

## 2019-2020

# STP - 다이렉트 중등학교 플랜 화이트(Direct Secondary School Plan White)를 위한 국제 학생 사고 및 질병 보험 플랜



### 가입할 자격이 있는 사람은 누구입니까?

학점 이수를 위해 등록된 중등학교에 다니고 학교에 등록하기 위해 보험 플랜에 반드시 가입해야 하는 모든 국제 학생들. 학생은 보험 구입일 직후 최소 첫 31일 동안 적극적으로 수업에 출석 또는 학교에서 후원하는 캠프 또는 프로그램에 적극적으로 출석해야만 합니다. 해당 회사는 보험의 가입자격 요건이 충족되는지 확인하기 위해 학생의 상태 및 출석 기록을 조사할 권리를 유지합니다. 만일 회사가 보험 가입자격 요건이 충족되지 않은 것을 발견하는 경우 그리고 이러한 사항을 발견할 때마다 회사의 유일한 의무는 보험료 환불입니다.

미국 시민은 보장을 받을 자격이 없습니다.

### 보장의 효력 발생일 및 종료일은 언제입니까?

주요 보험은 2019년 7월 1일, 오전 12시 1분에 효력이 발생합니다. 피보험자의 보장은 보험료 납부 기간의 첫째 날 또는 가입서와 보험료 전액이 본사(또는 위임된 대리인)에 수령된 날짜 중 나중에 발생한 날짜에 효력이 발생합니다.

주요 보험은 2020년 9월 30일, 오후 11시 59분에 종료됩니다. 피보험자의 보장은 보험료가 납부된 날짜 또는 보험료 납부 기간의 마지막 날짜 중 먼저 발생한 날짜에 종료됩니다.

### 이용할 수 있는 혜택에 관해 더 많은 정보를 어디에서 얻을 수 있습니까?

가입하기 전에 이 플랜이 적합한지 여부를 판단하기 위해 혜택 증서를 읽으십시오. 혜택 증서는 혜택, 제외 규정, 삭감 또는 제한 및 혜택이 계속 유효한 상태를 유지하는 조건을 포함해 혜택에 관한 세부사항을 알려드립니다. 보험 보장 증서 사본은 해당 학교에서 이용할 수 있습니다.

본 플랜은 유나이티드 헬스그룹 보험사(UnitedHealth Group Company)인 Student Resources(SPC) Ltd.에서 인수하고 Student Travel Protection, Ltd.를 통해 이용 가능한 보험 약관 번호 2019-203251-82번에 따릅니다. 보험은 비갱신 일년 약관 보험입니다.

### 내가 플랜에 관한 질문이 있을 때 누가 답변해줄 수 있습니까?

질문이 있으신 경우 1-888-455-9402번으로 고객 서비스에 전화하거나 [customerservice@uhcsr.com](mailto:customerservice@uhcsr.com)을 방문하십시오.

**유나이티드 헬스그룹 보험사(UnitedHealth Group Company)인  
StudentResources(SPC) Ltd.에서 제공하는 학생 사고 및 질병 보험플랜 주요 내용**

선호 진료 제공자: 본 플랜의 선호 진료 제공자 네트워크는 UnitedHealthcare Options PPO입니다. 선호 진료 제공자는 다음 링크를 이용해 찾을 수 있습니다: [UHC Options PPO](#)

