Wespath

HealthFlex—2027년 플랜 비교

목차

선택—의료, 약국, 행동 건강 2

건강 계좌 기여금 3

네트워크내 의료 플랜 혜택 비교. 3

네트워크외 의료 플랜 혜택 비교. 6

약국 플랜 혜택 비교 7

선택—치과 8

선택—안과 9

건강 계좌 11

알아야 할 용어/약어

용어	정의
공동 보험료	개인 및/또는 HealthFlex 플랜이 부담하는 의료비 비율
코페이먼트	의료비에 대해 개인이 부담하는 고정 금액
크레딧	보험료 크레딧 - 귀하의 플랜 스폰서가 HealthFlex 보험료에 대해 귀하에게 제공하는 금액
공제	플랜 공동 보험료 개시 전 개인이 부담하는 전액(코페이먼트는 포함되지 않음)
FSA	유동 지출 계좌(2가지 유형 - 의료비용 및 부양가족용)
처방집	이 처방약 리스트를 통해 HealthFlex가 어떤 의약품 및 대체 의약품을 보장하는지 확인할 수 있습니다.
HMO	건강 유지 관리 기관
HRA	건강 상환 계좌
HSA	건강 저축 계좌
본인 부담금 상한액(OOP)	의료, 약국 및 행동 건강 비용 보장을 위해 개인이 부담하는 최대 금액
PPO	선호하는 서비스 제공자
보험료	플랜 가입을 위한 귀하의 월간(또는 연간) 의료 플랜 지급액

메디컬, 의약품, 정신/행동 건강 선택 사항

이 비교를 통해 다양한 플랜의 주요 차이점과 유사점을 살펴볼 수 있습니다. 자세한 내용은 *HealthFlex 혜택 안내 책자*를 참고하세요.

모든 플랜:

- 동일한 서비스 제공자 네트워크(의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자)와 동일한 처방약(Rx) 처방집이 적용됩니다.
- 모든 건강관리 및 예방 서비스는 100% 보장되며 자기부담금은 없습니다.
- 본인 부담금 상한액에는 의료, 정신/행동 건강, 의약품 서비스의 자기부담금, 정액분담료, 공동보험료가 포함됩니다. 치과 및 안과 서비스 비용은 본인 부담금 상한액(OOP) 계산에 포함되지 않습니다.
- 입원, 외래 진료 또는 수술(B1000의 내원 진료 제외)의 경우, 자기부담금을 먼저 지불하면 플랜이 공동 보험료를 지급합니다.

플랜별로 일부 서비스를 보장하는 방식에는 중요한 차이점이 있습니다. 이러한 차이가 플랜 선택에 영향을 줄 수 있습니다.

플랜 특징	네트워크내 HSA 플랜 (H2000, H5000)	네트워크내 HRA 플랜 (C2000)	네트워크내 B1000
자기부담금	**H2000:** 부양가족이 보장되는 경우 가족 전체 자기부담금이 적용됩니다 **H5000:**개인과 가족에 대한 별도의 자기부담금 적용	개인과 가족 별도의 자기부담금 적용	
내원 진료, 응급 처치, 응급실	자기부담금 충족 후, 공동보험료 적용		정액분담료가 적용되며, 자기부담금을 충족할 필요 없음
MDLIVE® 원격 진료 (행동 건강 및 긴급/급성 치료)	플랜 참여자에 대한 비용 없음		
정신/행동 건강 관련 내원 진료	자기부담금 충족 후, 공동보험료 적용	정액분담료 혹은 공동보험료가 적용되며, 자기부담금을 충족할 필요 없음	
처방약(Rx)	예방 목적 의약품 목록에 해당하지 않는 한 자기부담금을 충족해야 하며 이후 공동보험료 적용	정액분담료 혹은 공동보험료가 적용되며, 자기부담금을 충족할 필요 없음	
건강 계좌	HSA[1]를 포함하며, 제한적 의료 서비스용 유동 지출 계좌(FSA)[2]도 가능합니다	HRA를 포함하며, 전체 의료 서비스용 유동 지출 계좌(FSA)도 가능합니다	전체 의료 서비스용 유동 지출 계좌(FSA) 가능

자기부담금, 정액분담료, 연간 본인 부담금 상한액은 가입자가 부담합니다. 기타 모든 "혜택"은 서비스에 대하여 본 플랜(HealthFlex)이 부담하는 금액 또는 퍼센트입니다. 2026년 인센티브 기간 동안 건강 검진을 받지 않은 경우, 본인 부담금은 $250(개인 보장 범위) 또는 $500(가족 보장 범위) 증가합니다. 자세한 내용은 3쪽(각주)의 표준 자기부담금을 참고하세요. 2027년 H5000 플랜 중 보장에 가입된 가구가 2026년에 건강 검진을 완료하지 않은 경우에는 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 상향 조정되므로 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 동일한 금액이 됩니다.

