

주의

본 브로셔의 영문본과 번역본 사이에 차이점이 있는 경우 영문본이 우선합니다.

iStudentCity.com

2009—2010

국제

학생

건강

보험

플랜

본 건강보험 플랜은 해외에서 공부하는 동안 예측하지 못한 의료비용으로부터
국제 학생을 보호하는데 목적을 둔 종합 의료혜택 플랜입니다.

보험인수자

QBE Insurance Corporation

자격

유효한 여권이나 학생 비자(F-1, J-1, 또는 M-1 비자)를 소지하고, 일시적으로 본국 외에 있고 미국 대학이나 대학교에서 상급 교육 활동에 종사하는 동안, 영주권을 받지 못한 국제 학생, 객원 교수, 학자 또는 기타 개인이 본 보험을 가입할 수 있는 자격이 되며, 이들은 필수적으로 보험에 가입해야 합니다. 가입 면제는 자신의 학교가 후원하는 플랜이나 기타 정부나 대사관이 후원하는 플랜의 보험에 든 학생들에게만 허용될 수 있습니다.

(학교가 확인하고 인정) 병으로 인해 중퇴하는 경우를 제외하고, 피보험 학생은 보험적용 발효일로부터 최소한 31일 동안, 또는 보험에 가입한 전체 기간 동안, 그 중 더 짧은 기간 동안 적극적으로 수업에 출석하여야 합니다.

이외에, 미국의 대학이나 대학교에서 '선택적 실습 교육(Optional Practical Training (OPT))'이나 '교육과정 실습 교육(Curriculum Practical Training (CPT))'에 참여하는 학생들도 이 플랜의 보험에 가입자격이 있습니다.

'보험사'는 보험 가입자격 요건 충족을 확인하기 위해 학생의 신분과 출석 기록을 조사할 수 있는 권리를 보유합니다. 언제든지 '보험사'가 보험 가입자격 요건이 충족되지 않았음을 알게 된 경우, 보험사의 유일한 의무는 지급된 보험금을 공제하고 보험료를 환불하는 것입니다.

보험 기간

발효일

자격 요건 충족 시, 보험적용은 다음 중 늦은 날짜의 오전 12:01에 시작됩니다: 1) 학생이 가입신청서에서 요청한 발효일; 또는 2) '관리 대행사'가 보험료 전액과 작성한 신청서를 수령한 날의 바로 다음 날.

학생들은 최소한 3개월 동안 이 보험에 가입하여야 합니다.

'국제 학생'과 '학자'의 경우, 보험적용은 '피보험자'가 본국이나 정기 거주 국가를 떠나 대학이 후원하는 프로그램으로 이동하는 당일에 시작될 수 있는데, 단, 그러한 이동이 보험료가 납부된 현 약관의 시작일로부터 72시간 이내에 이루어지고 본 거주국에서 캠퍼스로 바로 이동하는 경우, 또한 이동이 48시간 이상 걸리지 않을 경우에 한합니다.

종료일

보험적용은 다음 둘 중 하나라도 해당하는 경우 해당일 오전 12:01에 종료됩니다: 1) 보험료를 지급한 마지막 날; 또는 2) 보험 종료일.

더 이상 자격이 없는 학생 및/또는 피부양자에게는 본 보험이 계속 적용되지 않습니다.

저희는 종료 또는 갱신 통지서를 보내드리지 않습니다. 적시에 보험을 갱신하는 것은 피보험자의 책임이며, 피보험자는 보험가입 자격을 계속 갖추어야 합니다. 보험적용을 계속 받기 위하여 보험료를 납부할 때 마다, 자격요건들이 충족되어야 합니다.

환불 방침

보험금은 환불되지 아니하나, 단, '피보험자'가 본국이나 정기 거주국으로 영구히 돌아가는 경우는 예외로 하며, 이 경우 서면 요청시에 한해 만료되지 않은 보험기간의 잔여개월 수에 비례하여 보험금 환불이 이루어집니다.

보험급여금의 지급연장

'피보험자'가 '플랜'에 의거한 보험적용이 종료되기 전에 시작된 증세로 의료비가 발생하거나 '학생 건강 센터'에서 치료를 받는 동안 피보험자의 보험적용이 종료되는 경우, '보험사'는 종료일로부터 90일 동안, 또는 더 빠른 경우라면, 그 증세가 없어질 때까지, 보험을 적용합니다.

‘피보험자’가 보험 종료일에 ‘완전 장애’의 상태인 경우, ‘보험사’는 다음 중 먼저 해당되는 날짜까지 계속해서 장애가 있는 ‘피보험자’에게 보험을 적용합니다: 1) 종료일로부터 12개월; 2) ‘완전 장애’가 사라지는 날; 3) ‘평생 최대한도(Lifetime Aggregate Maximum)’에 도달하는 날; 또는 4) 장애 상태와 직접적인 관계가 있는 비용에 대하여 보험을 적용해주는 대체 보험에 가입한 날.

본 ‘보험급여금 지급연장’ 조항은 ‘피보험자’가 계속되는 보험적용 기간에 본 또는 다른 학생 건강 보험의 적용을 받지 않는 경우에만 적용됩니다. 피보험자 학생의 ‘보험급여금 지급연장’ 기간 동안 새로 생긴 피부양자는 이 조항에 따른 보험급여금을 받을 자격이 없습니다.