	선호 진료 제공자	네트워크 외 진료 제공자
<b>전체 플랜 최고 한도</b>	\$100,000 (각각의 상해 또는 질병에 대해)	
<b>플랜 회원 부담액</b>	\$0	\$0
<b>공동 부담액</b> <i>모든 혜택에는 플랜 증서에 설명되어 있는 대로 특정 혜택 제한, 최대 및 코페이먼트가 적용됩니다.</i>	보장된 의료비에 대해 선호 허용액 100%	보장된 의료비에 대한 통상 및 관례 요금(Usual and Customary Charges)의 80%
<b>처방약</b> 보험 연도당 최대 \$700	처방전당 \$15 코페이먼트 유나이티드 헬스케어 약국(UnitedHealthcare Pharmacy, UHCP)에서 처방전당 최대 31일 분량 조제	혜택 없음
<b>외래 물리치료 요법</b>	선호 허용액 100%	통상 및 관례 요금(Usual and Customary Charges)의 80%
<b>수술</b> <i>한 번 절개로 수행되는 2건 이상의 수술 또는 동일한 수술 과정에서 바로 연계된 수술의 경우 최대 지급액은 두 번째 수술의 50%를 초과하지 않으며 그 후 모든 수술의 50%를 초과하지 않음.</i>	선호 허용액 100%	통상 및 관례 요금(Usual and Customary Charges)의 80%
<b>다음 서비스 역시 포함됨</b> 이 목록은 모든 서비스를 포함하지 않음. 혜택의 전체 목록 및 개인별 최대 혜택 및 제한에 대해서는 플랜 증서를 참조.	⇨ 의사 방문 ⇨ 학교 간 스포츠 경기 중 부상 ⇨ 당뇨 서비스 ⇨ 알러지 치료 ⇨ 응급 의료 ⇨ 입원 및 외래 정신과 치료 ⇨ 치과 치료 - 건강한 자연치의 손상인 경우만 해당	⇨ 어드름 치료 ⇨ 병실 및 식비 ⇨ 외래 실험실 및 X-레이 ⇨ 긴급 치료비 ⇨ 내구성 있는 의료 장비

**제외 규정 및 제한**

혜택이 지불되지 않는 사항: **a)** 다음으로 인해 야기된, 기여된 또는 결과로 발생한 손실 또는 비용, 또는 **b)** 다음에 대한, 다음의 또는 다음과 관련된 치료, 서비스 또는 용품:

1. 침술
2. 알러지 검사,
3. 니코틴 중독,
4. 보조 외과 의사 수수료,
5. 학습 장애,
6. 바이오피드백,
7. 주사,
8. 포경 수술,
9. 신생아에게 특별히 제공된 경우를 제외한 선천적 질환,
10. 보험에 의해 혜택이 제공되는 질병의 치료 또는 상해의 교정을 위한 재건 시술 및 신생아에 대한 재건 시술을 제외한 성형 수술. 시술의 주된 결과가 변화되거나 개선된 신체적 외모가 아님.
11. 치과 치료, 다음 사항을 제외:
  - 사고로 인한 건강한 자연치의 부상.
12. 선택적 수술 또는 선택적 치료.
13. 선택적 임신중절.