[1] H5000은 초과 보험료 크레딧이 없는 한 플랜 스폰서 HSA 펀딩이 없습니다.

[2] 가입자가 IRS 기준 자기부담금을 충족했음을 HealthEquity에 통지하기 전까지는 치과 및 안과 비용만을 보장하며, 통지 후에는 모든 적격 의료비(2027년 IRS 기준 공제: 개인 보장 범위 $1,750/가족 보장 범위 $3,500)를 보장합니다. 개정된 한도를 살펴보려면 **www.irs.gov**를 참조하세요.

건강 계좌 기여금

HRA 및 HSA 적용 계좌 및 고용주 기여금 *포함.*

건강 계좌 유형 및 고용주 기여금	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
HRA 개인/가족	해당 없음		$500/$1,000	해당 없음
HSA 개인/가족	• $500/$1,000 • 개인 기여금 허용	• $0/$0 • 개인 기여금 허용	개인 기여금 허용되지 않음	

네트워크내 의료 플랜 혜택 비교

플랜 특징	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
최대 평생 혜택	없음	없음	없음	없음
네트워크내 연간 자기부담금[1] (가입자 부담)	• 인당 $2,000 • 가족당 $4,000 1명 이상 혜택 보장시, 개인 자기부담금이 적용되지 않음 자기부담금은 의료, 정신/행동 건강, 의약품에 적용됩니다	• 인당 $5,000 • 가족당 $10,000	• 인당 $2,000 • 가족당 $4,000 자기부담금은 의료, 정신/행동 건강, 의약품에 적용됩니다	• 인당 $1,000 • 가족당 $2,000
네트워크내 공동 보험료 • 플랜 부담 • 가입자 부담	• 자기부담금 충족 후 80% • 자기부담금 충족 후 20%	• 자기부담금 충족 후 100% • 자기부담금 충족 후 0%	• 자기부담금 충족 후 80% • 자기부담금 충족 후 20%	• 자기부담금 충족 후 80% • 자기부담금 충족 후 20%
연간 네트워크내 본인 부담금(OOP) 상한액—의료, 정신/행동 건강, 의약품 총 비용 (가입자 부담)	• 개인 $5,000 • 가족 $10,000 연간 자기부담금, 공동보험료, 정액분담료 포함[2]	• 개인 $5,000 • 가족 $10,000	• 개인 $5,000 • 가족 $10,000	• 개인 $5,000 • 가족 $10,000

[1] **표준 자기부담금:** 가입자와 보장받는 배우자가 2026년에 건강 검진 인센티브 요건을 충족하는 경우의 자기부담금입니다. 건강 검진을 받지 않은 경우, 개인 자기부담금은 $250, 가족은 $500 증가합니다. 2027년 H5000 플랜 중 보장에 가입된 가구가 2026년에 건강 검진을 완료하지 않은 경우에는 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 상향되므로 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 동일한 금액이 됩니다.

[2] 정액분담료는 자기부담금에 계산에 포함되지 않습니다.

네트워크내 의료 플랜 혜택 비교

서비스	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
예방 진료 • 건강한 사람 혜택	플랜에서 100% 부담	플랜에서 100% 부담	플랜에서 100% 부담	플랜에서 100% 부담
주치의(PCP) 진료소 방문 • 내과 • 일반의 • 가정의 • 산과 전문의 • 부인과 전문의 • 소아과 전문의	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	$30의 정액분담료 지불 후 플랜에서 100% 부담
MDLIVE 원격의료 (행동 건강 및 긴급/ 급성 치료)	플랜 참여자에 대한 비용 없음			
행동 건강 진료소 및 원격의료 방문 (MDLIVE를 사용하지 않음) • 정신과 전문의 • 심리학자 • 기타 정신 건강 전문의	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	플랜에서 80% 부담, 자기부담금 충족 필요 없음	$15의 정액분담료 지불 후 플랜에서 100% 부담
	네트워크내 혜택 수준은 서비스 제공자가 네트워크에 없더라도 적용됩니다			
외래환자 치료 • 물리 치료 • 작업 치료 • 언어 치료 • 전문 임상 영양사 방문 • 척추 교정 전문의 방문 척추 교정 치료 보장에는 연간 방문 횟수 제한이 적용됩니다.	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	$30의 정액분담료 지불 후 플랜에서 100% 부담
전문의 진료실 방문	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	$50의 정액분담료 지불 후 플랜에서 100% 부담
외래환자 서비스 • 외래환자 수술 • 병원의 외래환자 진료 및 외래환자 진단 서비스 • 독립 검사실 및 X-레이 촬영실 집중적인 외래환자 및 정신/행동 건강 요양 서비스 포함 집중적인 외래환자 및 행동 건강 요양 서비스 포함	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담
입원환자 병원 치료 (정신/행동 건강 포함) 사전 통지 필요 — 담당 의사 확인 필요	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담

