건강보험 보장 및 의료 용어 해설

- 본 용어 해설은 일반적으로 사용되는 많은 용어들을 수록하고 있으나, 전체 목록은 아닙니다. 이들 용어들과 정의들은 교육적인 의도이며 귀하의 플랜에 있는 용어들 및 정의들과 다를 수 있습니다. 이들 중의 일부 용어들은 귀하의 보험 증권이나 플랜에 사용되었을 때 정확히 같은 의미를 갖지 않을 수도 있으며, 그러한 경우에는 귀하의 보험 증권이나 플랜에 따릅니다. (귀하의 보험 증권 또는 플랜 서류의 복사본을 구하는 방법에 대한 정보는 귀하의 혜택 및 보장의 요약을 참조하시기 바랍니다.)
- **파란색 볼드체** 글자가 본 용어 해설에서 정의되는 용어를 나타냅니다.
- **디덕터블 (가입자 우선 부담금), 코-인슈런스 (공동 보험) 및 아웃 오브 포켓 한도 (연간 가입자 부담금 최대 한도)** 가 실제 삶의 상황에서 어떻게 적용되는지 보여주는 사례는 4 페이지를 참조하십시오.

허용 금액

보장된 건강 관리 서비스에 대한 최대 지불 허용 금액. 이를 "적격 비용 (eligible expense)," "지불 수당 (payment allowance)" 또는 "협정 비율 (negotiated rate)" 이라 부를 수 있습니다. 만약 귀하의 **제공자**가 허용 금액 이상을 청구했다면, 귀하는 차액을 지불해야 합니다. (**잔액 청구** 참조.)

이의

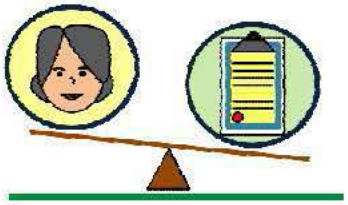
귀하의 건강보험회사 또는 **플랜**에 결정 또는 **불만**을 다시 검토하라는 요청입니다.

잔액 청구

제공자가 제공자의 요금과 **허용 금액** 사이의 차액을 귀하께 청구할 때입니다. 예를 들어, 만약 제공자의 요금이 $100 이고 허용 금액이 $70 이라면, 제공자는 귀하께 나머지 $30 을 청구할 것입니다. **선호 제공자**는 보장 서비스에 대하여 귀하께 잔액을 청구하지 ***않을*** 수도 있습니다.

코-인슈런스 (Co-insurance, 공동 보험, 가입자 분담금)

서비스의 **허용 금액**에 대해 백분율로 (예를 들어, 20%) 계산된, 보장된 건강 관리 서비스에 대한 귀하의 분담 비용. 귀하는 귀하가 지불해야 하는 **디덕터블**에 ***추가로*** 코-인슈런스를 지불합니다. 예를 들어, 또는 **플랜의** 진료실 방문 허용 금액이 $100 이고 귀하가 귀하의 디덕터블을 이미 부담했다면, 귀하의 20%의 코-인슈런스 지불 금액은 $20 가 될 것입니다. 건강보험 또는 플랜이 허용 금액의 나머지를 지불합니다.



(자세한 예시는 4페이지를 참조)

응급 의료 상황

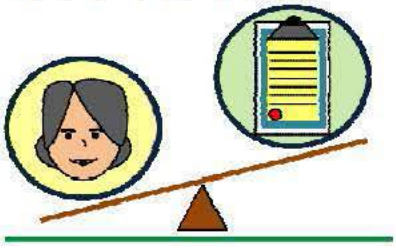
합리적인 사람이 당장 진료를 받아 심각한 해를 피하고자 하는 매우 심각한 질병, 부상, 증상 또는 상태

코-페이먼트 (Co-payment, 가입자 부담금)

보통 귀하가 서비스를 받을 때, 보장된 건강 관리 서비스에 대해 귀하가 지불하는 고정 금액. 보장된 건강 관리 서비스에 따라 금액이 변할 수 있습니다.

디덕터블 (Deductible, 가입자 우선 부담금, 연간 의료 공제액)

귀하의 건강보험이나 플랜이 지불하기 전에 귀하의 **건강보험** 또는 **플랜**이 보장하는 건강 관리 서비스에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액. 예를 들어, 만약 귀하의 디덕터블이 $1000 이라면, 귀하의 플랜은 귀하가 디덕터블의 만약 **건강보험** 대상이 되는 보장된 건강 관리 서비스에 대하여 $1000 의 디덕터블에 도달할 때까지는 그 어떤 것도 지불하지 않을 것입니다. 디덕터블은 모든 서비스에 적용되지 않을 수도 있습니다.



