

의료보장에서부터 진료까지



보다 나은
진료 및
건강한
삶을 향한
로드맵



CMS는 <의료보장에서부터 진료까지> 자료 개발에 있어 지원을 제공해 주신
Korean Community Center of the East Bay에 감사의 뜻을 전합니다.



의료보장을 누리시게 된 것을
축하드립니다. 이제, 더 건강하고 웰빙한
삶을 위한 중요한 첫 단계를 시작하셨습니다.
의료보장은 아플 때에만 중요한 것이
아니라, 아프지 않을 때에도 도움이 됩니다.
이 로드맵은 의료보장이 무엇인지, 그리고
1차 진료 및 예방 서비스를 받기 위해
의료보장을 이용하는 방법에 대한 설명을
제공하여 여러분과 가족이 보다 건강하고
오래 살아갈 수 있도록 도와 드리하고자
합니다.

로드맵 사용 방법:

이 로드맵을 처음부터 끝까지 읽거나, 필요한 내용을 빨리
참조하기 위해 해당 단계로 바로 넘어가시면 됩니다. 로드맵
전체에 걸쳐 유용한 사례가 소개되어 있으며, 마지막 부분에는
흔히 사용되는 건강관리 용어에 대한 정의 및 도움자료가 나와
있습니다.

이제부터 더욱 더 건강한 삶을 추구하세요...

한눈에 보기

건강을 향한 로드맵



1 단계: 건강을 최우선으로 삼기 6
예방 및 의료보장이 왜 중요할까요?



2 단계: 나의 의료보장 이해하기 8
무슨 용어들을 알아야 하나요? 진료를 받으려면 얼마를 부담해야 하나요?



3 단계: 진료를 받을 곳 이해하기 16
아플 때 어디로 가야 하나요? 응급실과 1차 진료의 차이점이 무엇인가요?



4 단계: 의료 제공자 찾기 20
나에게 잘 맞는 의료 제공자를 어떻게 찾나요? 의료 제공자에게 배정되면 어떻게 해야 하나요?



5 단계: 의사방문 약속 잡기 24
방문 약속을 잡을 때, 어떤 정보가 필요하며 어떤 질문을 해야 하나요?



6 단계: 방문 준비하기 26
방문 약속일에 무엇을 가져가야 하나요? 방문 시에 어떤 질문을 해야 하나요?



7 단계: 나에게 적합한 의료 제공자인지 파악하기 30
믿을 수 있고 상호 협력할 수 있는 의료 제공자인가요? 그렇지 않다면, 어떻게 해야 하나요?



8 단계: 방문 이후에 취해야 할 단계들 32
집에 돌아가서 어떻게 해야 하나요? 건강을 어떻게 유지해야 하나요?

도움자원: 용어 정의 및 링크 36



여기서부터 시작하세요

건강을 최우선으로 삼기

- 건강 유지는 나와 내 가족에게 중요합니다.
- 가정과 일터, 커뮤니티에서 건강한 라이프스타일을 유지하세요.
- 받아야 할 건강 검진을 놓치지 말고, 만성 질환을 관리하세요.
- 나의 건강 정보 자료를 한곳에 보관하세요.



나의 의료보장 이해하기

- 가입한 보험 플랜이나 해당 주의 메디케이드 또는 CHIP 프로그램을 확인하여 어떤 의료 서비스가 보장되는지 알아보세요.
- 보장에 따르는 비용을 잘 알아두세요 (보험료, 코페이먼트, 본인부담금, 코인슈어런스).
- 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 간의 차이점을 파악하세요.



진료를 받을 곳 이해하기

- 생명을 위협하는 상황인 경우, 응급실을 이용하세요.
- 응급 상황이 아닌 경우에는 1차 진료를 받는 것이 좋습니다.
- 1차 진료와 응급 진료 간의 차이점을 파악하세요.



의료 제공자 찾기

- 믿을 만한 사람들에게 묻거나 인터넷 검색을 하세요.
- 가입한 플랜의 의료 제공자 명단을 확인하세요.
- 어떤 의료 제공자에게 배정된 상황에서 다른 의료 제공자로 변경하고자 할 경우, 해당 플랜에 연락하세요.
- 메디케이드 또는 CHIP에 등록된 경우, 거주하시는 주의 메디케이드 또는 CHIP 프로그램에 연락하여 도움을 받으세요.

자세한 정보는 go.cms.gov/c2c 에서 확인하세요.

5



의사방문 약속 잡기

- 본인이 신규환자인지, 아니면 기존에 방문한 적이 있는지를 밝히세요.
- 가입한 보험 플랜의 이름을 알려 주고, 그 보험을 받는지 물어보세요.
- 방문하고자 하는 의료 제공자의 이름을 말하고, 방문 이유를 설명하세요.
- 방문 가능한 요일 또는 시간을 문의하세요.

6



방문 준비하기

- 보험 카드를 소지하세요.
- 가족의 병력을 파악하고, 본인이 복용 중인 약의 명단을 작성하세요.
- 질문 목록 및 논의할 사항을 작성하여 지참하고, 방문 시에는 의료 제공자가 설명하는 내용을 필기하세요.
- 누군가의 도움이 필요한 경우, 함께 방문하세요.

아니요



의료 제공자를 변경하고자 할 경우, 4단계로 돌아가세요.

7



나에게 적합한 의료 제공자인지 파악하기

- 방문한 의료 제공자와의 관계가 편안했나요?
- 의료 제공자와 제대로 의사소통을 하고 설명을 잘 이해할 수 있었나요?
- 본인과 의료 제공자가 함께 올바른 의사결정을 내릴 수 있다고 느꼈나요?
- 기억하세요: 다른 의료 제공자로 변경해도 괜찮습니다!

예



8



방문 이후에 취해야 할 단계들

- 의료 제공자의 지시를 따르세요.
- 처방전에 따라 약을 구입하고, 지시에 따라 약을 복용하세요.
- 후속 방문을 해야 할 경우, 방문 일정을 정하세요.
- 보장 혜택 내용을 검토하고, 의료비를 납부하세요.
- 질문이 있으면 의료 제공자, 건강 플랜, 또는 해당 주의 메디케이드나 CHIP 기관에 문의하세요.



1 건강을 최우선으로 삼기.

건강을 항상 유지하면 내 가족 및 친구들과 앞으로 더 오랜 시간 동안 함께 할 수 있습니다. 아플 때, 그리고 건강할 때, 의료보장을 잘 이용하면 오래도록 건강한 삶을 누릴 수 있습니다. 물론 의료보장도 중요하지만 건강한 라이프스타일을 대체할 수 있는 것은 없습니다.

자신의 건강과 웰빙을 최우선으로 삼을 수 있는 방법을 알려드립니다:

- 신체 활동, 건강한 식생활, 휴식, 수면에 충분한 시간을 할애하세요.
- 자신에게 적합한 예방 의료 서비스를 받으세요.
- 건강에 있어 적극적인 자세를 취하세요.
- 건강 유지법에 대해 배우고 건강 지식을 가족 및 친구들과 나누세요.

의료 제공자란 무엇입니까?

이 책자에 전체에서 사용되는 "의료 제공자"라는 용어는 건강 관리 전문가를 의미합니다. 의료 제공자는 의사, 간호사, 행동 건강 전문가, 또는 그 외에 여러분이 방문하는 건강 관리 전문가가 될 수 있습니다. **1차 진료 제공자**는 여러분이 가장 자주 방문하는 의료 제공자로, 환자에 대해 파악하게 되고 이들이 스스로의 건강을 오랜 기간에 걸쳐 관리하는 데 도움을 제공합니다.





예방 건강 관리가 왜 중요할까요?

