 내 의료비.
- 불법 행위로 인한 상해·질병; 여행용 예방접종.
- 자동차 사고 비용(명시된 예외 있음); 보장 상해 외 비강 수술.
- 비의료/보호 간호(Custodial); 장기이식; 일상적 족부 진료.
- 기왕증(부양가족), 일상적 관리·유지 — 명시된 경우 제외.
- 성기능 장애; 금연; 수면검사; 미용적 피부 질환.
- 위험/극한 스포츠 및 대학·교내·클럽 스포츠.
- 시력 진료(검사·굴절·렌즈·교정수술) — 소아 시력 명시 제외.
- 전쟁·테러; 핵·화학·생물학적 노출.
- 체중 관련 치료 및 비만 수술.
- 가족/동거인이 제공한 서비스; 의료 목적의 미국 방문.

## 주요 용어

**Allowable Charge(인정 비용)** — 보험사가 보장 서비스에 대해 산정하는 합리적·통상적 요금. 미국에서 우대 제공자가 서비스를 제공한 경우 차액 청구가 없습니다.

**Coinsurance(정률부담)** — 공제액 충족 후 피보험자와 보험사가 분담하는 인정비용의 비율.

**Copayment(정액부담금)** — 진료 시 지불하는 정액. 공제액·본인부담 상한에는 적용되지 않습니다.

**Deductible(공제액)** — 급여 개시 전 피보험자가 보험기간마다 부담하는 인정비용; 본인부담 상한에 포함되지 않습니다.

**Home Country(본국)** — 피보험자가 여권을 소지한 국가.

**Medical Emergency(응급)** — 즉시 치료하지 않으면 건강에 심각한 위험이 초래될 것으로 통상인이 예상할, 질병·상해로 인한 급작스러운 사건.

**Out-of-Pocket Maximum(본인부담 상한)** — 공제액 이후 피보험자가 정책연도 동안 부담하는 인정비용 최대액; 이후 보험사가 적격 비용의 100%를 지급.

**Preferred Allowance(우대지급)** — 네트워크 내 제공자가 보장 비용의 전액 지급으로 수용하는 금액.

**UCR (통상·관례·합리적 요금)** — 제공자의 통상 요금 또는 동일 지역 내 유사 서비스의 일반 요금 중 낮은 금액.

## 클레임 및 연락처

클레임은 Redbridge 가 관리하며 치료 후 180 일 이내 제출해야 합니다. 제공자가 보험사에 직접 청구할 수 있으며, 그렇지 않으면 영수증과 함께 클레임 양식을 제출합니다. 상환은 직접입금(미국 은행), 전신송금(해외) 또는 수표로 이루어집니다.

| REDBRIDGE — 플랜 관리자 | |
|---|---|
| 클레임 | claimsmiami@redbridge.cc |
| 고객 서비스 | amgroup@redbridge.cc |
| 사전승인 | service@redbridge.cc |
| 전화 | 305-709-0561 · 무료 1-800-791-4531 |

*본 문서는 DIANins(플랜 마케터)가 작성한 요약이며 Policy 를 수정하지 않습니다. Spectrum Life Ltd.가 발행한 Policy 및 Schedule of Benefits 가 모든 보장을 규율합니다.*
***플랜코드 26BLUE90.***