‘완전 장애’란 ‘피보험자’가 교육, 훈련 및 경험을 통하여 보통 충분히 처리할 수 있는 업무나 직무를 수행할 능력이 전혀 없음의 의미입니다.

지정된 의료서비스 제공기관

어디에서 또는 어떤 의료서비스 제공자 그룹으로부터 의료서비스를 받을 수 있는지 알아 두시려면 다음 정보를 읽으십시오.

본 플랜은 의사와 병원을 포함한, ‘지정된 의료서비스 제공기관(PPO)’이라고 알려진 의료 전문가 네트워크를 이용할 수 있게 함으로써 최상의 의료서비스를 제공하는데 목적을 둔 몇 가지 비용 감소를 위한 요소들을 보험적용 범위에 편입시켰습니다. 이 PPO는 Beech Street Corporation을 통해 이용할 수 있습니다. 네트워크를 이용하면 네트워크에 속한 의료서비스 제공자가 치료하는 경우 ‘지정된 한도액’의 80%로 발생한 ‘보험적용 비용’에 대해 전국적으로 급여금을 지급합니다. 네트워크에 속하지 않은 의료서비스 제공자가 치료하는 경우에는, ‘합당하고 관례적인 비용(R&C)’의 60%로 발생한 ‘보험적용 비용’에 대해 세계적으로 급여금을 지급합니다.

‘피보험자’가 급성, 심각한 만성 중세, 임신, 출산 또는 말기 질환에 대하여 ‘지정된 의료서비스 제공자’로부터 치료를 받는 중에 ‘의료서비스 제공자’가 PPO와 맺은 계약이 종료되는 경우, ‘피보험자’는 특정 조건하에서 PPO 요율로 ‘의료서비스 제공자’로부터 계속 치료를 받을 수 있는 자격이 있을 수도 있습니다. 자세한 사항을 원하면 보험금 청구 관리업자에게 문의하십시오.

PPO 병원과 의사의 목록을 보시려면, 인터넷 웹사이트 www.beechstreet.com에 접속하거나 1-800-877-1444번으로 전화하십시오.

귀하가 PPO에 속한 병원에서 치료를 받더라도, 이 사실이 그 병원의 모든 의료서비스 제공자가 PPO에 속한 의료서비스 제공자임을 의미하지는 않는다는 점을 유의하십시오. 이외에도, PPO에 속한 의료서비스 제공자가 귀하를 다른 의료서비스 제공자 또는 병원으로 보내 치료를 의뢰하더라도, 이는 귀하의 치료를 의뢰받은 의료서비스 제공자 또는 병원 또한 PPO에 속한 의료서비스 제공자임을 의미하지는 않습니다. 예를 들어, 네트워크에 속한 의료서비스 제공자가 귀하를 검사실로 보내 검사받도록 하는 경우, 그 검사실이 네트워크에 속한 검사실인지 확인 하십시오. 또한, 수술을 받는 경우, 마취과 의사가 네트워크에 속한 의료서비스 제공자인지 확인하십시오, 그렇지 않으면, 귀하는 20%의 본인부담금을 지불하여야 합니다. 이러한 정보는 위에 명시한 네트워크 웹사이트에서 찾아볼 수 있습니다.

입원을 위한 사전 확인

‘보험사’는 가능한 경우 입원전 미리 모든 ‘병원 입원’에 대하여 통보받아야 합니다.

- 비용급 입원에 대한 사전 통지:** 환자, 의사 또는 병원은 예정된 입원에 앞서 최소한 업무일 기준으로 오(5)일 전에 1-877-323-6127번으로 Beech Street Corporation에게 전화 통지해야 합니다
- 응급 입원에 대한 통지:** 환자, 환자의 대리인, 의사 또는 병원은 응급 의료로 인한 입원을 통지하기 위해 입원 후 영업일 기준으로 이(2)일 이내에 1-877-323-6127번으로 Beech Street Corporation에게 전화해야 합니다.

중요: 사전 확인을 한다고 해서 꼭 보험급여금이 지급되지는 않습니다.

보험급여금 명세표

'보험사'는 다음과 같은 한도까지 아래에 명시된 '보험적용 비용'을 지급합니다.

평생 최대혜택:

'상해'나 '질병' 당 \$100,000 또는

'상해'나 '질병' 당 \$250,000

송환 및 의료 이송 급여금이 포함됨

클럽 스포츠 활동 참여로 발생한 '상해'는 연 \$10,000로 제한됩니다.

공제: 매년 \$200

피보험 학생이 승인된 학생 건강 센터를 제일 먼저 이용하고/이용하거나 동 학생 건강 센터가 피보험 학생을 다른 의료 기관으로 보내 치료를 의뢰한 경우, 공제액은 면제됩니다.

'피보험자'는 '보험사'가 급여금을 지급시작 전에 명시된 본인부담액을 지불할 책임이 있습니다.