예방 의료 서비스에는 질환, 질병 및 기타 건강 상 문제를 예방하거나, 치료 효과가 가장 좋은 초기에 질환을 발견하는 데 이용되는 스크리닝, 정기 검진, 환자 카운셀링 등이 포함됩니다. 권고된 예방 의료 서비스를 받고 건강한 라이프스타일을 택하는 것이야말로 건강과 웰빙으로 가는 지름길입니다.

환자가 건강 상 필요로 하는 사항에 대해 알고 있고, 신뢰하며 상호 협력할 수 있는 의료 제공자가 있다면 다음과 같은 효과를 누릴 수 있습니다:

- 자신에게 적합한 예방 의료 서비스를 받을 수 있음
- 건강한 라이프스타일을 선택할 수 있음
- 정신적, 감정적 건강 상태를 개선할 수 있음
- 건강 및 웰빙 목표에 도달할 수 있음

나의 건강 정보 자료를 한곳에 보관하세요.

이 책자를 활용하여 자신의 의료보장 정보, 의료 제공자 및 건강 상태를 관리하세요. 이 정보를 항상 최신 상태로 유지하는 것이 중요하며, 응급 상황에 대비하여 평소에도 복사본을 소지하는 것이 좋습니다. 단, 개인 정보를 안전하게 보관하여 신원을 보호해야 함을 기억하세요!

의료비용에 대한 도움말

매년 정기 방문 또는 독감 예방접종, 비만검진 및 상담, 우울증 검사 등 권고된 일부 예방 의료 서비스를 무료로 받을 수 있는 경우가 있습니다. 그러므로 나에게 적합한 의료 제공자와 상담하고, 이 책자 뒤에 나오는 <개인 건강 체크리스트>를 사용하여 검사 결과를 꾸준히 관리하세요.



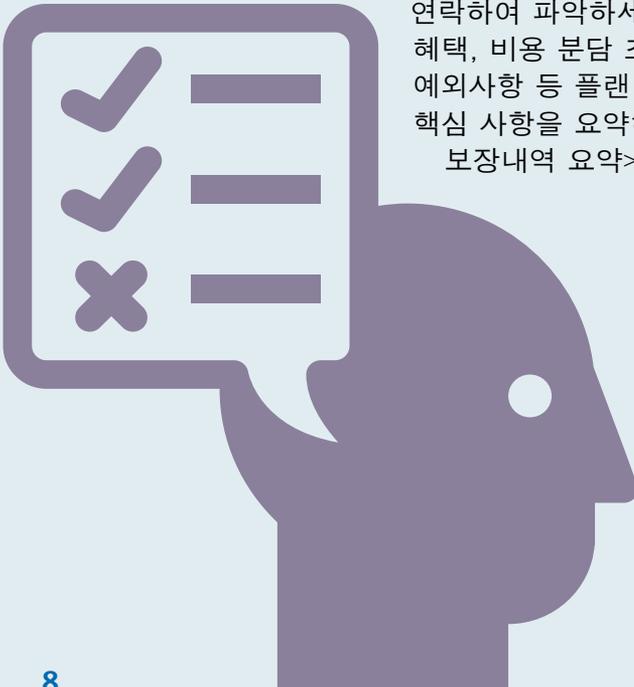


2 나의 의료보장 이해하기.

의료보장은 아플 때 이용한 의료 제공자 서비스, 약, 병원 진료 및 특별한 의료장비에 대한 비용을 부담해 줍니다. 또한 아프지 않은 경우에도 마찬가지로 중요합니다. 대부분의 의료보장에는 아동 및 성인을 대상으로 한 예방접종, 여성 및 노년층의 연간검진, 비만검진, 전 연령층을 위한 상담 및 많은 기타 서비스가 무료로 포함됩니다. 의료보장에 가입된 경우, 보험료를 매월 납부하여 해당 보장을 유지하세요.

방문하는 의료 제공자별로 이용 가능한 보험 플랜 및 여러분이 납부해야 할 비용 규모에 차이가 있을 수 있습니다. 메디케이드 및 CHIP 프로그램 또한 주별로 차이가 납니다. 가입한 플랜이 어떤 의료 서비스 및 의료 제공자 비용을 부담해 주는지, 그리고 매 방문 비용 또는 약 구입비용이 얼마나 드는지를 보험회사 또는

주 메디케이드 및 CHIP 프로그램에 연락하여 파악하세요. 그리고 보장되는 혜택, 비용 분담 조항, 보장 한도 및 예외사항 등 플랜 또는 의료보장의 핵심 사항을 요약해 놓은 <혜택 및 보장내역 요약> 문서를 요청하세요.



다음은 앞으로 접하시게 될 건강보험 핵심 용어에 대한 설명입니다. 다른 핵심 용어들은 이 책자의 뒷부분에 설명되어 있습니다.

- **네트워크 (Network)**란 여러분의 건강보험사가 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺은 시설, 의료 제공자 및 공급자입니다.
- 보험회사에 연락하여 어느 의료 제공자가 “네트워크 소속” 인지 확인하세요. 이들 의료 제공자는 “우선 제공자” 또는 “참여 제공자”라고 불리기도 합니다.
- 의료 제공자가 “네트워크 비소속”인 경우에는 방문 비용이 더 많이 들 수 있습니다.
- 네트워크는 변경될 수 있습니다. 의료 방문 일정을 잡을 때마다 해당 의료 제공자에게 본인의 납부액 규모를 확인하세요.

- **본인부담금 (Deductible)**이란 건강보험 또는 플랜 측에서 건강 관리 서비스에 대한 진료비를 납부하기 전에 여러분이 납부해야 할 금액입니다.

예를 들어, 본인부담금이 \$1,000인 경우, 가입한 플랜에서는 여러분이 받은 서비스에 대해 자신의 부담액이 \$1,000에 도달할 때까지는 전혀 비용을 부담하지 않습니다. 본인부담금은 모든 서비스에 다 적용되는 것은 아닙니다.

- **코인슈어런스 (Co-insurance)**란 보장된 건강 관리 서비스 비용에 대한 여러분의 부담분으로, 해당 서비스에 대해 허용된 금액의 일정 퍼센트(예: 20%)로 산출됩니다. 즉, 코인슈어런스 및 납부해야 할 본인부담금을 지불해야 합니다.

예를 들어, 건강보험 또는 플랜이 의료기관 방문에 대해 허용하는 금액이 \$100이고 여러분이 본인부담금 한도를 충족했다면, 20% 코인슈어런스의 금액은 \$20가 됩니다. 건강보험 또는 플랜에서는 허용된 금액의 나머지 부분을 부담하는 것입니다.



- **코페이먼트 (Copayment)** 또는 코페이란 의사 방문, 병원 외래 방문, 또는 처방약 등 의료 서비스나 의료용품 비용에 대해 납부해야 할 여러분의 부담분입니다. 일반적으로, 코페이먼트는 퍼센트가 아니라 정해진 금액입니다.

예를 들어, 의사 방문, 검사, 처방에 대해 \$10나 \$20를 납부합니다. 코페이먼트는 보통 보험 플랜 및 방문이나 서비스 유형에 따라 \$0 ~ \$50 사이에서 정해집니다.

- **보험료 (Premium)**란 건강보험 또는 플랜을 이용하기 위해 납부해야 하는 금액입니다. 일반적으로, 여러분 본인 및/또는 고용주가 매월, 매 분기, 또는 매년 납부합니다. 보험료는 본인부담금, 코페이먼트, 또는 코인슈어런스에 포함되어 있지 않습니다. 보험료를 납부하지 않으면 의료보장을 상실할 수 있습니다.