네트워크내 의료 플랜 혜택 비교

서비스	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
응급 치료 *입원한 경우 48시간 이내에 통지 요구됨* 정신/행동 건강 응급 상황 포함 • 의사 진료실 • 병원 응급실 • 외래환자 시설 또는 기타 응급 처치 시설 • 구급차 (플랜에 명시된 실제 응급 상황이어야 함)	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	• PCP 방문당 $30 정액분담료 또는 전문의 내원 진료당 $50 정액분담료, 이후 플랜에서 100% 부담[1] • $200 정액분담료, 이후 플랜에서 100% 부담[1, 2] • $100 정액분담료, 이후 플랜에서 100% 부담 [1, 2] • 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담
임산부 치료/진료비 *사전 통지 요구됨 (의사 확인)* • 산전 관리(초음파 제외) • 초음파 및 관련 적격 진료비(분만, 산후 내원 진료 포함)	• 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	• 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	• 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	• 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담
신생아 정기 치료 신생아실 서비스	플랜에서 80% 부담 (재입원하지 않는 한 자기부담금 적용 없음)	플랜에서 100% 부담 (재입원하지 않는 한 자기부담금 적용 없음)	플랜에서 80% 부담 (재입원하지 않는 한 자기부담금 적용 없음)	플랜에서 80% 부담 (재입원하지 않는 한 자기부담금 적용 없음)
보청기 혜택 • 청력 검사 및 검진 • 보청기	• 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 50% 부담, 24개월마다 최대 $3,000 지급	• 자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 50% 부담, 24개월마다 최대 $3,000 지급	• 자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 50% 부담, 24개월마다 최대 $3,000 지급	• $50 정액분담료, 이후 플랜에서 100% 부담 • 자기부담금 충족 후 플랜에서 50% 부담, 24개월마다 최대 $3,000 지급

[1] 정액분담료는 자기부담금에 계산에 포함되지 않습니다.
[2] 병원 입원시 면제.

네트워크내 의료 플랜 혜택 비교

서비스	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
대체 요법 • 마사지 요법 • 침술 • 인대요법 침술 및 인대 요법 보장 범위에는 연간 방문 횟수 제한이 적용됩니다	자기부담금 충족 후 플랜에서 50% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	플랜에서 50% 부담 자기부담금 적용되지 않음	플랜에서 50% 부담 자기부담금 적용되지 않음
특수 서비스 *사전 통지 요구됨* • 전문 요양 시설 (연간 최대 120일) • 개인간호 • 가정 간호(연간 최대 60회 방문) • 호스피스	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 100% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담	자기부담금 충족 후 플랜에서 80% 부담

네트워크외 의료 플랜 혜택 비교

네트워크외 혜택에 대한 자세한 내용은 HealthFlex 혜택 안내 책자를 참고하세요.

플랜 특징	HSA 포함 H2000	HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	B1000
네트워크외 혜택[1, 2, 3]	**개인/가족** **자기부담금:** • $4,000/$8,000 **본인 부담금 상한액:** • $10,000/ $20,000 정액분담료 (플랜 부담): 60%	**개인/가족** **자기부담금:** • $10,000/ $20,000 **본인 부담금 상한액:** • $10,000/ $20,000 정액분담료 (플랜 부담): 100%	**개인/가족** **자기부담금:** • $4,000/$8,000 **본인 부담금 상한액:** • $10,000/ $20,000 정액분담료 (플랜 부담): 60%	**개인/가족** **자기부담금:** • $2,000/$4,000 **본인 부담금 상한액:** • $10,000/ $20,000 정액분담료 (플랜 부담): 60%

1 **표준 자기부담금:** 가입자와 보장받는 배우자가 2026년에 건강 검진 인센티브 요건을 충족하는 경우의 자기부담금입니다. 건강 검진을 받지 않은 경우, 개인 자기부담금은 $250, 가족은 $500 증가합니다. 2027년 H5000 플랜 중 보장에 가입된 가구가 2026년에 건강 검진을 완료하지 않은 경우에는 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 상향되므로 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 동일한 금액이 됩니다.

2 **네트워크외:** 지급되는 모든 혜택은 합리적이고 관례적인 조항을 따르므로, 상환액은 플랜 내 최대 수당으로 제한됩니다. 개인 가입자는 네트워크외 서비스 제공자가 최대 허용 한도를 초과하여 청구하는 금액을 지불해야 할 책임이 있습니다. 모든 플랜의 정신/행동 건강 진료실 방문은 네트워크내 수준에서 지급됩니다.