보험적용 비용은 다음과 같이 제한됩니다:

입원 환자

<p>입원료/ 병원 장비 일일 2인 1실 입원료와 병원에서 제공하는 일반 간호; 병원 장비, 예를 들어, 수술실, 검사, 전문서비스 요금을 포함한 엑스레이 검사, 마취, 약(집에 가져가는 약은 제외)이나 내복약, 치료 서비스와 물품. 중환자실 비용 포함.</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%, 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>일반적인 신생아 보육 병원에 입원해 있는 동안, 출생 직후 제공되는 일반적인 보육</p>	<p>다른 '질병'처럼 지급됨. 자연 분만의 경우 최대 48시간/ 제왕절개 분만의 경우 최대 96시간</p>
<p>물리요법</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>수술 비용, Ingenix, Inc.가 제공하는 데이터에 따라 여러 차례의 수술이 동일한 절개술을 통해 실시되거나 동일한 수술시에 연속으로 실시되는 경우, 최대 지급액은 두 번째 시술의 50%, 모든 후속 시술의 25%를 초과하지 않습니다.</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>보조 수술의</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>마취 의사, 입원 환자 수술과 관련된 전문 서비스</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>공인 간호사, 일인 간호</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>
<p>의사 방문 진료, 일일 1회 방문으로 제한됨. 수술과 관련될 경우에는 적용되지 않습니다</p>	<p>PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%</p>

입원전 검사, 입원에 앞서 영업일 기준으로 3일 내에 검사가 실시되는 경우	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
정신 및 신경 장애 치료, 일일 1회 방문으로 제한됨 중증 정신 질환은 다른 '질병'과 동일하게 지급됩니다	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%. 년당 최대 연속 35일까지.
알코올과 약물	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%. 년당 최대 연속 35일까지
외래 환자	
응급 비용, 응급실 및 물품 사용 치료는 '상해' 당시나 '질병'이 최초로 발생한 지 72시간 내에 제공되어야 합니다.	방문당 \$100의 본인부담(입원인 경우에는 면제)후. PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
수술 비용, 다중 시술이 동일한 절개술을 통해 실시되거나 동일한 수술 시에 연속적으로 실시되는 경우, 지급되는 최대 금액은 두 번째 시술의 50% 및 모든 후속 시술의 25%를 초과하지 않습니다.	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
간단한 수술 잡비, 다음 사항을 비롯하여 병원에서 실시되는 계획된 수술과 관련됨: 수술실, 전문 비용을 포함한 검사실 검사와 엑스레이 검사, 마취, 약이나 내복약과 물품.	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%(‘외래환자 수술시설 비용지수’에 기준한 ‘간단한 수술 잡비’에 대한 R&C 경비)
보조 수술의	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
마취 의사, 외래 환자 수술과 관련된 전문 서비스	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
의사 방문 진료 일일 1회로 제한됨. 수술이나 물리 요법과 관련된 경우에는 적용되지 않습니다. 척추 지압 요법과 침술 요법 포함.	방문당 \$10의 공동부담금 후, PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 방문당 \$20의 공동부담금 후, 비 PPO의 경우 R&C의 60%
물리요법, 주치의가 처방할 경우. 일일 1회의 방문으로 제한됨	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
진단 엑스레이 및 검사실 서비스	방문당 \$25의 공동부담금 후, PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
방사선 요법 및 화학 요법	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%

검사 및 시술, 의사의 방문, 물리요법, 엑스레이, 검사실 시술 이외에 의사가 수행하는 진단 서비스와 의료 시술	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
주사, 의사의 진찰실에서 실시되고 의사의 진단서에 부과된 경우	R&C의 80%
외래 환자용 처방 약품 대금 각 30일분 처방 시 정액부담금 적용	상표 미등록 의약품 정액부담금 10 달러/ 고유상표 등록 의약품 정액부담금 50 달러; 보험당 연간 최대 3,000달러
정신 및 신경 장애 치료, ('처방약'을 포함하여) '정신 및 신경 장애'로 인해 초래되는 모든 관련 경비나 보조 경비 포함 일일 1회 방문으로 제한됨 '중증 정신 질환'은 다른 '질병'과 똑같이 지급됩니다.	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%. 일일 최대 \$75. 계약년 당 최대 30일. 계약년 당 최대 \$5,000까지
알코올과 약물	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%. 계약년 당 최대 \$5,000까지
기타	
구급 서비스	R&C의 90%
내구적인 의료 장비, 보험금 청구서 제출 시 처방전이 청구서에 첨부되어야 합니다.	R&C의 80% 대체 장비는 적용되지 않음
상담 의사 비용, 주치의가 요청하고 승인한 경우	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%
치과 치료, 건강한 자연치에 '상해'를 입었을 때에 필요한 치료	R&C의 80%; 치아 하나 당 최대 \$100까지. 년당 최대 \$1,000까지
가정 의료 서비스	PPO의 경우 지정 한도액의 80%, 비 PPO의 경우 R&C의 60%, 계약연도 당 최대 100회 방문까지
호스피스 비용	PPO의 경우 지정 한도액의 80%, 비 PPO의 경우 R&C의 60%, 평생 최대 \$4,000까지
임신 중절	PPO의 경우 '지정 한도액'의 80%; 비 PPO의 경우 R&C의 60%. 년당 최대 \$500까지
임신/산후 조리, 임신 합병증 포함	다른 '질병'과 동일하게 지급

사고로 인한 사망 및 사지절단

‘피보험자’가 ‘상해’를 입은 지 180일 이내에 그 상해로 인해 아래에 명시된 손실이 발생할 경우, ‘보험사’는 그 손실에 대하여 해당 급여금을 지급합니다.

손실:	학생
생명	\$ 10,000
두 손, 두 발, 또는 양쪽 시력	\$ 10,000
한쪽 손과 한쪽 발	\$ 10,000
한쪽 손이나 한쪽 발과 한쪽 시력	\$ 10,000
한쪽 손이나 한쪽 발이나 한쪽 시력	\$ 5,000

손발 손실은 팔목이나 발목 관절, 또는 그 윗부분을 잃는 것을 의미합니다. 시력 손실은 시력을 회복이 전혀 불가능한 정도로 잃는 것을 의미합니다.