- **가입자 부담 최대한도액 (Out-of-pocket maximum)**

이란 보장되는 필수 건강 혜택의 100%를 건강보험 또는 플랜에서 부담하기 전에 여러분이 보험기간(보통 1년) 동안 납부하는 총액의 상한선입니다. 여기에는 본인부담금, 코페이먼트, 코인슈어런스, 또는 유사한 청구비 및 기타 합당한 의료비로 개인이 지출하는 금액이 모두 포함됩니다. 이 상한선에는 보험료 또는 필수적이지 않은 건강 혜택은 포함할 필요가 없습니다.

2014년도 마켓플레이스 플랜의 가입자 부담 최대한도액은 개인 플랜의 경우 \$6,350, 가족 플랜의 경우 \$12,700를 넘지 않습니다.

- **혜택 설명서 (Explanation of Benefits 또는 EOB)**란 가입자가 의료 제공자를 방문하거나 의료 서비스를 받은 후 건강 플랜에서 가입자에게 보내 주는 건강 관리 청구비에 대한 요약 설명서입니다. 혜택 설명서는 비용 청구서가 아닙니다. 이 서류는 가입자 본인, 또는 건강보험의 피부양자가 받은 의료 서비스이자 해당 의료 제공자가 건강 플랜 측에 청구하는 금액에 대한 기록입니다. 해당 진료비를 더 내야 할 경우, 의료 제공자가 별도의 청구서를 보내올 것입니다.





보험 카드 또는 기타 문서

아마 여러분은 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램으로부터 의료보장에 대한 정보가 수록된 가입자 가입 자료집을 받으셨을 것입니다. 이 정보를 잘 읽으셔야 하는데, 그 이유는 의료 제공자를 방문할 때 또는 보험회사에 연락하여 질문을 할 때 필요하기 때문입니다. 이 정보를 읽을 수 없거나 이해가 안 되는 경우, 가입하신 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램에 연락하여 설명을 해 달라고 요청하세요.

또한 보험 가입을 증명하는 카드 또는 기타 문서를 받으셨을 것입니다. 소지하신 카드는 이것과 형태가 다를 수 있지만 표시된 정보는 동일해야 합니다. 일부 건강 플랜에서는 카드를 발급하지 않습니다. 단, 다른 방식으로 이 정보를 받으셨을 것입니다. 카드를 받지 못하신 경우에는 건강 플랜에 연락하여 카드를 받아야 하는지 확인하세요.

보험회사 이름

플랜 유형 **4**

유효일

처방전 그룹 번호 XXXXX

처방전 코페이 **7**
\$15.00 복제약
\$20.00 브랜드 약

가입자 이름: Jane Doe **1**
가입자 번호: XXX-XX-XXX **2**

그룹 번호: XXXXX-XXX **3**

PCP 코페이 \$15.00 **5**
전문의 코페이 \$25.00
응급실 코페이 \$75.00

가입자 서비스: 800-XXX-XXXX **6**

건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램으로부터 받은 보험 카드 또는 기타 문서에는 다음과 같은 정보가 표시되어 있을 것입니다.

- 1 가입자 이름 및 생년월일.** 보통의 경우, 카드 상에 인쇄되어 있습니다.
- 2 가입자 번호.** 이 번호는 의료 제공자가 가입자의 건강 플랜에 청구하는 방법을 알아낼 수 있도록 가입자를 식별하는 데 사용됩니다. 배우자 또는 자녀가 피부양자로 등록되어 있는 경우, 가입자 본인과 이들의 가입자 번호가 서로 비슷할 것입니다.
- 3 그룹 번호.** 이 번호를 사용하여 건강 플랜에서 제공하는 특정 혜택들을 알 수 있습니다. 또한 이 번호는 의료 제공자가 가입자의 건강보험에 청구하는 방법을 알아낼 수 있도록 가입자를 식별하는 데 사용됩니다.
- 4 플랜 유형.** 가입자 카드에는 HMO, PPO, HSA, Open, 또는 기타 단어로 된 라벨이 표시되어 있을 것입니다. 이것은 가입하신 플랜 유형을 나타냅니다. 이 라벨을 통해 가입하신 플랜이 어떤 유형의 네트워크에 해당하는지, 그리고 "네트워크에 소속된" 어떤 의료 제공자를 방문할 수 있는지 알 수 있습니다.
- 5 코페이먼트.** 코페이먼트란 가입자가 건강 관리를 받은 경우 납부해야 하는 금액입니다.
- 6 전화번호.** 의료 제공자를 찾아보거나 의료보장에 포함된 사항에 대해 질문이 있는 경우, 이 번호로 연락하여 해당 건강 플랜에게 질문을 하면 됩니다. 전화번호가 카드 뒷면에 기재되어 있는 경우도 있습니다.
- 7 처방 코페이먼트.** 처방 코페이먼트란 가입자가 매번 처방약을 구입할 때마다 납부해야 하는 금액입니다.



아래 질문들은 의료보장에 대해, 그리고 건강 관리를 받을 때 납부해야 하는 금액에 대해 더 잘 이해하는 데 도움이 되기 위해 마련되었습니다. 질문에 대한 답변을 모를 경우에는 가입하신 보험 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 기관에 연락하세요.

- 1차 진료 방문 비용으로 얼마를 납부해야 하나요? 전문의 방문이란 무엇인가요? 정신/행동 건강 방문이란 무엇인가요?
- “네트워크 소속” 의료 전문가를 방문할 때와 “네트워크 비소속” 의료 전문가를 방문할 때의 납부비용이 서로 다른가요?
- 처방약 구입 시 얼마를 지불해야 하나요?
- 예를 들어 행동 건강 의료 전문가나 물리치료사와 같은 의료 제공자를 방문할 때 방문 회수의 제한이 있나요?
- 응급 상황이 아닌데도 응급실에 간 경우, 비용이 얼마나 드나요?
- 나의 본인부담금은 얼마인가요?
- 전문의를 방문하려면 소개서가 있어야 하나요?
- 내 플랜으로 보장 받지 못하는 의료 서비스에는 어떤 것이 있나요?

의료보장 관련 사기 예방

누군가가 내 보험카드 또는 가입자 번호를 사용하여 처방약이나 의료를 받으려고 한다면, 그 사람은 사기를 저지르는 것입니다. 의료보장 관련 사기를 예방합니다.

- 다른 사람이 절대로 내 보험카드를 사용하지 못하도록 하세요.
- 내 개인 정보를 안전하게 관리하세요.
- 보험카드를 분실하거나 사기로 의심되는 상황이 벌어지면 보험회사에 즉시 연락하세요.

다음은 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램이 여러분의 의료 서비스 사용을 보장하기 위해 이 섹션에서 다른 용어들을 어떻게 사용하는지 보여 주는 사례입니다.

- 모든 건강 플랜은 플랜이 의료 서비스 비용을 납부하는 데 어떻게 도움이 되는지를 보여 주는 이와 같은 사례가 소개된 혜택 설명서를 가입자에게 반드시 제공해야 합니다.
- 실제 비용 및 진료는 건강 관리 상의 필요사항 및 의료보장에 따라 달라집니다.
- 자세한 정보를 얻으려면 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램에 연락하세요.

임신 및 출산 (정상 분만)

- **의료 제공자에게 납부해야 할 금액:** \$7,540
- **플랜 부담분** \$5,490
- **환자 부담분** \$2,050

진료비 예시:

병원 측 청구액(산모)	\$2,700
산부인과 정기 진료	\$2,100
병원 측 청구액(신생아)	\$900
마취	\$900
실험실 검사	\$500
처방전	\$200
방사선	\$200
예방접종, 기타 예방 의료	\$40
합계	\$7,540

환자 납부액:

본인부담금	\$700
코페이	\$30
코인슈어런스	\$1,320
합계	\$2,050

제2형 당뇨병 관리 (잘 관리된 만성 당뇨병에 대한 1년 간의 정기 관리)

- **의료 제공자에게 납부해야 할 금액:** \$5,400
- **플랜 부담분** \$3,520
- **환자 납부액** \$1,880

진료비 예시:

처방전	\$2,900
의료장비 및 용품	\$1,300
의료기관 방문 및 시술	\$700
교육	\$300
실험실 검사	\$100
예방접종, 기타 예방 의료	\$100
합계	\$5,400

환자 납부액:

본인부담금	\$800
코페이	\$500
코인슈어런스	\$580
합계	\$1,880

상기 수치는 실제 비용 금액이 아니며, 모든 핵심 정보를 포함하고 있지는 않습니다.