3 **네트워크외 혜택:** 관련 법률에 따라, 네트워크내 비용 부담 규정은 특정 응급 서비스, 항공 구급차 서비스, 네트워크내 시설의 네트워크외 서비스 제공자 서비스를 포함한 네트워크외 서비스에 적용될 수 있습니다. 이러한 서비스의 금액은 이 차트에 명시된 금액보다 낮을 수 있습니다.

약국 플랜 혜택 비교

플랜	HSA 포함 H2000		HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000 및 HRA		B1000	
자기부담금	• 개인 $2,000 • 가족 $4,000 의료 및 정신/행동 건강 자기부담금과 결합된 금액[1]		• 개인 $5,000 • 가족 $10,000	없음		없음	
연간 네트워크내 본인 부담금(OOP) 상한액—의료, 정신/행동 건강, 의약품 총 비용	**네트워크내** • 개인 $5,000 • 가족 $10,000		**네트워크내** • 개인 $5,000 • 가족 $10,000	**네트워크내** • 개인 $5,000 • 가족 $10,000		**네트워크내** • 개인 $5,000 • 가족 $10,000	
	H2000		**H5000**	**C2000**		**B1000**	
표시된 금액: **가입자 부담**	아래 금액은 자기부담금 충족 후 반영 **30일**	**90일**		**30일**	**90일**	**30일**	**90일**
정액분담료—복제약	$10[2]	$25[2]	자기부담금 충족 후 가입자 0% 부담; 예방약은 자기부담금 계산에 적용되지 않으며 다른 HealthFlex 플랜과 동일한 정액분담료가 적용됩니다	$10	$25	$10	$25
선호 브랜드명	30%[2]	30%[2]		30%	30%	30%	30%
• 최소	$30[2]	$75[2]		$30	$75	$30	$75
• 최대	$65[2]	$165[2]		$65	$165	$65	$165
비선호 브랜드명	40%[2]	40%[2]		40%	40%	40%	40%
• 최소	$50[2]	$125[2]		$50	$125	$50	$125
• 최대	$120[2]	$300[2]		$120	$300	$120	$300

[1] **표준 자기부담금:** 가입자와 보장받는 배우자가 2026년에 건강 검진 인센티브 요건을 충족하는 경우의 자기부담금입니다. 건강 검진을 받지 않은 경우, 개인 자기부담금은 $250, 가족은 $500 증가합니다. 2027년 H5000 플랜 중 보장에 가입된 가구가 2026년에 건강 검진을 완료하지 않은 경우에는 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 상향되므로 자기부담금 및 개인 부담금 상한액이 동일한 금액이 됩니다.

[2] 정액분담료/공동보험료는 대부분의 의약품에 대해 자기부담금 충족된 후에 적용됩니다. OptumRx 처방약 목록에 있는 의약품에 대해서는 정액분담료를 충족할 필요가 없습니다.

약국 혜택과 관련한 HealthFlex의 2가지 정책이 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액에 영향을 미칩니다.

- **판매시점 상환**: 특정 의약품 제조업체에서는 처방약 구매 금액을 상환합니다. 상환액을 반영하기 위해 구입 시 약품 가격이 조정됩니다.
- **특수 의약품 제조업체 쿠폰**(일반적으로 "정액분담료 카드"): Optum Specialty Pharmacy에서 특수 의약품을 구입할 때 처방약 제조업체가 제공한 쿠폰을 사용하는 경우, 의약품 구입 시 실제로 지불한 본인 금액에 대해서만 자기부담금 및 본인 부담금 상한액에 대한 크레딧을 받게 됩니다. 해당 금액을 지불하지 않았으므로 쿠폰에 명시된 금액에 대한 크레딧은 제공되지 않습니다.

Health Flex에는 안전과 비용 효율성을 극대화하기 위한 다양한 의약품 사용 관리 프로그램이 있습니다. 다음과 같은 프로그램이 있습니다.

- **필수 복제약**: HealthFlex(플랜)는 생물학적 동등성이 있는 복제약만을 보장합니다. 가입자가 생물학적 동등성이 있는 복제약이 존재함에도 브랜드 의약품을 요청하는 경우, 해당 복제약 정액분담료(예: 소매가 $10)에 브랜드 의약품과 복제약 간의 차액을 더한 금액이 가입자에게 청구됩니다.
- **유지 약물 요건**: 가입자는 이 플랜에 따라 소매 약국에서 총 30일 분량의 유지 약물 조제가 3회까지 허용됩니다(최초 1회에 추가 조제 2회). 이후에는 OptumRx Mail-Order Pharmacy 또는 Walgreens Pharmacy에서 90일분의 조제 약물을 받아야 합니다. 소매 약국에서 30일 분량의 약물을 추가로 조제하는 것은 플랜에서 보장하지 않습니다. 이 경우, 가입자는 네트워크내 약국이라 하더라도 추가 조제 비용을 전액 지불합니다.
- **사전 승인 및 단계 치료 프로그램**: 일부 의약품은 특정 의학적 상태 또는 특정 수량과 기간에 한해서만 보장됩니다. OptumRx는 담당 의사와 협의하여 임상 지침에 따라 보장 범위를 결정합니다. 사전 승인에는 수량 제한, 단계 치료, 특정 집단 또는 상태에 대한 보장 제한 등이 포함될 수 있습니다.