(자세한 예시는 4페이지를 참조)

내구성 의료장비 (Durable Medical Equipment, DME)

매일 또는 장기간 사용을 위하여 건강 관리 **제공자**에 의하여 주문되는 장비 및 물품들. 내구성 의료 장비의 보장 범위는 다음을 포함합니다: 산소 장비, 휠체어, 목발 또는 당뇨용 혈액 검사 스트립

임신의 합병증

산모 또는 태아의 건강에 심각한 해를 끼치지 않도록 예방하는 의료적 치료가 필요한 임신, 진통 및 분만으로 인한 질환들. 입덧 및 비응급 제왕절개는 임신의 합병증이 아닙니다.

응급 의료 이송

응급 의료 상황를 위한 구급차 서비스.

응급실 진료

응급실에서 귀하가 받는 **응급 서비스**.

응급 서비스

응급 의료 상황의 평가 및 상태가 악화되는 것으로부터 상태를 유지하기 위한 치료.

OMB Control Numbers 1545-2229, 1210-0147, and 0938-1146

제외 서비스
귀하의 **건강보험** 또는 **플랜**이 지불하거나 보장하지 않는 건강 관리 서비스.

불만
귀하의 보험회사 또는 **플랜**에 전달하는 불평.

재활 교육 서비스 (Habilitation Services)
사람이 일상 생활에 필요한 기능을 유지, 습득 또는 향상하고 수행할 수 있도록 돕는 건강 관리 서비스. 그 예로는 기대 연령에 걷거나 말하지 못하는 아이를 위한 치료가 포함됩니다. 이들 서비스에는 물리치료, 작업치료, 언어병리학 및 기타 다양한 장애를 가진 입원 및/또는 외래 환자들을 위한 서비스가 포함될 수 있습니다.

건강보험
귀하의 건강보험회사가 **프리미엄**을 받는 대가로 일부 또는 모든 귀하의 건강 관리 비용을 지불하도록 요구하는 계약서.

가정 보건 의료 (Home Health Care)
가정에서 받는 건강 관리 서비스.

호스피스 서비스
병의 말기에 있는 환자들과 그들의 가족들에게 일시적 통증 완화와 보조 치료를 제공하는 서비스.

입원
입원 환자로서 승인과 보통 일박을 필요로 하는 병원 내에서의 치료. 관찰을 위한 일박은 외래 환자 진료가 될 수 있습니다.

병원 외래환자 진료
보통 일박을 필요로 하지 않는 병원 내에서의 치료.

네트워크 내 코-인슈런스 (In-network Co-insurance)
귀하의 **건강보험** 또는 **플랜**과 계약을 맺은 **제공자**에게 보장된 건강 관리 서비스의 **허용 금액**에 대해 귀하가 지불하는 비율 (예를 들어, 20%). 네트워크 내 코-인슈런스는 보통**네트워크 외 코-인슈런스**보다 비용이 더 적게 듭니다.

네트워크 내 코-페이먼트 (In-network Co-payment)
귀하의 **건강보험** 또는 플랜과 계약을 맺은 **제공자들**에게 보장된 건강 관리 서비스에 대하여 귀하가 지불하는 고정 금액 (예를 들어, $15). 네트워크 내 코-페이먼트가 보통 네트워크 외 코-페이먼트보다 비용이 더 적게 듭니다.

의학적으로 필요 (Medically Necessary)
병, 부상, 질환, 질병 또는 그 증상들을 예방, 진단 또는 치료하기 위해 필요한, 용인된 의학의 기준을 충족하는 건강 관리 서비스 또는 물품들.

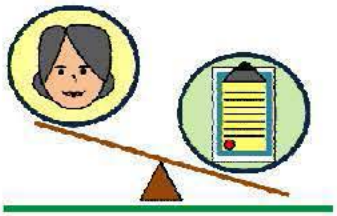
네트워크
건강 관리 서비스를 제공하기 위하여 귀하의 건강보험 또는 **플랜**과 계약을 맺은 시설, **제공자들** 및 공급자들.

비선호 제공자 (Non-Preferred Provider)
귀하께 건강 관리 서비스를 제공하기 위하여 귀하의 건강보험 또는 **플랜**과 계약을 하지 않은 **제공자**. 귀하는 비선호 제공자의 서비스를 받으려면 더 많이 지불할 것입니다. 귀하의 **건강보험** 또는 플랜과 계약을 맺은 모든 제공자들에게 갈 수 있는지 아니면 귀하의 건강보험 또는 플랜이 "단계로 된 (tiered)" **네트워크**를 가지고 있어서 귀하가 일부 제공자들에게 서비스를 받으려면 추가로 지불해야 하는지 귀하의 보험 증권을 확인하시기 바랍니다.