출처: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf>

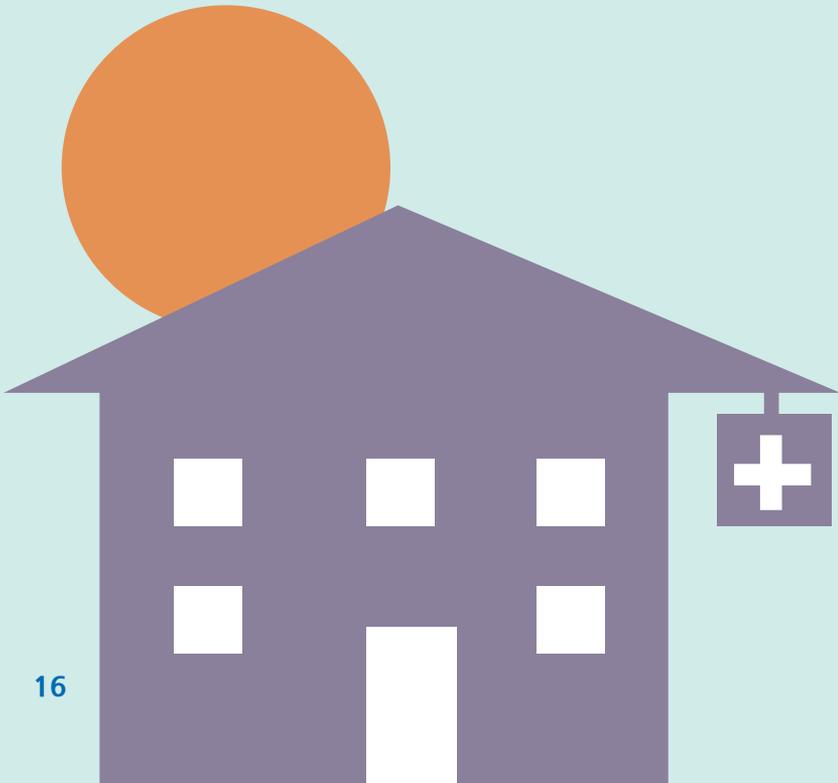


3 진료를 받을 곳 이해하기.



도움이 필요하세요?
응급 상황 또는 생명을
위협하는 상황이 발생한
경우, 911에 전화하세요.

응급실을 포함하여 다양한 곳에서 건강 관리를 받을 수 있지만, 1차 진료 제공자로부터 정기 진료 및 권고된 예방 서비스를 받는 것이 가장 좋습니다. 1차 진료 제공자 방문과 응급실 방문 간에는 비용, 진료 대기 시간, 후속 조치 등에 있어 큰 차이가 있습니다. 페이지 18-19에 나온 표는 1차 진료 제공자 방문과 응급실 방문 간의 차이를 다각도로 보여 줍니다.



전국 곳곳의 의사진료실, 클리닉, 건강 센터에서 1차 진료를 제공합니다. 가입한 의료보장 및 개인의 상황에 따라, 다음과 같은 곳에서 1차 진료 제공자를 찾을 수 있습니다:

- 민간 의료 그룹 및 개업의
- 앰블런스 진료 센터 및 외래환자 클리닉
- 연방정부로부터 자격을 인정받은 건강 센터
- 지역사회 클리닉 및 무료 클리닉
- 학교 기반의 건강 센터
- 아메리카 원주민 건강 서비스, 부족 및 도시 아메리카 원주민 건강 프로그램 시설
- 재향군인국 의료 센터 및 외래환자 클리닉.

1차 진료 제공자는 매일 환자들과의 협력을 통해 이들이 올바른 예방 서비스를 받고, 만성 질환을 관리하며, 건강과 웰빙을 향상시킬 수 있도록 합니다. 일부 제공자의 경우, 소속 지역사회에서 필요로 하는 사항에 맞춰 서비스 및 지원을 제공합니다. 지역사회에 기반한 서비스 및 지원, 정신 건강, 치과 치료, 안경 서비스, 교통, 언어 통역 등이 여기에 해당합니다.

방문 전에 알아보기

모든 유형의 의료 제공자 및 시설에서 모든 보험 플랜 또는 모든 의료보장 유형을 받아 주는 것은 아닙니다. 그러므로 방문하기 전에 의료 제공자에게 연락하여 가입한 의료보장을 받아 주는지 확인하세요.





의료 제공자 진료실과 응급실 간의 차이점

1차 진료 제공자

1차 진료 제공자가 있을 경우, 해당 제공자에게 **코페이를 납부** 해야 합니다. 코페이 금액은 \$0 ~ \$50 정도입니다.

몸이 아플 때뿐만 아니라 아프지 않은 때에도 방문 가능합니다.

방문 약속을 잡기 위해 **미리 연락**을 합니다.

도착 후에 잠시 대기하는 경우도 있으나, 일반적으로는 **약속 시간 무렵에 진료를 받게 됩니다.**

일반적으로, **매번 같은 의료 제공자**에게 진료를 받게 됩니다.

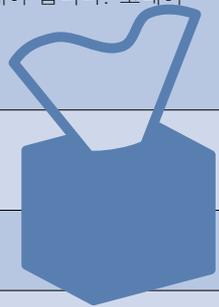
담당 의료 제공자는 보통 여러분의 건강 기록에 대한 접근 권한을 지니게 **될 것입니다.**

담당 의료 제공자는 여러분과의 협력을 통해 **여러분의 만성 질환을 모니터링**하고 전반적인 건강을 향상시키는 데 도움을 제공합니다.

담당 의료 제공자는 그날 방문을 한 이유가 되는 해당 문제뿐만 아니라 **여러분 건강 상의 다른 측면들도** 체크합니다.

만일 여러분이 다른 의료 제공자를 방문해야 하거나 자신의 진료를 관리해야 할 경우에는 **담당 의료 제공자가 여러분이 계획을 세우고, 약을 받으며, 권고된 후속 방문 일정을 정하거나 전문의를 찾는 것을 도와 드릴 수** 있습니다.

일부 지역의 경우, **응급 진료 센터**에 방문할 수도 있습니다. 여러분의 거주 지역에서 응급하는지 확인하세요.



응급실

건강 플랜이 의료비를 부담하기에 앞서, 특히 응급 상황이 아닌 경우에는, **여러분이 코페이, 코인슈어런스를 납부해야 하며 본인부담금을 충족**해야 합니다. 코페이 금액은 \$50 ~ \$150 정도입니다.

응급실은 **상해를 입었거나 매우 아픈** 경우에만 방문해야 합니다.

필요한 때에 사전 예약 없이 가서 차레가 올 때까지 **기다리**면 됩니다.

응급 상황이 아닌 경우에는 오랫동안 기다릴 수도 있습니다.

그날 근무하는 의료 제공자에게 진료를 받게 됩니다.