본 요약문을 통해 이러한 혜택 플랜의 특징을 살펴볼 수 있습니다. 이 요약문은 설명만을 목적으로 하며 언제든지 변경될 수 있습니다. 혜택 플랜의 제한 조건은 Wespath가 관리하는 플랜 문서, 정책, HealthFlex 혜택 안내 책자(총칭 "문서")에 포함되어 있습니다. 본 요약문의 내용과 문서 조건 간에 상충되는 부분이 있는 경우 문서의 조건이 우선합니다.

선택—치과

이 비교를 통해 HealthFlex에서 제공하는 치과 플랜들 사이의 주요 차이점과 유사점을 살펴볼 수 있습니다. **Passive PPO 2000**, **Dental PPO** , **Dental HMO**. 치과 혜택은 Cigna에서 제공합니다.

자기부담금 및 정액분담료는 귀하가 지불하는 금액입니다. 기타 모든 혜택은 서비스에 대하여 플랜이 부담하는 금액 또는 비율입니다. **Passive PPO 2000 및 Dental PPO는 Cigna's PPO Advantage Network를 이용합니다. Dental HMO는 Cigna Dental Care Access Plus Network를 이용합니다. cigna.com을 방문하여 네트워크내 서비스 제공자를 검색해보세요.**

참고: Dental PPO 및 Passive PPO 2000에만 Cigna Dental Wellness Plus℠의 특징이 포함되어 있습니다. 귀하 또는 귀하의 가족이 동일한 플랜 연도에 예방 진료를 받을 경우, 연간 상한액은 다음 플랜 연도에 아래 명시된 수준이 될 때까지 상향됩니다.

자세한 내용은 HealthFlex 혜택 안내 책자를 참고하세요.

네트워크 혜택	Passive PPO 2000	Dental PPO		Dental HMO
		PPO Advantage Network	네트워크외	
연간 상한액 (I, II, III 등급 비용)	1년차: $2,000	1년차: $2,000	1년차: $1,000	혜택 상한액 없음
	2년차: $2,150[1]	2년차: $2,150[1]	2년차: $1,150[1]	
	3년차: $2,300[2]	3년차: $2,300[2]	3년차: $1,300[2]	
	4년차 이상: $2,450[3]	4년차 이상: $2,450[3]	4년차 이상: $1,450[3]	
연간 자기부담금 • 개인 • 가족	• 인당 $50 • 가족당 $150	• 인당 $50 • 가족당 $150	• 인당 $50 • 가족당 $150	자기부담금 없음

참고:

- "Passive" PPO는 PPO Advantage 네트워크의 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 때 네트워크 외에서도 동일하게 할인 혜택을 받을 수 있습니다.
- 모든 네트워크외 상환 수준은 합리적이고 관례적인 수당의 90번째 백분위수에 근거합니다.

네트워크 혜택	Passive PPO 2000	Dental PPO		Dental HMO (가입자 비용 표시)
		PPO Advantage Network	네트워크외[4]	
I등급— 예방 및 진단 진료 경구 검진, 정기 스케일링, X-레이, 치아홈 메우기	플랜에서 100% 부담 자기부담금 적용되지 않음	플랜에서 100% 부담	플랜에서 100% 부담	정기/종합 경구 검진; 예방: $0 치아홈 메우기: 치아당 $12 정기 스케일링: 처음 2회 무료 추가 스케일링 비용 $45 파노라마 방사선 촬영(3년마다) 또는 교익 촬영: $0
II등급—기본 수복용 충전, 근관 치료, 치주, 구강 수술, 마취, 브릿지/크라운/의치 수리	플랜에서 80% 부담 자기부담금 적용	플랜에서 90% 부담	플랜에서 70% 부담	개별 아말감 충전, 전치부 복합 충전: $0 뒷쪽 복합 충전: $47 – $115 구강 수술: 발치 시 치아당 $12, 매복 치아 제거: 치아당 $46 – $125 마취: 첫 30분에 $190, 이후 15분에 $84 어금니 근관: $335 치주 스케일링/치근 활택술: $42 – $83 (쿼드당)
III등급—주요 수복용 크라운, 의치, 임플란트	플랜에서 50% 부담 자기부담금 적용	플랜에서 60% 부담	플랜에서 50% 부담	크라운: $88 – $150, 소재에 따라 $410 – $460 추가 부분 의치: $525 – $715
IV등급—치아 교정	플랜에서 최대 $2,000까지 50% 부담(19세까지) 평생 최대 상한액 적용	플랜은 최대 $2,000까지 50% 부담(19세까지)	플랜은 최대 $1,000까지 50% 부담(19세까지)	아동 치아 교정: $2,040 성인 치아 교정: $2,376