네트워크 외 코-인슈런스 (Out-of-network Co-insurance)
귀하의 **건강보험** 또는 **플랜**과 계약을 맺지 ***않은*** 제공자들에게 보장된 건강 관리 서비스의 **허용 금액**에 대해 귀하가 지불하는 비율 (예를 들어, 40%). 네트워크 외 코-인슈런스는 보통 **네트워크 내 코-인슈런스**보다 비용이 더 많이 듭니다.

네트워크 외 코-페이먼트 (Out-of-network Co-payment)
귀하의 **건강보험** 또는 **플랜**과 계약을 맺지 ***않은*** **제공자들**에게 보장된 건강 관리 서비스에 대해 귀하가 지불하는 고정 금액 (예를 들어, $30). 네트워크 외 코-페이먼트가 보통 **네트워크 내 코-페이먼트**보다 비용이 더 많이 듭니다.

아웃 오브 포켓 한도 (Out-of-Pocket Limit, 연간 가입자 부담금 최대 한도)
귀하의 **건강보험** 또는**플랜**이 **허용 금액**의 100%를 지불하기 전에 보험 증권 기간 (보통 1년) 동안 귀하가 지불하는 최대 액수. 이 한도액은 귀하의 **프리미엄**, **잔액 청구** 금액 또는 귀하의 건강보험이나 플랜이 보장하지 않는 건강 관리를 포함하지 않습니다. 일부 건강보험 또는 플랜들은 귀하의 모든 **코-페이먼트, 디덕터블, 코-인슈런스** 지불액, 네트워크 외 지불액 또는 기타 비용을 이 한도액에 포함시키지 않습니다.



(자세한 예시는 4페이지를 참조)

의사 서비스 (Physician Services)
면허를 소지한 의사 (M.D. -의사 또는 D.O.-정골요법의사) 가 제공 또는 조정하는 건강 관리 서비스.

플랜
귀하의 고용주, 조합 또는 기타 그룹 후원자가 귀하의 건강 관리 서비스를 위해 귀하께 지불하는 혜택.

사전 허가 (Preauthorization)
건강 관리 서비스, 치료 플랜, **처방약** 또는 **내구성 의료 장비**가 **의학적으로 필요**하다는 귀하의 건강보험 또는 **플랜**에 의한 결정. 때때로 사전 인가, 사전 승인 또는 예비 증명 (prior authorization, prior approval, precertification) 이라고도 부릅니다. 귀하의 **건강보험** 또는 플랜은 응급을 제외하고, 특정 서비스에 대해 귀하가 그 서비스를 받기 전에 사전 허가를 요청할 지도 모릅니다. 사전 허가는 귀하의 건강보험 또는 플랜이 비용을 보장할거라는 약속은 아닙니다.

선호 제공자 (Preferred Provider)
귀하께 할인된 가격에 서비스를 제공해주겠다고 귀하의 건강보험회사 또는 플랜과 계약을 맺은 제공자. 귀하께서 모든 선호 제공자들에게 진료를 받을 수 있는지 아니면 귀하의 건강보험 또는 플랜이 "단계로 된 (tiered)" **네트워크**를 가지고 있어서 귀하가 일부 제공자들에게 서비스를 받으려면 추가로 지불해야 하는지 귀하의 보험 증권을 확인하시기 바랍니다. 귀하의 건강보험 또는 플랜에는 또한 "참여하는" 제공자들인 선호 제공자들이 있을 수 있습니다. 참여하는 제공자들 또한 귀하의 건강 보험 또는 플랜과 계약을 맺었으나, 할인율이 크지 않을 수 있기 때문에 귀하께서 더 많은 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

프리미엄 (Premium, 보험료)
귀하의 건강보험 또는 플랜에 반드시 지불되어야 하는 금액. 귀하 및/또는 귀하의 고용주가 보통 월별, 분기별 또는 연간으로 지불합니다.

처방약 보장
처방약 및 의약품의 지불을 지원하는 건강보험 또는 **플랜**.

처방약
법으로 처방이 요구된 약과 의약품.

주치의 (Primary Care Physician)
환자를 위하여 다양한 건강 관리 서비스를 제공하거나 조정하는 의사 (M.D.-의사 또는 D.O.-정골요법의사).

1차 진료 제공자 (Primary Care Provider)
주의 법에 의해 허용함에 따라, 환자가 다양한 건강 관리 서비스를 이용할 수 있게 지원, 제공 및 조정하는 의사 (M.D.-의사 또는 D.O.-정골요법의사), 임상간호사, 임상 전문 간호사 또는 의사보조인력.

제공자 (Provider)
의사 (M.D.-의사 또는 D.O.-정골요법의사), 건강 관리 전문가 또는 법이 요구한 대로 면허를 소지한, 공인된 또는 인가받은 건강 관리 시설.