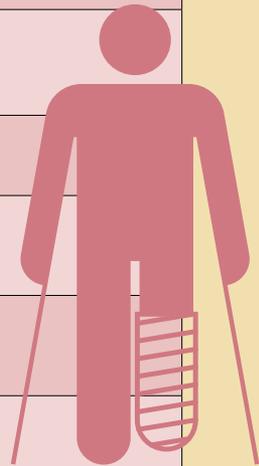
진료를 하는 의료 제공자는 여러분의 건강 기록에 대한 접근 권한이 아마도 **없을** 것입니다.

해당 의료 제공자는 **여러분의 만성 질환에 대해 알고 있지 않을** 것입니다.

또한 치료를 받으러 오게 된 **응급 상황 문제만**을 체크하고, 다른 우려사항에 대해서는 질문을 하지 않을 수도 있습니다.

방문 후 치료가 끝나면 **후속 조치에 대한 지시사항을 듣고 퇴원**을 하는데, 이 후속 조치는 1차 진료 제공자 및/또는 전문의에게 받아야 합니다. 후속 조치 지원이 없는 경우도 있습니다.

진료를 이용할 수 있는 경우에는 건강 플랜에 미리 연락하여 치료비로 얼마를 납부해야





4 의료 제공자 찾기.

올바른 의료 제공자를 고르는 것은 건강 관리에 있어 가장 중요한 결정 중 하나입니다. 올바른 의료 제공자를 찾으려면 약간의 노력을 기울여야 합니다.

기억하세요. 의료 제공자를 찾는 일은 여러분이 신뢰할 수 있고, 자신의 건강과 웰빙을 향상하기 위해 함께 협력할 수 있는 파트너를 찾는 것입니다. 그러므로 자신에게 무엇이 필요한지에 대해 시간을 갖고 생각해 보세요. 건강 관리 상의 필요사항이 얼마나 복잡한지에 따라, 여러 유형의 의료 제공자들을 방문해야 할 수도 있습니다. 가장 일반적인 두 가지 유형의 의료 제공자는 아래와 같습니다.

1차 진료 제공자 (Primary Care Provider)란 대부분의 건강 문제에 대해 진료 받기 위해 방문하는 대상입니다. 또한 여러분과의 협력을 통해 1차 진료 제공자는 권고된 검진을 받도록 하고, 건강 기록을 관리해 주며, 만성 질환 관리에 도움을 제공하고, 다른 유형의 의료 제공자가 필요한 경우 이들과 연결시켜 주는 역할을 합니다. 성인 환자의 1차 진료 제공자는 가족 주치의, 내과의, 일반의, 간호사, 또는 의사 보조원이라고 보통 불립니다. 반면 아동 또는 청소년의 1차 진료 제공자는 소아과 의사라고 보통 불립니다. 노년층의 1차 진료 제공자는 보통 노인병 전문의라고 불립니다.

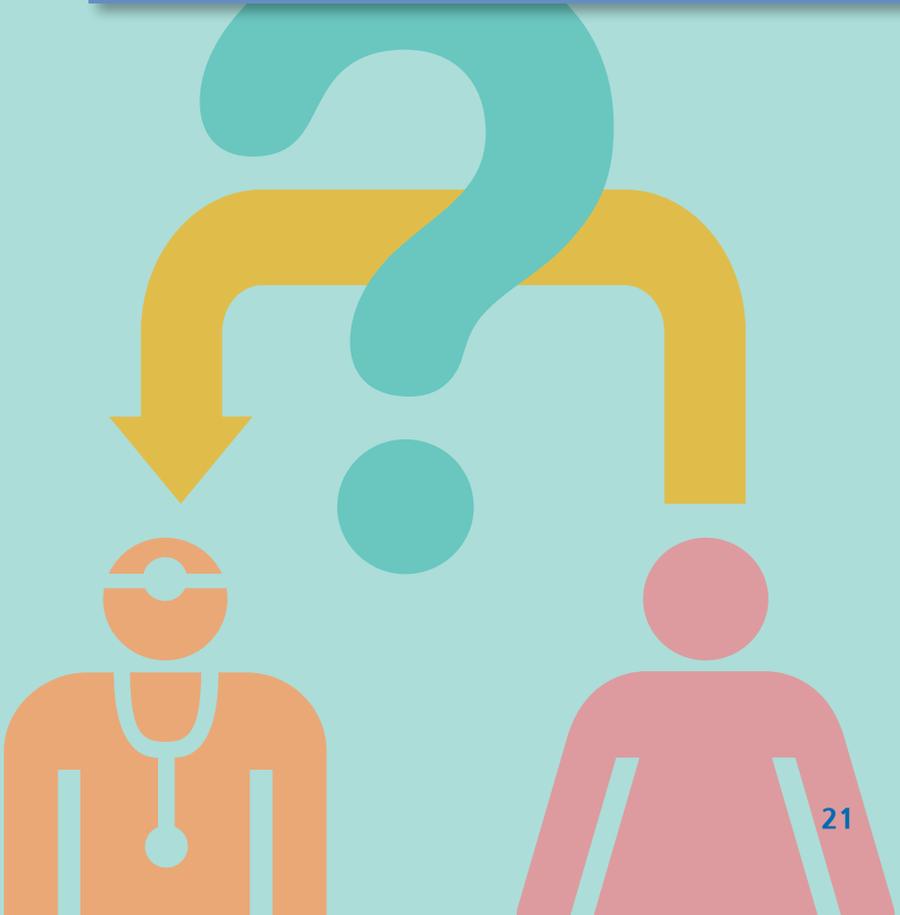
건강 플랜에서 의료 제공자를 지정해 주는 경우도 있습니다. 원하는 경우, 의료 제공자를 변경할 수도 있습니다. 의료 제공자를 변경하는 방법을 문의하려면 건강 플랜에 연락하세요.

전문의 (Specialist)란 특정 의료 서비스가 필요하거나 특정 질환을 치료받고자 할 때 방문하는 의료 제공자입니다. 전문의에는 심장 전문의, 암 전문의, 정신과 의사, 알레르기 의사, 족병 치료 의사, 정형외과 의사 등이 있습니다.

건강 플랜에서 의료비를 부담하도록 하려면 전문의를 방문하기에 앞서 1차 진료 제공자에게 **진료의뢰서 (Referral)**(또는 구체적인 지침)를 받아야 합니다. 일부 서비스에 대해, 건강 플랜에서 **사전 허가 (Preauthorization)**를 우선 받으라고 요구할 수도 있습니다. 사전 허가란 의료보장 또는 건강 플랜 측이 건강 관리 서비스, 치료 플랜, 처방약, 또는 내구성 있는 의료장비가 의료 측면에서 필요하다고 하는 결정을 의미합니다. 또한 이것은 사전 허가(prior authorization), 사전 승인, 또는 사전 인증 등으로 불리기도 합니다.

나에게 맞는 의료 제공자

나에게 맞는 의료 제공자를 만나려면 여러 차례 방문해야 할 지도 모릅니다.





오래도록 건강한 삶을 누릴 수 있도록 서로 협력할 수 있는 신뢰 가능한 의료 제공자를 찾으려면 다음의 4가지 단계를 실천하세요.

1. 네트워크에 소속된 의료 제공자들을 찾으세요.

- 보험회사 또는 주 메디케이드와 CHIP 프로그램에 전화하거나, 이들의 웹 사이트를 방문하거나, 가입자 핸드북을 확인하여 네트워크에 소속되어 있으며 내 의료보장을 받아 주는 의료 제공자를 찾으세요.
- 영어 이외의 언어를 구사하는 의료 제공자를 찾거나, 이동 상의 문제나 그 외 기능적 장애 문제를 해결해 줄 수 있는 의료 제공자를 찾고 있다는 등 특수한 요청 사항을 말씀하세요.
- 이미 원하시는 의료 제공자가 있고, 이 제공자에게 계속 진료를 받고 싶은 경우에는 진료실에 연락하여 가입하신 의료보장을 받아 주는지 문의하세요.
- 대부분의 경우, 네트워크 소속 의료 제공자보다 비소속 제공자일 때 더 많은 진료비를 납부해야 한다는 점에 유의하세요.