어느 한 가지 ‘사고’로 인한 ‘상해’에 대해서는 앞서 명시한 금액 중 한 가지 금액만 지급됩니다. 지급되는 금액은 해당 금액 중 가장 큰 금액입니다.

응급 의료 이송 비용 보험급여금

이 보험급여금은 ‘본국’을 떠나 외국에서 공부하는 ‘국제 학생’ 및 피보험 학생이 동반하는 피보험 ‘피부양자’에게만 적용됩니다. ‘보험사’는 아래에 명시된 한도에 준하여, ‘피보험자’에게 ‘응급 의료 이송’이 필요한 ‘상해’나 ‘질병’이 발생한 경우, 합당하게 발생한 ‘응급 의료 이송 비용’을 지급합니다. ‘응급 의료 이송 보험급여금’은 ‘보험급여금 명세표’에 명시된 ‘평생 최대혜택’ 금액에 준합니다. 이외에도, ‘보험사’나 ‘보험사’의 공인 대리인은 이 급여금을 지급하기 위하여 사전에 모든 ‘응급 의료 이송’ 비용을 승인해야 합니다. ‘보험사’는, ‘보험사’나 ‘보험사’의 공인 대리인에게 사전에 연락하는 것이 가능하지 않은 경우, 공제액을 포함하여 지급할 급여금을 결정할 권리를 보유합니다.

유해 송환 보험급여금

피보험자가 ‘상해’나 ‘질병’으로 인해 사망하면, ‘보험사’는 아래에 명시된 한도에 준하여 ‘피보험자’의 시신을 ‘피보험자’의 주 거주지로 송환하기 위해 발생하는 ‘유해 송환 비용’을 지급할 것입니다. ‘유해 송환 보험급여금’은 ‘보험급여금 명세표’에 명시된 ‘최대 보험급여금’에 준합니다.

‘보험사’나 ‘보험사’의 공인 대리인은 이 급여금을 지급하기 위하여 실제 송환이 이루어지기 전에 모든 ‘유해 송환’ 비용을 승인해야 합니다. ‘보험사’는 ‘보험사’나 ‘보험사’의 공인 대리인에게 사전에 연락하는 것이 가능하지 않은 경우, 지급할 급여금을 결정할 권리를 보유합니다. ‘보험사’의 모든 결정과 지급은 최종적인 것으로서 이 ‘유해 송환 급여금’ 조항에 의거한 더 이상의 책임은 전혀 없습니다.

주정부가 요구한 보험급여금

캘리포니아 주는 다음 항목에 대한 보험적용을 요구합니다: 1) 당뇨병에 쓰이는 장비, 물품 및 외래환자 자기관리 교육; 2) 페닐케톤뇨증(PKU), 의사가 처방하는 식이 요법의 일환인 소화관 영양 처방과 특수 식품 포함; 3) ‘중증 정신 질환’ 치료; 4) 특정 상황에서의 치과 시술을 위한 마취 및 시설 비용; 5) ‘예방 소아 의료 권고안’에 따른 16세 이하 아동을 위한 예방 가료; 6) 유방촬영술; 7) 전립선, 직장결장 및 자궁경부암 선별과 일반적으로 의학적으로 허용되는 암 선별 검사; 8) 유방암 선별; 9) ‘피보험자’나 의사가 요청하는

2차 소견; 10) 확장성 알파페토프로테인(AFP) 프로그램 참가; 11) 후두절제술에 따르는 발음법을 회복시키기 위한 인공 기구; 12) 골다공증 진단, 치료 및 관리; 13) 암 임상 시험; 14) 에이즈 백신; 15) 특정 상황에서의 재건 수술; 16) 원격 의료 서비스; 17) 처방 피임약이나 피임기구(처방약 급여금이 있는 경우); 18) 'CA 보험 법전 10123.87 (a)조에 규정된 모성 서비스. 더 자세한 사항을 알아보려면 학교 파일에 있는 '보험증서'를 참조하십시오.

메덱스 프로그램

'메덱스 프로그램'에 대한 아래 설명은 학생의 편의를 위해 이 브로셔에 포함되었으며, 여기서 설명하는 '학생 건강 보험 플랜'에서 제공하는 보험적용에는 전혀 영향을 미치지 않습니다.

메덱스 회원 서비스

이 '학생 건강 보험 플랜'에 가입하는 '국제 학생'으로서, 귀하는 '메덱스 프로그램'의 '회원'으로 자동 가입됩니다.

가입자로서, 메덱스는 회원 등록 기간 동안 '회원'이 요구하는 응급 의료 서비스 또는 '회원'이 겪는 사망의 직접적인 결과로서, 국외에서 거주하고/하거나 본국 밖에서 여행하는 '회원'이 합당하게 요구하는 지원 서비스를 제공합니다. 모든 이송, 즉 유해의 안정화 및/또는 송환 이후 주거지로 돌아가는 것은 메덱스 및/또는 그 '지역 의료 고문'의 사전 승인에 의해 조정되며 그에 따릅니다. '지원 서비스'에는 다음과 같은 사항들이 포함됩니다:

전세계 24시간 무료 전화 지원 (또는 수신인 부담 전화)

메덱스는 의료 문제 및 이동 문제에 도움을 제공하기 위해 언제든지 준비되어 있습니다. 1-800-527-0218 또는 1-410-453-6330번으로 전화하십시오.