재건 수술
선천적 결손증, 사고, 부상 또는 의학적 질환으로 인한 신체의 부분을 고치고 향상시키기 위해 필요한 수술 및 추적 치료.

재활 서비스 (Rehabilitation Services)
사람이 아프거나, 다치거나 장애를 입어서 잃거나 손상된 일상 생활에 필요한 기능을 유지하고, 되찾거나 향상시키도록 돕는 건강 관리 서비스. 이들 서비스에는 물리치료, 작업치료, 언어병리학 및 정신과적 재활 서비스와 같은 다양한 입원 및/또는 외래 환자들을 위한 서비스가 포함될 수 있습니다.

전문 간호 케어 (Skilled Nursing Care)
귀하의 가정 또는 요양원에서 면허를 소지한 간호사로부터의 서비스. 전문 간호 서비스는 귀하의 가정 또는 요양원에서 의료기사 및 치료사로부터의 서비스를 말합니다.

전문의 (Specialist)
의학의 특정 분야 또는 특정 환자 그룹의 진단, 관리, 예방 또는 특정 종류의 증상과 질환의 치료에 집중한 전문 의사. 비의사 전문의는 건강 관리의 특정 분야에 더 많은 훈련을 한 제공자입니다.

보통의, 관례적인 및 합리적인 (Usual, Customary and Reasonable, UCR)
지리적 지역에서 제공자들이 그 지역에서 동일하거나 비슷한 의료 서비스에 대해 청구하는 금액에 근거하여 지불하는 금액. UCR 금액은 때때로 **허용 금액**을 결정하는데 사용됩니다.

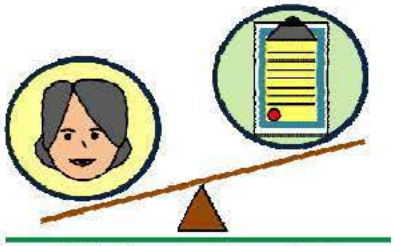
긴급 치료 (Urgent Care)
합리적인 사람이 당장 진료를 받고자 하는 심각한 질병, 부상, 증상 또는 상태를 위한 진료, 그러나 응급실 진료가 필요할 정도로 심각하지는 않음.

귀하와 귀하의 보험회사가 비용을 분담하는 방법 – 사례

제인의 플랜 디덕터블 : $1,500 **코-인슈런스: 20%** **아웃 오브 포켓 한도: $5,000**

1 월 1 일
보장 기간의 시작

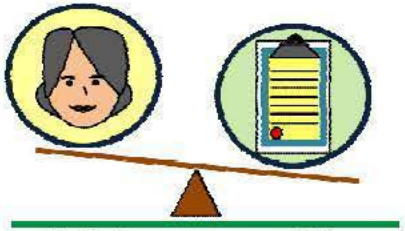
12 월 31 일
보장 기간의 종료



제인이 100%를 지불합니다

그녀의 보험플랜이 0%를 지불합니다

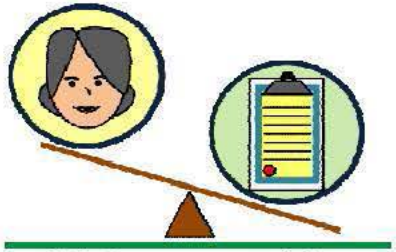
더 많은 비용



제인이 20%를 지불합니다

그녀의 보험플랜이 80%를 지불합니다

더 많은 비용



제인이 0%를 지불합니다

그녀의 보험플랜이 100%를 지불합니다

제인은 아직 그녀의 디덕터블 $1,500 에 도달하지 않았습니다

그녀의 보험플랜은 그 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

진료실 방문 비용:$125
제인의 지불 비용:$125
그녀의 보험플랜의 지불 비용:$0

제인은 그녀의 디덕터블 $1,500 에 도달하였고, 코-인슈런스가 시작됩니다

제인은 몇 번 의사를 찾아 진료를 받았고 총 $1,500 를 지불하였습니다. 그녀의 보험플랜은 그녀의 다음 방문에 대한 일부 비용을 지불합니다.

진료실 방문 비용: $75
제인의 지불 비용: 20% of $75 = $15
그녀의 보험플랜의 지불 비용:
80% of $75 = $60

제인은 그녀의 아웃 오브 포켓 한도 $5,000 에 도달하였습니다

제인은 여러 번 의사를 찾아 진료를 받았고 총 $5,000 를 지불하였습니다. 그녀의 보험플랜은 그 해 남은 기간동안 그녀의 보장된 건강 관리 서비스의 전체 비용을 지불합니다.

진료실 방문 비용:$200
제인의 지불 비용:$0
그녀의 보험플랜의 지불 비용:$200