[1] 플랜 연도 1년차에 예방 서비스를 받는지 여부에 따라 상향됩니다.
[2] 플랜 연도 1년차, 2년차에 예방 서비스를 받는지 여부에 따라 상향됩니다.
[3] 플랜 연도 1년차, 2년차, 3년차에 예방 서비스를 받는지 여부에 따라 상향됩니다.
[4] 네트워크외 서비스 제공자에 대한 혜택은 합리적이고 관례적인 수당의 90번째 백분위수에 근거합니다.

선택—안과

VSP® 안과 혜택

이 비교를 통해 HealthFlex에서 제공하는 안과 플랜들 사이의 주요 차이점과 유사점을 살펴볼 수 있습니다: **Exam Core**, **Full-Service**, **Premier**. 안과 혜택은 VSP를 통해 제공됩니다.

VSP 혜택을 이용하려면, **vsp.com**에 등록하고 혜택 정보를 살펴본 후 적합한 안과 전문의를 찾으세요. 내원 시 VSP가 있다고 말씀하세요. ID 카드는 필요하지 않지만 필요한 경우에는**vsp.com**에서 인쇄할 수 있습니다. 네트워크외 서비스 제공자를 방문하지 않는 한, 청구서를 제출할 필요가 없습니다.

VSP 의료 시설 네트워크: VSP 초이스

혜택	Exam Core	Full-Service	Premier
WellVision Exam *설명* • 눈과 전체적인 건강에 중점을 둡니다 • 12개월마다	$20 정액분담료	$20 정액분담료	$20 정액분담료
처방 안경	보장 범위 없음	$20 정액분담료	$20 정액분담료 (첫 번째 및 두 번째 안경 제작 시 적용)
안경테 세부 사항	보장 범위 없음	• 다양한 안경테 선택에 사용할 수 있는 $160 크레딧 포함 • 크레딧 초과 금액에 20% 할인 적용 • 12개월마다 적용	• 다양한 안경테 선택에 사용할 수 있는 $200 크레딧 포함 • 크레딧 초과 금액에 20% 할인 적용 • 12개월마다 적용
렌즈	보장 범위 없음	• 단일초점 렌즈, 선 이중초점 렌즈, 선 삼중초점 렌즈 포함 • 부양 자녀용 폴리카보네이트 렌즈 포함 • 12개월마다 적용	• 단일초점 렌즈, 선 이중초점 렌즈, 선 삼중초점 렌즈 포함 • 부양 자녀용 폴리카보네이트 렌즈 포함 • 12개월마다 적용
렌즈 기능 향상	보장 범위 없음	• 표준 누진 렌즈: 100% • 기타 렌즈 기능 향상에 대하여 평균 25% – 30% 할인 • 12개월마다 적용	• 반사 방지 코팅: 코페이먼트 $25 지불 이후 전액 보장 • 자외선 보호: 100% • 표준 누진 렌즈: 100% • 기타 렌즈 기능 향상에 대하여 평균 40% 할인 • 12개월마다 적용
콘택트렌즈	보장 범위 없음	*안경 대체품* • 콘택트렌즈 및 콘택트렌즈 검사(피팅 및 평가)를 위한 $160 포함 • 최대 $50 코페이먼트까지 콘택트렌즈 검사 15% 할인 • 12개월마다 적용	*안경 외* • 두 번째 안경 제작 또는 콘택트렌즈 검사 피팅 및 평가를 위한 $200 포함 • 최대 $50 코페이먼트까지 콘택트렌즈 검사 15% 할인 • 12개월마다 적용
추가 보장 범위	해당 없음	당뇨 환자 시력 보호 프로그램: $20	당뇨 환자 시력 보호 프로그램: $20