응급 의료 이송

'회원'이 '사고'에 연루되거나 '응급 의료 서비스'를 요하는 갑작스런 뜻밖의 질병으로 어려움을 겪는 상황에서 적절한 의료 시설을 이용할 수 없는 경우, 메덱스는 적절한 가료를 제공할 수 있다고 판단되는 가장 가까운 시설로 의료 관리를 받으면서 이송하도록 조치합니다.

유해 송환

메덱스는 '회원'의 유해 화장 또는 유해 송환 준비를 하는데 필요한 허가를 취득하도록 돕습니다.

응급 약, 백신 및 혈액 운반

법적으로 허용될 경우, 메덱스는 처방의의 승인을 받아 약, 백신 또는 혈액을 운반하도록 조치합니다. '회원'이 약, 백신 또는 혈액의 비용 및 운송 비용을 부담합니다.

법적 자문 지원

'회원'의 법적 지원 요구 시, 메덱스는 보석 보증서나 기타 법적 문서를 위한 지원제공 뿐만 아니라 그 변호사를 소개합니다. 변호사 비용은 '회원'이 부담합니다.

번역 서비스

'메덱스 다국어 지원 조정관'이 즉각적인 번역 지원을 위해 대기하고 있거나 현지 통역 서비스를 이용할 수 있습니다.

병원 보증금 및 응급시 현금 선지급

'회원'에게서 대금을 받아놓거나 '회원'의 변제 보증을 받으면, 메덱스는 자금을 송금하거나 필요한 응급 입원 보증금을 보증하거나, 또는 '회원'의 자금의 현금 이체를 조치하는 데 도움을 줍니다. 메덱스는 '응급 의료 서비스' 비용의 지급을 책임지지 않습니다.

장애 회원을 돕기 위한 수송

메덱스의 응급 이송 수배 조치 후, '회원'이 혼자 있거나 이송 도착지에서 7일 이상 입원할 경우, 메덱스는 '회원'이 선택하는 한 사람을 이송 도착지로 보낼 수 있습니다.

24시간 전세계 의료 조회

메덱스는 적절한 의료를 구하는 데 있어 24시간 도움을 제공합니다. 의료 조회는 필요한 전문성, '회원'의 위치, 선호하는 언어, 시간 등을 반영하여 맞춤형으로 실시합니다.

치료 평가와 모니터링

메덱스 서비스를 통해 치료하는 의사와 계속 논의하고 가입한 '회원'들을 위한 가료와 치료 계획의 질을 평가하는 '지역 의료 상담자'를 활용할 수 있습니다. 평가와 모니터링은 메덱스에 처음 전화하는 것으로 시작되어 회복 기간 내내 지속됩니다.

이송 후 재활 지원

메덱스는 '회원'들이 이송 후 계속되는 재활 소요를 조정하는데 도움을 줍니다.

가족들에게 응급 메시지 전달

메덱스는 '회원'이나 그 가족들과 다른 관련자들 사이에서 응급 메시지를 수신하여 전달할 수 있습니다.

약과 안경의 대체 조치

메덱스는 '회원'이 잃어버렸거나, 도난당했거나, 잊어버렸거나, 다 써버린 처방약과 안경을 신속하게 대체하는데 도움을 줍니다.

무료 전화 또는 수신자 부담전화는 일년 내내 24시간 동안 메덱스의 고도로 숙련된 다국어 지원 코디네이터에게 즉시 연결됩니다.

전화번호:

1-800-527-0218 또는 1-410-453-6330

프로그램 번호: 995

본국에서 받는 치료

'피보험자'가 본국이나 주 거주국에 있는 동안 보험적용 '상해'나 '질병'에 대하여 치료받은 결과 비용이 발생하는 경우, 본 보험이 없거나 다른 보험 플랜의 보험이 적용되는 비용이 없을 때 '피보험자'가 지급할 필요가 없는 비용을 제외하고, '보험사'는 발생한 보험적용 비용을 지급합니다.

일반 제외 사항

본 보험은 다음 항목에 대한 비용이나 경비에는 적용되지 않습니다:

1. '대학'의 학생 보건 서비스 센터, 양호실 또는 병원 또는 '대학'이 고용한 의료서비스 제공자가 보통 무료로 제공하는 서비스;
2. 예방약, 혈청 또는 백신, 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;
3. 언어 요법 치료;
4. 가정 의료 서비스, 달리 규정된 경우는 제외;
5. 숙련된 간호 시설에서의 관리 및/또는 치료;
6. 장기 이식;
7. 호스피스 서비스;
8. 비처방약이나 내복약;
9. 지속되는 '상해'나 국가의 군대에 복무하는 동안 걸린 '질병.' 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외. 어느 국가의 군대에 입대하면, '보험사'는 '피보험자'에게 불로 소득의 보험료를 안분하여 환불합니다;
10. 대학간 스포츠 및 프로 스포츠 경기나 연습 및 그와 관련된 이동으로 발생하는 '질병,' '상해,' 치료 또는 의학적 상태;
11. 성형 수술. 단, '보험증서'에 의거한 보험이 효력이 있는 동안 발생하는 보험적용 '상해'로 인한 경우는 제외. 이 제외 조항은 당해 서비스가 관련 신체 부위의 외상, 감염, 또는 기타 질환으로 인한 수술에 부수하거나 뒤이어 하는 재건 수술인, 그리고 기능 장애를 초래한 보험적용 피부양 자녀의 선천적 질환이나 기형으로 인한 재건 수술인 성형 수술에도 적용되지 않습니다;
12. 행글라이딩, 스카이다이빙, 글라이더플라잉, 파라세일링, 세일플레이닝, 번지점핑, 레이스링 또는 스피드 경주, 스킨 다이빙, 파라슈팅, 또는 번지 코드 점핑으로 발생하는 '질병,' '사고,' '치료,' 또는 의학적 상태;
13. '산재 보상 제도'나 '직업법'에 따라 급여금이 지급되는 '상해'나 '질병';
14. 치과 치료의 결과로서 발생한 비용. 이 제외 조항은 자연치아의 상해로 인한 치료에는 적용되지 않습니다;
15. 턱관절 기능 장애 및 관련 근육 통증 치료에 든 비용;