2. 주변에 물어보세요.

- 친구나 가족에게 선호하는 의료 제공자가 있는지 물어보세요.
- 어떤 유형의 의료 제공자이며, 선호하는 이유에 대해 물어보세요.
- 해당 의료 제공자를 인터넷으로 검색하여 그 지역의 다른 환자들이 올린 의견을 찾아 볼 수도 있습니다.



3. 의료 제공자를 정하세요.

의료 제공자의 진료실에 연락하여 1차 진료 제공자로 누구를 정할 것인지 결정하는데 필요한 질문을 합니다. 다음과 같은 질문들을 할 수 있습니다:

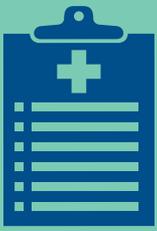
- 의료 제공자가 새 환자를 받아 주는지, 또는 해당 의료보장에 가입한 환자를 받아 주는지? 이 사항은 연중에도 변경될 수 있으므로, 언제든지 질문을 해야 합니다.
- 진료실이 집이나 직장에서 가까운지? 어떻게 찾아가면 되는지?
- 진료 방문 약속 시간이 내 일정과 맞는지?
- 의료 제공자가 내가 사용하는 언어를 구사할 수 있는지, 아니면 통역사를 이용할 수 있는지?
- 이동하기가 어렵거나 다른 기능적 문제가 있는 경우, 의료 제공자의 진료실에 찾아가서 검사대 및 체중계에 올라가고, 나의 필요사항을 충족시켜 주는 방식으로 핵심적인 진료 정보를 얻을 수 있는지?
- 의료 제공자가 어떤 병원과 연계되어 있으며, 내가 그곳에 갈 수 있는지?
- 진료실 직원들이 환자를 올바르게 대우하고 도움을 제공하는지?

4. 한 번 방문해 보세요!

나에게 맞는 의료 제공자를 만나려면 여러 차례 방문해야 할 지도 모릅니다.

의료비용에 대한 도움말

의료 제공자를 방문하기 전에 사전 허가를 받아야 하는지에 대해 건강 플랜에 문의하세요. 사전 허가를 받지 않으면, 건강 플랜이 부담해야 할 부분을 환자가 부담해야 할 수도 있습니다.



5 의사방문 약속 잡기.

방문 예약 시 보험 카드 또는 기타 문서를 준비하여 자신이 원하는 것이 무엇인지 염두에 두고 예약하세요.

예약 시에 언급할 사항 및 받게 될 질문은 다음과 같습니다.

다음 사항을 언급하셔야 합니다:

- 자신의 이름, 그리고 새 환자라는 점.
- 의료 제공자를 방문하려는 이유. 새로운 1차 진료 제공자를 찾고 있으며 "연례 검진(yearly exam)" 또는 "건강검진(wellness visit)"을 받고자 한다거나, 아니면 독감, 알레르기, 우울증과 같은 특정한 우려사항이 있어서 방문하고자 한다고 말씀하시면 됩니다.
- 가입한 보험 플랜의 이름 또는 메디케이드나 CHIP 보장에 가입되어 있다는 점을 말씀하시고, 해당 진료실의 의료 제공자들 중 누가 네트워크에 소속되어 있는지에 대한 정확한 정보를 반드시 파악하세요.
- 방문하고자 하는 의료 제공자의 이름. 특정한 의료 제공자를 요청하면 방문 약속일까지 더 오래 기다려야 하는 경우가 있기 때문에, 지금 아프거나 더 빨리 방문해야 하는 상황에서는 네트워크에 소속된 다른 제공자를 권유받으실 수도 있습니다.
- 통역 또는 사용 가능한 의료 장비 등 특수한 요구사항이 있는 경우, 해당 의료 제공자 및 진료실이 이러한 요구사항을 제공해 줄 수 있는지 문의하세요. 제공해 줄 수 없다고 하는 경우에는 진료실의 다른 의료 제공자 중에 가능한 사람이 있는지 문의하세요.
- 내 일정에 맞는 날짜 및 시간. 어떤 진료실은 주말 또는 저녁 방문이 가능하기도 합니다.

또한 다음과 같은 질문을 해야 합니다:

- 방문하기 전에 작성해야 할 서류가 있다면 해당 서류를 미리 보내 주는지의 여부. 이렇게 미리 서류를 작성하면 방문 당일에도 소요되는 시간을 줄일 수 있습니다.
- 방문 시에 의료 기록 또는 현재 복용하는 약 등을 가져 와야 하는지의 여부.
- 방문 약속을 변경 또는 취소해야 할 경우와 방법. 일부 진료실은 방문을 놓치거나, 늦거나, 방문 약속 전 24시간 내에 취소를 하는 경우에 일정한 비용을 부과합니다.

방문예약 사항:

- 여러분 및 가입한 의료보장에 대한 정보를 물어 볼 수 있으므로, 연락 시에 카드 또는 기타 문서를 눈앞에 준비해 놓으세요.
- 특히 새 환자는 방문 약속일까지 몇 주 정도 기다려야 하는 경우도 있습니다.
- 몸이 아파서 의료 제공자의 진료실에 연락하면 당일에 방문이 가능할 수도 있습니다.



6 방문 준비하기.

새 의료 제공자를 처음 방문하는 경우 또는 새 의료보장을 사용하는 경우에는 몇 가지를 지참해야 합니다.

이를 통해 의료 제공자가 여러분의 건강 및 생활방식을 파악하고, 방문 당시 및 그 이후에도 서로 협력하여 건강과 웰빙을 향상시킬 수 있습니다.

방문 약속 시간보다 일찍 도착하는 것이 중요합니다!

의료 제공자의 진료실에 도착하면 접수 담당 직원에게 접수를 합니다. 그러면 다음을 제시하라고 요청할 것입니다:

- 보험 카드 또는 기타 문서.
- 사진이 있는 신분증(예: 운전면허증, 정부 또는 학교 ID, 여권 등).
- 작성 완료된 서류.
- 코페이가 적용되는 경우, 해당 금액. 여러분의 기록을 받았다는 영수증을 요구하세요.

직원이 여러분에게 추가 서류를 작성하고 진료실의 개인정보 보호정책문을 읽으라고 요청할 것입니다. 개인정보 보호정책문은 여러분의 정보에 대해 어떻게 비밀 준수를 할 것인지에 대한 내용입니다. 이것은 법에 의해 요구됩니다.

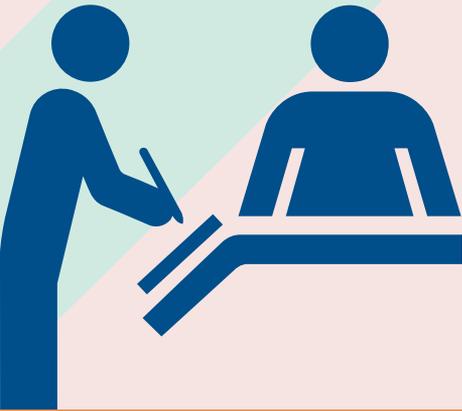
의료비용에 대한 도움말

방문 약속을 변경해야 한다면 의료 제공자의 진료실에 최대한 빨리 연락하세요. 약속 시간보다 늦게 방문하거나, 방문을 놓치거나, 방문 약속 전 24시간 내에 취소를 하는 경우, 많은 의료 제공자들이 일정한 비용을 부과합니다. 대부분의 건강 플랜에서는 이러한 비용을 부담해 주지 않습니다.