VSP 안과 혜택

혜택	Exam Core	Full-Service	Premier
네트워크외 보장	보장 범위 없음	• 검사 최대 $45 • 안경테 최대 $70 • 단일초점 렌즈 최대 $30 • 이중초점 렌즈 최대 $50 • 삼중초점 렌즈 최대 $65 • 누진 렌즈 최대 $50 • 콘택트렌즈 최대 $105	• 검사 최대 $45 • 안경테 최대 $70 • 단일초점 렌즈 최대 $30 • 이중초점 렌즈 최대 $50 • 삼중초점 렌즈 최대 $65 • 누진 렌즈 최대 $50 • 콘택트렌즈 최대 $105
추가 할인	• WellVision Exam 이후 12개월 이내에 모든 VSP 공급자가 제공하는 렌즈 기능 향상을 포함하여 모든 처방 안경 및 선글라스 20% 할인 • 콘택트렌즈 검사 (피팅 및 평가) 15% 할인	• 특정 안경테 브랜드 구매 시 추가 $20 할인. 자세한 내용은 **vsp.com/specialoffers**에서 확인하세요 • WellVision Exam 이후 12개월 이내에 모든 VSP 공급자가 제공하는 렌즈 기능 향상을 포함하여 모든 처방 안경 및 선글라스 20% 할인 • WellVision 검사에서 추가로 정기 망막 검사 시 정액분담료 $39 이하 • 계약된 시설에서만 정가의 평균 15% 할인 또는 프로모션 가격의 5% 할인	• 특정 안경테 브랜드 구매 시 추가 $20 할인. 자세한 내용은 **vsp.com/specialoffers**에서 확인하세요 • WellVision Exam 이후 12개월 이내에 모든 VSP 공급자가 제공하는 렌즈 기능 향상을 포함하여 모든 처방 안경 및 선글라스 20% 할인 • WellVision 검사에서 추가로 정기 망막 검사 시 정액분담료 $39 이하 • 계약된 시설에서만 정가의 평균 15% 할인 또는 프로모션 가격의 5% 할인
레이저 시력 교정	계약된 시설에서만 정가의 평균 15% 할인 또는 프로모션 가격의 5% 할인	계약된 시설에서만 정가의 평균 15% 할인 또는 프로모션 가격의 5% 할인	계약된 시설에서만 정가의 평균 15% 할인 또는 프로모션 가격의 5% 할인

참여 소매 체인업체에 대한 보장 범위는 다를 수 있습니다. 귀하의 혜택이 발효되면 **vsp.com**에서 자세한 내용을 확인하세요.

건강 계좌

HSA, HRA, FSA 비교

건강 상환 계좌(HRA), 건강 저축 계좌(HSA), 의료비 유동 지출 계좌(FSA)는 모두 HealthFlex에서 제공합니다. 이 세 가지 유형은 일부 유사한 점도 있지만, 중요한 차이점이 있습니다. 아래에서 자세히 알아보세요.

	HealthFlex HSA	HealthFlex HRA	HealthFlex Health Care FSA
플랜 유형	HSA 포함 H2000, HSA 포함 H5000	HRA 포함 C2000	HSA 포함 H2000, HSA 포함 H5000, HRA 포함 C2000, B1000
자금 조달 방식	• 플랜 스폰서 기여금 불입 가능[1] • HSA 계좌에 개인 기여금 불입 가능(선택 사항) • 추가 보험료 크레딧이 포함될 수 있음(해당되는 경우)	• 플랜 스폰서만 기여금 불입 가능 • HRA 계좌에 개인 기여금 불입 불가 • 추가 보험료 크레딧이 포함될 수 있음(해당되는 경우)	• FSA 계좌에 개인 기여금 불입 가능
수익 / 이자	선택한 계좌 또는 펀드에 따라 과세 이연 투자 수익을 올릴 수 있음	없음	없음
과세 조건[2]	세 가지 세금 혜택: **1.** 가입자의 기여금은 총소득에서 제외되며 연방소득세 적용 대상이 아님 **2.** HSA 소득은 비과세 적용 **3.** 투자 수익을 포함한 HSA 인출금은 적격 비용에 대해 세금 면제	• 플랜 스폰서 기여금은 총소득에서 제외되며 연방소득세의 적용 대상이 아님 • HRA 인출금은 적격 비용에 대해 세금 면제	• 가입자의 기여금은 총소득에서 제외되며 연방소득세의 적용 대상이 아님 • FSA 인출금은 적격 비용에 대해 세금 면제
2026년 연간 자금 한도	총 HSA 기여금에 대한 연간 연방 한도(플랜 스폰서 + 본인 자금). • $4,500(본인) 또는 • $8,950(가족) • 55세 이상의 개인은 연간 $1,000를 추가로 납입할 수 있습니다(본인은 $5,400, 가족은 $9,750)	• 연간 한도 없음 • 플랜 스폰서가 금액 결정	2026년 한도: • 최소 $300—최대 $3,400
자금 가용성	• 플랜 스폰서 기여금[1]은 플랜 연도 초에 예금 시 사용할 수 있습니다. • 가입자 기여금 및 초과 보험료 크레딧의 월 분담금은 매월 초에 사용할 수 있습니다.	• 플랜 연도 초에 사용 가능	• 플랜 연도 초에 사용 가능

[1] H5000은 초과 보험료 크레딧이 없는 한 플랜 스폰서 HSA 펀딩이 없습니다.