16. '피보험자'에게 보험이 종료된 후에 발생한 비용. 단, 해당되는 경우, '보험급여금 지급연장' 조항에 특정적으로 규정되는 경우는 제외;
17. '의료적으로 필요'하지 않거나 지역 내의 의료 시설 기준에 부합되지 않는 의료 서비스. 실험이나 임상시험 치료와 연관된 서비스나 물품도 해당됨(단, 말기 환자에게 '의료적으로 필요'하다고 입증된 경우는 제외);
18. 선전포고의 유무와 관계없이 전쟁, 또는 전쟁의 행위, 또는 국가의 군 복무로 인한 '상해'나 '질병';
19. 중죄, 또는 기소될 경우 중죄로 간주될 범죄를 범했거나 범하고자 함으로 발생한 '상해'나 '질병'의 치료 비용;
20. 폭동에 참여하여 입은 상해;
21. '피보험자'의 가까운 친척이 제공하는 서비스나 물품. 가까운 친척이란 '피보험자'의 배우자, 자녀, 부모, 형제 및 자매를 의미합니다;
22. 약한 발, 접질린 발 또는 평발 진료; 탈구; 티눈; 피부경결; 절개 수술을 제외한 건막류와 같이 단지 편안함이나 외관을 개선하기 위한 발 관리; 손톱 뿌리 제거 및 대사나 말초 혈관 질환 치료에 필요한 서비스를 제외한 통상적인 발톱관리; 발의 불안정성과 불균형의 치료; 그리고 족근통, 종족 통증 치료와 관련하여 발생한 비용. '상해'나 감염이나 질병의 관리와 치료에 든 비용은 제외되지 않습니다;
23. 가족 계획, 출산력 증진, 출산력 검사, 불임 교정, 체외수정, 인공수정, 수태 유도 서비스나 물품과 관련하여 발생한 비용;
24. 불임 시술이나 난관 복원 과정과 관련하여 발생한 비용;
25. 비만 치료, 주로 체중 감소를 위한 운동이나 식이 요법인 관리 포함, 단, 병적 비만의 수술 치료 제외;
26. 성전환 수술, 또는 성전환 수술로 이어지거나 그와 관련된 치료에 든 비용;
27. 결혼, 가족 및 집단 상담;
28. 시력 검사나 처방, 안경, 콘택트렌즈(각막 봉대 사용을 위한 공막 껍질(sclera shells)은 제외), 안글질, 시력 치료, 다면적 검사, 라식스나 기타 시력 시술에 든 비용. 단, 보험적용 '상해'에 기인한 복구에 필요한 경우는 제외;
29. 통상적인 검사와 예방 접종을 포함한 적절한 소아 관리. 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;
30. 통상적인 정기 신체 검사와 통상적인 흉부 엑스레이. 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;
31. 알레르기 검사와 알레르기 치료에 든 비용;
32. 정부 '병원'에서 제공되는 치료. 단, 보험이 없을 때 그러한 경비를 지불할 법적 의무가 없을 경우에 한함;
33. 보험증서에 보험적용 서비스로 명시되지 않은 서비스 또는 물품 비용;
34. '합당하고 관례적인 비용'을 초과하는 비용 금액;
35. 선택 치료나 선택 수술. 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;
36. '의료적으로 필요'하지 않은 서비스;
37. 승객으로 탑승하거나 차나 항공기에 탑승하여 발생하는 '사고.' 단, 정기 항로에서 발표된 정기 운항일정을 유지하는 항공사가 운행하는 항공기 승객으로서 요금 지불한 승객은 제외;
38. 자살, 자살 시도, 또는 고의로 스스로에게 입힌 상해;
39. 다음과 같은 경우에 발생한 비용: 난관 결찰; 정관 절제술; 인공 유방 확대술; 유방 축소; 성전환수술; 성교 불능(유기적, 또는 기타, 비포낭 여드름; 비처방 피임; 급성 화농 굴염의 필수 치료용이 아닌 비중격 만곡증에 대한 점막하 절제 및.또는 기타 수술 교정; 포경수술; 여성유방증; 다모증; 학습 불능이나 장애; 또는 '주의력 결핍 장애';
40. 다음과 같은 경우에 발생한 비용: 국소 여드름 치료; 기태; 비약성 사마귀나 병변; 수태력 투약; 레전드 비타민이나 보조 식품; 흡연 억제제; 예방 접종 제제; 생물학적 혈청; 모발 성장을 증진하거나 촉진하기 위한 약; 실험약; 요양소나 병원에서 조제하는 약; 단, '병원 비용 보험급여금 조항'에 따라 제공되는 경우는 제외;
41. '질병'이나 '상해'가 없을 때 어떤 질환을 위한 검사, 치료, 또는 서비스. 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;
42. 호흡 정지 모니터링 및 수면 연구를 비롯하여 수면 장애 진단과 치료를 위한 서비스나 물품에 든 비용;
43. 환자가 이 '보험'의 적용을 받는 동안 발생하는 '상해'에 기인한 손상을 교정하는 데 필요한 경우를 제외한 경우, 상해를 입은 날로부터 4개월 내에 구입한 보청기와 착용 검사 비용;
44. 니코틴 중독. 단, 특정적으로 규정된 경우는 제외;