14. 다음 사항을 위한 발 관리:
  - 평발.
  - 발을 위한 지지 장치.
  - 티눈, 굳은 살 및 건막류의 관리, 절제 및 제거를 포함하는 정기적인 발 관리(막창 또는 뼈수술 제외).
15. 청력 검사. 보청기. 달팽이관 임플란트. 청각 결함 및 청각 상실에 대한 다른 치료. “청각 결함”은 질병 진행 과정과 별도로 정상적인 듣기를 저해하거나 저해할 수 있는 귀의 모든 신체적 결함을 의미합니다. 본 제외 규정은 감염 또는 부상의 결과로 인한 청력 손상 또는 청력 상실에는 적용되지 않음.
16. 다모증. 탈모.
17. 예방접종. 보장된 부상의 치료를 위해 요구되는 경우를 제외한 예방 의학 또는 백신.
18. 근로자 연금(Workers' Compensation) 또는 직업성 질병법 또는 법률 또는 유사 제정법에 의거해 지불되는 또는 지불될 수 있는 혜택인 부상 또는 질병.
19. 피보험자의 모국 내에서의 상해 또는 질병.
20. 클레임 지불 및/또는 보장이 적용되는 법에 의해 금지되는 경우의 상해 또는 질병.
21. 다음의 상황 중에 입은 부상:
  - 대학간 대항전 또는 프로 스포츠, 경연 또는 경기 참여.
  - 참가자로서 해당 스포츠, 경연 또는 경기를 위해 가거나 또는 그로부터 돌아오는 이동.
  - 해당 스포츠, 경연 또는 경기에 대한 모든 연습 또는 훈련 프로그램 참여.
22. 지방제거술.
23. 장기 이식
24. 폭동 또는 시민 소요 참여. 중죄를 저지르거나 저지르려는 시도.
25. 6개월의 기간 동안 기존 질병 상태. 기존 질병 상태 예외 기간은 피보험자가 본 보험과 유사한 혜택을 제공했던 이전의 신뢰할 수 있는 보장에 따라 지속적인 보장의 문서를 제공하는 총 개월수에 따라 감소됨.
26. 다음과 같은 처방약, 서비스 또는 용품:
  - 보험에서 구체적으로 명시한 경우를 제외하고, 의도된 사용 목적에 관계 없이, 다음을 포함한 치료 기기 또는 기구: 피하 주사침, 주사기, 지지용 의복 및 다른 비의료 물질.
  - 면역제제. 생물학적 혈청. 외래 기반으로 투여되는 혈액 또는 혈액 제품.
  - “주의-연구용으로 연방 법률에 의해 제한됨” 또는 실험용 약품 라벨이 부착된 약품.
  - 미용 목적으로 사용된 제품.
  - 대머리 치료 또는 치유를 위해 사용된 약품. 보디빌딩을 위해 사용된 동화 스테로이드.
  - 식욕 억제제 - 체중 조절 목적으로 사용된 약품.
  - Parlodel, Pergonal, Clomid, Profasi, Metrodin, Serophene 또는 Viagra와 같은 가임제 또는 성기능 강화제.
  - 성장 호르몬.
  - 명시된 숫자를 초과하거나 처방일로부터 일(1)년 이후 조제된 처방약 리필.
27. 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 임신/불임 서비스:
  - 출산 상담.
  - 유전자 상담 및 유전자 검사.
  - 생식 물질 냉동 보존. 생식 물질 보관.
  - 생식기능 검사.
  - 임신 유도 목적 또는 의도로 제공된 모든 서비스 또는 용품을 포함, 불임 치료(여성 또는 남성).
  - 혼전 검사.
  - 신체 기관 또는 그 반대의 발기부전.
  - 여성 피임 시술.
  - 정관 절제 수술.
  - 성전환 수술.
  - 피임시술 복원 시술.
28. 정기적 안과 관리. 눈 굴절도. 안경. 콘택트렌즈. 안경 또는 콘택트렌즈 처방 또는 피팅. 시력 교정 수술. 시각 결함 및 문제에 대한 치료. 이 제외 규정은 다음과 같은 경우 해당되지 않습니다.
  - 보장된 부상 또는 질병 진행으로 인한 경우.
29. 정기적 신생아 관리 및 육아와 그외 관련된 의사 비용.
30. 예방 진료 서비스. 정기 신체 검사 및 정기 검진. 예방적 검사 또는 치료. 부상 또는 질병이 없는 상태에서 스크리닝 또는 검진.
31. 피보험자가 다니는 기관의 건강 서비스 센터에서 일반적으로 무료로 제공되는 서비스 또는 학생 보건료에 따라 보장되거나 제공되는 서비스.
32. 턱교정 및 하악 후퇴를 포함해 하나 또는 양 턱의 뼈대 이상 보장된 부상 치료 또는 만성 축농증 치료를 제외하고 코 및 부비동 수술.
33. 수면 장애.

34. 보험에서 구체적으로 명시한 경우를 제외하고, 용품들.
35. 외과적 유방 절제, 유방 확대, 인공 유방확대 삽입 또는 인공 유방보조장비 또는 여성형 유방.
36. 피보험자가 다음의 치료에 대해 비용을 부담해야 하는 법적 의무가 없을 때 정부 병원에서 받는 치료.
37. 선전포고를 했거나 또는 선전포고를 하지 않은 전쟁 또는 모든 전쟁 행위, 또는 어떤 국가의 군대에 있는 동안(혜택이 제공되지 않는 해당 기간에 대해 요청 시 비례로 계산한 보험료가 환불됩니다).
38. 체중 관리. 체중 감소. 영양 프로그램. 비만 치료. 과도 피부 또는 지방 제거를 위한 수술.