[2] 플랜 연도 내에 메디케어 수혜 자격에 근접한 경우, 과세 조건이 추가될 수 있습니다. 메디케어 수혜 가능성이 높은 경우에는 세무사와 상담하시기 바랍니다.

HSA, HRA, FSA 비교

	HealthFlex HSA	HealthFlex HRA	HealthFlex Health Care FSA
적격 경비 /사용	• 주로 세금 부양가족의 적격 의료비에 사용[1] • 비의료비로 사용될 경우, 세금이 부과될 수 있습니다 • 보험료에 대한 사용 제한: 지속 보장, 장기 요양 또는 메디케어 (메디케어 보조 보험 제외)로 제한	• 의료 플랜이 보장하는 적격 의료비에만 사용 가능(보험료 사용 불가, 퇴직 후에는 사용 가능) • 퇴직 후: 보험료(의료, 치과, 안과 및 장기 치료)에 사용 가능 - 가입자 본인만 해당	• 과세 연도 말에 납세자 및 27세 미만 자녀의 적격 의료비에 사용 • 보험료 또는 장기 치료에 사용할 수 없음
증빙 /문서 (클레임 "증빙")	• Wespath 또는 HealthEquity가 요구하지 않더라도, 귀하는 과세 대상 HSA 분배금을 IRS에 신고할 책임이 있습니다.	• 필수[2]	• 필수[2]
연말에 이월	• 미사용 잔액은 매년 이월 • 누적 잔액에 대한 한도 없음	• 미사용 잔액은 *HealthFlex 에 가입되어 있는 기간* 및 퇴직까지 매년 이월 • 누적 잔액에 대한 한도 없음	• 다음 플랜 연도까지 $660의 이월이 허용됩니다. 12월 31 일까지 사용하지 않으면 나머지는 몰수됩니다. (클레임 제기 기한: 다음 해 4월 30일까지)
다른 계좌와의 호환성	• 제한적 사용 FSA 또는 HRA와 병립 가능	• FSA와 병립 가능 • *HSA에 기여금을 납부하는 경우, HRA는 치과 및 안과 비용으로 제한됩니다*[3]	• HRA와 병립 가능. FSA 우선 지급—HRA는 FSA 부금이 소진된 후에만 지급합니다 • *HSA에 기여금을 납부하는 경우, FSA는 치과 및 안과 비용으로 제한됩니다*[3]
은퇴하는 경우	• 미사용 잔액은 *이전이 가능하며,* 고용/임명과 무관하게 *가입자에게 무기한 종속됩니다.*	• 플랜의 퇴직 규정 및 플랜 스폰서의 정책에 따라 퇴직하는 한, 미사용 잔액은 소진될 때까지 유지됩니다.	• 적격 경비는 퇴직 전 HealthFlex 보장 만료일 이후에만 발생할 수 있습니다. • 청구 기한: HealthFlex 탈퇴 후 90일
퇴직하거나 HealthFlex를 해지하는 경우	• 미사용 잔액은 *이전이 가능하며,* 고용/임명과 무관하게 *가입자에게 무기한 종속됩니다.*	• 사용하지 않은 잔액은 종료 또는 해지 후 90일까지 적격 비용으로 사용될 수 있습니다.	• 적격 경비는 HealthFlex 보장 만료일 이후에만 발생할 수 있습니다. • 청구 기한: HealthFlex 탈퇴 후 90일

[1] IRS 간행물 969 및 내국세법 제152조에 정의된 바에 따름

[2] 직불 카드 사용 시 필요하지 않을 수 있음

[3] 가입자가 IRS에서 정의한 공제를 충족했음을 HealthEquity에 통지할 때까지 사용이 제한되며, 이후에는 모든 적격 의료비에 사용할 수 있습니다. (2027년 IRS 기준 공제: 개인 $1,750, 가족 $3,500)

부양가족 FSA: 연간 기여 한도—$7,500(별도로 신청하는 납세자의 경우 $3,750).
기여금은 매월 초에 FSA에 입금되므로 매월 이용할 수 있습니다.

자세한 내용은 **benefitsaccess.org** 웹사이트의 **Benefits Access** 에서 확인할 수 있습니다.

책임의 부인: 본 문서는 HealthFlex 가입자에게 일반 정보 및 교육 서비스를 제공합니다. 본 문서는 법률, 세금 또는 소비자 자문에 해당하지 않습니다. 가입자는 본 문서의 정보에 따라 행동하기 전에 세무사, 변호사 또는 기타 전문가와 상의할 수 있습니다. Wespath는 본 문서의 내용에 따라 취하거나 취하지 않은 조치에 대한 모든 책임을 명시적으로 부인합니다. 가입자는 HealthFlex가 제공하는 추가 문서를 검토하여 플랜 및 HRA 또는 HSA 환급 계좌에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

5258B-K/051826