기왕증 제한

기왕증은 보험 약관에 의거한 '피보험자'의 보험적용 '발효일' 전 6개월 동안에 '의사'가 의료 조언, 진단, 가료나 치료를 받았거나 권고받았던 '질병,' '상해,' 또는 관련 증세입니다.

'기왕증' 대기 기간은 6개월입니다. '기왕증'은 대기 기간 경과 후에야 보험적용이 됩니다. '기왕증' 대기 기간은 보험이 적용되는 모든 이에게 적용되며 '피보험자'의 '발효일'에 시작됩니다.

'피보험자'가 '기왕증'에 대한 치료나 서비스를 받는 경우: 1) '보험사'는 '피보험자'의 발효일로부터 6개월의 기간이 경과한 날까지 당해 증세에 대한 급여금을 지급하지 아니하며; 2) '보험사'는 당해 6개월의 기간 후에 발생한 손실이나 비용에 대해서만 지급합니다.

이전의 '전용할 수 있는 보험적용(Creditable Coverage)'이 새로운 보험적용의 '발효일' 전 62일을 넘지 않는 날까지 계속되는 경우 '전용할 수 있는 보험적용' 기간은 전용됩니다.

지급은 보험 증서의 규정에 따를 것입니다. '피보험자'의 보험적용이 실효되면, '기왕증' 대기 기간은 다시 충족되어야 합니다.

전용할 수 있는 보험적용

이 용어는 다른 민간 플랜이나 정부 플랜을 보충하는데 목적을 두지 않은 의료, 병원 및 수술 보험적용을 정리하거나 제공하는 미국 내외의 개인 또는 집단 보험, 계약 또는 프로그램을 의미합니다. 이 용어에는 계속되거나 전환되는 보험적용이 포함됩니다.

1. 종업원 집단 건강 플랜;
2. 건강 보험이나 '건강 유지 단체' 보험 부보;
3. 메디케어;
4. 메디케이드;
5. 미국 법전 Title 10, Chapter 55 (CHAMPUS);
6. 인디안 보건 서비스나 부족 단체의 의료 프로그램;
7. 주 건강 혜택 풀;
8. '연방 종업원 건강 혜택 프로그램'에 따라 제공되는 건강 플랜;
9. 연방 규정에 의거하여 규정된 공공 건강 플랜;
10. 평화봉사단법(Peace Corps Act) 5(e)조에 따른 건강 혜택 플랜;
11. 주/연방 법이나 규정에 의거하여 허가된 기타 유사한 보험 부보;
12. 연방 공공 건강 서비스 법(Federal Public Health Services Act) Title XXVII, section 2701, subsection (c)에 의해 규정된 기타 '전용할 수 있는 보험적용' 또는
13. 본 주나 다른 곳에서 제공되는 기타 공공 후원 프로그램이나 의료, 병원 및 수술 가료.

예외

'기왕증' 제외는 아래의 사항에는 적용되지 않습니다:

1. 당해 증세가 보험 적용을 받는 경우, 임신(합병증 포함)

초과 보험적용

자동차 보험을 제외하고, 기타 유효하고 징수할 수 있는 보험에 의해 지급되거나 지급할 수 있는 '상해'나 '질병'으로 발생한 비용에 대해서는 보험에 의거한 급여금이 지급되지 아니합니다.

보험적용 '의료비'에는 보험증서 규정이나 요건을 준수하지 않는데 대하여 '피보험자'에게 부과되는 벌칙으로 인해 일차 보험업자가 부담하지 않는 금액이 제외됩니다.

용어 정의

아래의 중요한 용어 정의가 본 플랜에 적용됩니다:

사고(Accident) '피보험자'가 보험을 적용 받고 있는 동안에 발생하고 다른 원인 없이 '상해'를 직접 초래하는 예기치 못하고, 의도치 않으며, 기대치 않은 특정한 사건을 의미합니다.

보험적용 비용(Covered Charge) 다음과 같은 경우의 치료, 서비스 또는 물품 비용을 의미합니다: 1) '지정 한도액'을 초과하지 않으면서, '네트워크에 속한 의료서비스 제공자'에게 지급; 2) '합당하고 관례적인 비용'을 초과하지 않으면서, '네트워크에 속하지 않은 의료서비스 제공자'에게 지급; 3) 본 보험이 없을 때 청구되었을 비용을 초과하지 않음; 그리고 4) '피보험자'에게 적용되는 보험이 유효한 동안에 발생함.

응급(Emergency) 가능한 가장 가까운 병원에서 즉각적인 치료를 받아야 하는 질병이나 상해를 말합니다. 증세는 즉시 치료를 받지 않으면 다음과 같은 상황이나 통증을 초래할 것으로 예측되는 매우 중증의 (심한 통증 포함) 급성 증상에 의하여 명백히 나타나야 합니다:

1. 환자의 목숨이나 건강에 치명적으로 위협하다;
2. 몸의 기능이 심하게 손상된다; 또는
3. 몸의 장기나 일부분이 심하게 손상된다.