## 유나이티드 헬스케어 글로벌(UnitedHealthcare Global): 글로벌 응급 서비스(Global Emergency Services)

본 보험 플랜에 가입된 학생인 경우, 귀하는 유나이티드 헬스케어 글로벌 응급 서비스(UnitedHealthcare Global Emergency Services)를 받을 자격이 됩니다. 이 서비스를 받기 위한 요건은 다음과 같습니다.

국제 학생: 본국을 제외한 전 세계 어디에서든 유나이티드 헬스케어 글로벌 서비스를 받을 수 있습니다.

지원 및 후송 혜택은 911 긴급 전화를 통해 지원 요청되는 구급차 등의 지역 응급 서비스를 대체하기 위해 사용되지 않습니다. **모든 서비스는 유나이티드 헬스케어 글로벌에서 조정 및 제공해야 합니다. 유나이티드 헬스케어 글로벌에서 조정하지 않은 서비스는 비용 지불에 관해 고려되지 않을 것입니다.** 상태가 응급상황인 경우, 귀하는 즉시 지체하지 않고 가장 가까운 의사 또는 병원에 가야하며 그 후 24시간 응급 대응 센터에 연락해야 합니다. 유나이티드 헬스케어 글로벌은 그 후 상황이 해결될 때까지 귀하를 지원하고 귀하의 진료를 관찰하기 위해 적절한 행동을 취할 것입니다.

주요 지원 혜택에는 다음이 포함됩니다.

- 응급 후송
- 의사/전문의 파견
- 의료적 필요에 따른 본국 송환
- 안정화 이후 교통편 제공
- 입원한 피보험자를 만나기 위한 교통편
- 미성년자녀의 본국 송환
- 유해의 본국 송환

또한 귀하가 가정 또는 캠퍼스에서 멀리 떨어져 있는 동안의 의료적 필요를 지원하기 위한 추가 지원 서비스도 포함됩니다. 보다 자세한 사항, 설명 및 프로그램 제외 규정 및 제한에 대해서는 귀하의 보험 보장 증서를 확인하십시오.

서비스를 이용하기 위해서는 피보험자의 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 참조하십시오.

유나이티드 헬스케어 글로벌 상담 센터(UnitedHealthcare Global Operations Center)에 전화하실 때 다음의 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오.

- 전화를 건 사람의 이름, 전화번호 및 (가능한 경우) 팩스 번호 및 환자와의 관계,
- 환자의 이름, 연령, 성별 및 귀하의 의료 ID 카드 뒷면에 기재된 유나이티드 헬스케어 글로벌 ID 번호,
- 환자의 상태 설명,
- 해당되는 경우 병원의 이름, 위치 및 전화번호,
- 치료 의사의 이름, 전화번호 및
- 해당 의사와 즉시 연락할 수 있는 곳에 대한 정보.

입원 및 치료비에 관련된 모든 의료비는 검토를 위해 유나이티드 헬스케어 보험사(UnitedHealthcare Insurance Company)로 제출되어야 하며 보험 혜택, 조항, 제한 및 제외 규정이 적용됩니다. 모든 지원 및 후송 혜택 및 관련 서비스는 유나이티드 헬스케어 글로벌에서 마련 및 제공되어야 합니다. **유나이티드 헬스케어 글로벌에서 제공하지 않은 서비스에 대한 환급 클레임은 수용되지 않습니다.** 혜택, 서비스, 제외 규정 및 제한에 대한 전체 설명은 귀하의 보험 보장 증서에서 찾으실 수 있습니다

이 요약 안내책자는 보험증권 번호 #2019-203251-82에 기초하고 있습니다.

주: 여기에 포함된 정보는 Student Resources(SPC) Ltd.에서 발행된 국제 학생 부상 및 질병 플랜에 따라 제공되는 특정 혜택의 요약입니다. 본 문서는 요약이며 관련 보험 약관에 따른 혜택 및 제한/제외 규정의 전체 또는 완전한 설명을 포함하지 않을 수 있습니다.

이 문서는 보험증권 문서가 아니며 이 문서를 받았다고 해서 해당 보험증권의 발행 또는 전달이 이루어지는 것이 아닙니다. 귀하 및 Student Resources(SPC) Ltd.는 귀하가 본 문서는 받는 것과 관련해 어떠한 권리 또는 책임이 없습니다.