의료 제공자를 방문할 때 다음 정보를 공유하면 도움이 됩니다:

- 가족 병력, 그리고 가족 의료 기록을 갖고 있을 경우 해당 기록
- 복용 중인 약(약 용기(병)도 지참하여 의료 제공자에게 보여 주면 어떤 약을 복용하고 있는지 제공자가 알 수 있음). 재처방이 필요하면 요청하세요.
- 자신의 건강에 대해 질문이나 우려사항이 있을 경우 이를 기록해 두어 잊지 않고 질문하세요.

의료 제공자와 말씀하실 때 도움을 줄 수 있는 친구나 가족을 데려 가실 수도 있습니다.



알아야 할 나의 권리

환자로서 올바른 대우를 받아야 하며 개인 정보에 대한 비밀이 준수되어야 합니다. 대우 방식에 불만이 있으신 경우, 진료실 관리자 또는 의료 제공자와 이야기하겠다고 말씀하시고 이들에게 우려사항을 알려주세요. 그럼에도 문제가 해결되지 않을 경우에는 여러분에게 맞는 해당 진료실이 아닐 것입니다.



망설이지 말고 말씀하세요!

의료 제공자는 여러분이 건강할 수 있도록 도움을 드리는 존재입니다. 자신의 건강과 웰빙에 대해 말씀해 주시고 질문이나 우려사항에 대해 함께 이야기를 나누면 의료 제공자가 더 나은 진료를 제공할 수 있습니다. 의료 제공자가 하는 이야기 중에 이해가 되지 않는 부분이 있다면, 말씀해 주세요!

진료를 마치고 나오기 전에 다음과 같은 질문을 하실 수 있습니다:

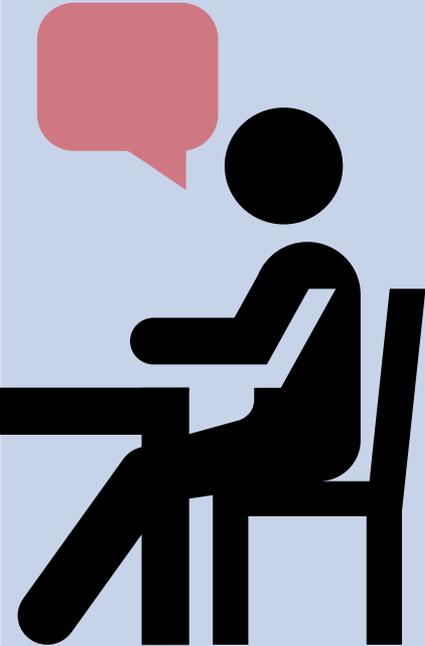
- 내 건강 상태가 어떤가요? 건강을 유지하려면 어떻게 해야 하나요?
- 그 다음에는 어떻게 해야 하나요? 혈액 검사나 다른 검사를 받아야 하나요? 그렇다면, 그 목적이 무엇인가요? 언제, 어떻게 검사 결과를 들을 수 있나요?
- 질병 또는 만성질환이 발생했다면 어떤 치료 방법들이 있나요? 치료 방법 각각의 혜택 및 우려사항에는 어떤 것이 있나요? 이 질병을 관리하지 않을 경우 어떻게 되나요?
- 약을 복용해야 한다면, 언제, 그리고 얼마나 복용해야 하나요? 부작용이 있나요? 복제약을 구할 수 있나요?



질문하세요

집에 가져 가서 읽어 볼 수 있는 자료를 의료 제공자에게 요청하고, 질문이 있을 경우 문의할 수 있는 전화번호가 있는지 물어보세요. 모든 궁금한 질문에 대한 답변을 듣고 다음 단계가 무엇인지 이해하신 후에 귀가하세요.

- 전문의 또는 다른 의료 제공자를 방문해야 하나요? 의료 제공자에게 제안사항을 요청했나요? 진료의뢰서가 필요한가요? 그렇다면, 진료의뢰서를 받아 두었나요?
- 다음 번 방문은 언제인가요?
- 집에 돌아가서 질문이 생기면 어떻게 해야 하나요?



의료비용에 대한 도움말

약을 복용해야 하는데 비용이 걱정된다면, 의료 제공자에게 이야기하세요. 보다 저렴한 약이 있거나, 약 구입비용을 보조하는 프로그램을 알고 있을 수 있습니다.



7 나에게 적합한 의료 제공자인지 파악하기.

건강과 웰빙은 개인에게 있어 중요한 요소이며, 상호 협력이 가능하고 편안하게 이야기를 할 수 있는 신뢰할 만한 의료 제공자가 있어야 합니다.

기억하세요:

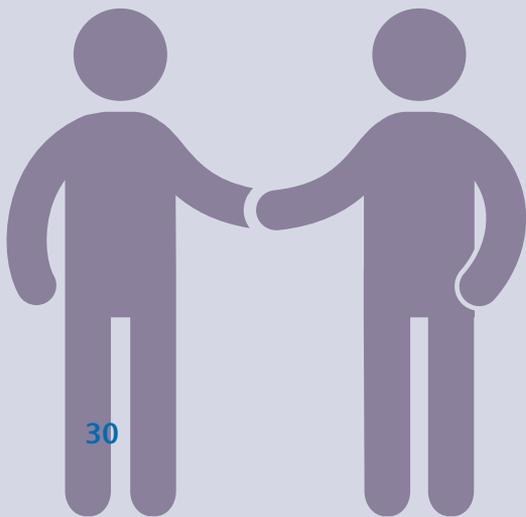
- 여러분의 필요사항을 충족시키는 의료 제공자를 찾는 것이 중요합니다.
- 첫 번째 방문에서 만족하지 못했다면, 다시 한 번 방문할 것을 고려해 봅니다. 의료 제공자의 진료실에 연락하여 여러분이 느낀 우려사항을 알립니다. 또한 해당 진료실에 소속된 다른 의료 제공자를 방문하는 것도 가능합니다.

의료비용에 대한 도움말

의료 제공자를 배정 받은 상태에서 다른 제공자를 방문해 보고 싶은 경우, 건강 플랜에 연락하거나 웹사이트를 방문하여 제공자를 변경하세요. 반드시 네트워크에 소속된 의료 제공자를 선택해야 합니다. 그렇지 않으면 진료비가 올라갑니다.

주저하지 말고 말씀하세요

의료 제공자에게 불편함을 느끼는 경우, 말씀해 주세요! 변경을 요청하거나 다른 의료 제공자를 찾기도 괜찮습니다. 나에게 적합한 의료 제공자라면 내가 필요한 사항을 요청하면 이를 충족시켜 줍니다.



첫 방문 후, 다음과 같은 질문들을 생각해 보세요:

예?

아니요?

- 의료 제공자를 신뢰하셨으며, 해당 제공자가 여러분을 한 사람의 존중받는 인간으로 여겨 여러분의 건강과 여러분에 대해서 관심을 기울였다고 느끼셨나요?
- 의료 제공자가 여러분의 이야기를 경청하고 건강 상의 필요사항을 충족시켜 주었다고 느끼셨나요?
- 의료 제공자가 여러분의 질문에 대해 이해 가능한 방식으로 답변해 주었나요?
- 의료 제공자가 여러분이 이해할 수 있는 단어를 사용하고, 천천히 이야기를 하며, 여러분의 이야기에 주의를 기울이고, 편안한 느낌이 들도록 이야기하나요?
- 의료 제공자가 여러분이 갖고 있는 우려사항에 관심을 보인다고 느끼셨나요?
- 의료 제공자가 진찰을 하고 여러분의 건강 상태에 대해 알려 줄 때, 해당 제공자가 여러분의 의견이나 문화 및 신념을 존중해 주었나요? 다시 방문할 때에도 편안함을 느낄 만한 곳인가요?
- 의료 제공자가 통역사, 번역, 또는 서면 자료에 대한 대체 형태와 같이 여러분이 별도로 요청하는 사항을 제공했나요? 진료실 안을 돌아다니고 아무런 장애물 없이 의료장비를 사용할 수 있으셨나요?
- 의료 제공자와 진료실 직원들이 여러분을 공정하게 대우한다고 느끼셨나요?
- 질문을 해야 하는 상황에서 의료 제공자 또는 진료실 직원에게 연락할 수 있으셨나요?