만성적 질병 또는 증세의 재발 증상이 상기 합병증을 초래할 것으로 예측되지 않는 한, 당해 증상은 응급에 포함되지 않습니다.

상해/부상(Injury) 한가지 원인으로 발생한 사고로 인한 신체 손상을 의미합니다. 동일한 원인이나 관련 원인으로 인한 모든 상해는 한 건의 '상해'로 간주됩니다.

의료적으로 필요한 조치(Medically Necessary) 서비스, 약 또는 물품을 제공하는 시점에 미국에서 일반적으로 인정된 의료 기준에 따른 질병 또는 상해의 진단 또는 치료에 필요한 서비스, 약 또는 물품을 말합니다. 서비스, 약, 또는 물품은 아래와 같은 경우에 "필요한"것으로 간주됩니다:

1. 유면허 '의사'가 지시한 경우; 그리고
 2. 지시를 받은 특정 '상해'나 '질병'에 적합한 것으로 일반적으로 그리고 관례적으로 의료 전문가를 통해 인정되는 경우
- 서비스, 약 또는 물품이 임상시험용, 실험용 또는 교육용일 경우에는 '의료적으로 필요한'것으로 간주되지 않습니다.

기왕증(Pre-Existing Condition) 보험 약관에 의거한 '피보험자'의 보험적용 '발효일' 전 6개월 동안에 '의사'가 의료 조언, 진단, 가료나 치료를 권고하거나 제공한 '질병,' '상해,' 또는 관련 증세를 말합니다. 임신 합병증을 포함한 임신은 기왕증으로 간주되지 않습니다.

지정 한도액(Preferred Allowance) '네트워크에 속한 의료서비스 제공자'가 '보험적용 비용'에 대한 전액 대금으로서 수락하는 금액을 의미합니다.

합당하고 관례적인 비용(Reasonable and Customary Expenses (R&C)) 은 중증도와 성격이 동등한 증례를 치료하는 데 요구되는 '의료적으로 필요한' 서비스와 물품을 위해 수행되는 지역 내에서 일반적으로 부과되는 요금과 가격을 의미합니다.

중증 정신병(Severe Mental Illness) 다음과 같은 경우에 해당됩니다.: 1) 정신 분열증; 2) 정신분열정동장애; 3) 쌍극성 장애; 4) 주요 우울 장애; 5) 공황 장애; 6) 강박 장애; 7) 광범위성 발달 장애 또는 자폐성; 8) 신경성 식욕부진증; 9) 신경성 식욕 항진증; 10) a) 주요 약물 사용 장애나 발달 장애 외에, 기대 발달 기준에 따라 아동의 연령에 부적합한 행동을 가져오며 '정신 장애 진단 및 통계 매뉴얼' 최신판에 명시되어 있는 정신 장애를 한 가지 이상 겪고 있고, (b) '복지기관법(Welfare and Institutions Code)' 5600.3조 (a)항 (2) 호의 기준에 부합하는 18세 미만 아동의 '치료.'

병/질병(Sickness) 유일한 '상실' 원인인 질병이나 질환을 의미합니다. 질병에는 일반적인 임신과 '임신 합병증'이 포함됩니다. 동일한 원인이나 관련 원인으로 인한 모든 질병은 한 건의 '질병'으로 간주됩니다.

보험금 청구 절차

1. 치료를 받은 후, 보험사 보험금 청구서를 작성합니다.

- a) 청구서 서식은 Personal Insurance Administrators, Inc.에서 입수하거나 www.renstudent.com에서 다운로드할 수 있습니다.
 - b) 청구서 서식에 (ID 카드에 나와 있는) 보험증서 번호를 반드시 기재하십시오.
 - c) 모든 문항에 답변하고, 청구서를 제출하기 전 청구서에 반드시 서명하십시오.
2. 내복약, 엑스레이, 검사실 비용과 같은 다른 비용이 있을 경우, 이러한 대금 청구서를 반드시 보험금 청구서에 첨부하십시오.
3. 보험금 청구서 및 기타 모든 대금 청구서를 아래의 주소로 Personal Insurance Administrators, Inc.에게 보냅니다. 항목별 대금 청구서를 모두 동일한 보험금 청구서에 첨부하십시오.
- a) 작성된 보험금 청구서 없이 대금 청구서를 보내지 마십시오. 보험금 청구서에 필요한 모든 정보를 기재하여 제출하지 않는 한, 대금 청구서는 고려되지 않습니다.
 - b) 각각의 '상해'나 '질병'에 대해 적절하게 작성한 보험금 청구서를 제출해야 합니다.
4. 모든 보험금 청구서와 대금 청구서는 아래의 주소로 보내야 합니다:

Personal Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 6040
Agoura Hills, CA 91376-6040

5. 보험금 청구서 제출 후 보험금 청구건의 현황에 대해 문의 사항이 있으시면, **1-800-468-4343**번으로 Personal Insurance Administrators, Inc.에게 전화하십시오.

보험금을 지급받기 위한 보험금 청구서는 '상해'나 '질병'이 발생한 후 90일 내에 제출하여야 합니다.

의료적으로 필요한 조치에 기준하여 의로서비스가 부당하게 거부, 변질 또는 지연되었다면, 귀하는 독립적인 의료 심사를 요청할 권리가 있습니다,