위의 질문들 각각에 “예”라고 답변하셨다면, 여러분은 자신에게 꼭 맞는 의료 제공자를 찾으신 것입니다!

위의 질문들 중 하나라도 “아니요”라고 답변하셨다면, 의료 제공자 또는 진료실 직원이 여러분의 고충을 듣고 조치를 취해 줄 것이라고 생각하는지 스스로에게 물어보세요. 필요한 것을 요청하는 것이야말로 그것을 얻을 수 있는 최선의 방법인 경우가 많습니다.

의료 제공자를 바꾸고 싶은 경우, **4단계로 돌아가** “네트워크 소속” 의료 제공자 명단을 다시 확인하여 신뢰성 있으며 상호 협력할 수 있는 의료 제공자를 찾으세요.



8 방문 이후에 취해야 할 단계들.

이제 의료 제공자를 찾고 첫 번째 방문을 마치신 다음 단계는 무엇인가요?

권고된 예방 진료를 받기 위해, 만성 질환을 관리하는데 도움을 얻기 위해, 그리고 아픈 경우에 1차 진료 제공자를 방문하게 됩니다. 특정한 서비스 또는 질환에 대해 전문의를 방문하더라도, 그 후에 항상 1차 진료 제공자를 방문해야 합니다.

다음 번 방문 또는 권고된 건강 스크리닝의 시기가 언제인지 의료 제공자 또는 진료실 직원에게 물어보세요. 다음 번 방문 약속을 빨리 잡은 다음, 약속 일시를 기억할 수 있도록 어딘가에 또는 이 책 뒤에 기록하세요.

이번 방문과 다음 번 방문 사이에 질문이나 우려사항이 생길 경우, 의료 제공자에게 연락하세요. 의료 제공자는 여러분이 자신의 건강 및 웰빙에 대해 갖고 있는 질문에 답변하고 복용 중인 약을 조정해 드릴 수 있습니다.



의료 제공자의 권고사항을 따르세요. 예를 들어, 전문의를 방문하라는 권고를 들은 후 전문의와 약속을 잡기 위해 연락을 하셨나요?

연락을 하시지 않았다면, 그 이유가 무엇인가요?

약속을 깜빡 잊었습니다. 그렇다면 약속을 기억할 수 있도록 다시 알려 드릴까요? 캘린더에 입력하거나 스마트폰 앱을 이용하세요.

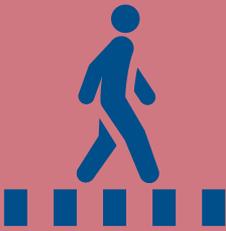
다음으로 어떤 조치를 취해야 하는지 이해하지 못했습니다. 그렇다면 의료 제공자에게 연락하세요. 해당 사안이 이해가 될 때까지 의료 제공자에게 질문하시고 메모를 하세요. 다음 번 방문 시에는 믿을 수 있는 사람과 동행하세요.

너무 바빴습니다. 건강을 우선시 하시고, 시간을 내셔야 합니다. 일부 의료 제공자들은 평일에 저녁시간까지, 또는 휴일에도 진료를 합니다.

진료비를 부담하지 못했습니다. 진료비를 부담하기 어려울까봐 염려되실 경우, 진료비를 낮출 방법이 있을 지도 모릅니다. 의료 제공자가 보다 저렴한 약을 제공하거나, 진료비 보조 프로그램에 가입하실 자격이 되실 수도 있습니다. 이런 방법들에 대해 문의하세요.

환자로서 존중과 존엄성 있는 태도로 대우받았다고 느껴지지 않았습니다. 의료 제공자 또는 진료실 직원이 말하는 방식 또는 이들의 행동으로 인해 다시 방문하거나 이들의 말을 듣기가 싫으시다면, 항의하시거나 의료 제공자를 바꿀 것을 고려하세요. 나에게 맞는 의료 제공자는 존중에 기반하여 대우해 주며, 나의 언어, 문화, 이동방법, 또는 기타 필요사항을 충족시켜 줍니다.

무서웠습니다. 많은 분들이 좋지 않은 소식을 들을까봐 걱정하십니다. 하지만 나에게 맞는 예방 의료를 받으면, 의료 제공자가 질병 또는 문제를 일찍 발견하여 더 빨리 호전되도록 도와 드릴 가능성이 높아집니다.



혜택 설명서(EOB) 읽기

의료 제공자를 방문한 후, 보험회사로부터 혜택 설명서(EOB)를 받게 되실 것입니다. 혜택 설명서(EOB)는 의료 제공자 방문에 대한 총 청구비용 및 나와 내 건강 플랜이 각각 얼마를 부담하는지에 대한 설명 자료입니다. 혜택 설명서(EOB)는 청구서가 아니며, 의료보장이 나와 내 가족에게만 적용되는지 확인하는 데 도움을 줍니다. 청구서는 의료 제공자가 별도로 보내 올 것입니다.

혜택 설명서(EOB)의 사례를 보여 드리겠습니다.

보험 플랜 또는 메디케이드나 CHIP 기관의 **고객 서비스 번호**가 보험 플랜 로고 근처 또는 혜택 설명서(EOB) 뒷면에 나와 있을 것입니다.

혜택 설명서(EOB)

고객 서비스: 1-800-123-4567

명세서 날짜: XXXXXXX
 문서 번호: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
이 문서는 비용 청구서가 아닙니다.

가입자 이름:
 주소:
 시, 도, ZIP 코드:



가입자 번호: XXXXXXXXXX ID: XXXXXXXXXX 그룹: ABCDE 그룹 번호: XXXXXXX

환자 이름: 받은 날짜: **5** 의료 제공자: 납부자: 보험금 청구 번호: XXXXXXXXXXXX 납부일: XXXXXXXX

보험금 청구 상세정보				의료 제공자가 환자에게 청구할 수 있는 부분			가입자 부담분			총 보험금 청구액		
라인 번호	서비스 날짜	서비스 설명	1	2	3	코페이	본인부담금	코인슈어런스	4	6	7	
			보험금 청구 처리 현황	의료 제공자 청구액	허용된 청구액					귀하의 납부 필요금액	비고 코드	
1	3/20/14-3/20/14	진료	기 납부	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2.15	\$0.00	PDC	
2	3/20/14-3/20/14	진료	기 납부	\$375.00	\$118.12	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$83.12	\$35.00	PDC	
합계				\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$85.27	\$35.00		

비고 코드: PDC—청구액이 보험에서 허용하는 최대 지급액보다 높습니다. 해당 지급은 허용된 금액에 한합니다.

청구서 금액을 납부하고 서류를 보관하세요. 몇몇 의료 제공자들은 의료비 청구서를 미납부한 환자는 진료하지 않습니다. 스크리닝 및 검사 결과 또는 처방된 약 등 자신의 건강 정보를 온라인으로 확인할 수 있습니다. 이렇게 하면 자신의 건강을 주체적으로 관리하는데 도움이 됩니다.

이의 및 민원 제기

민원이 발생하거나 여러분의 건강 플랜 하에서의 보험금 청구에 대한 보장을 거부 받아 이에 불만이 있는 경우, 이의를 제기하거나 민원을 신고하실 수 있습니다. 여러분의 권리, 또는 도움 요청에 대해 질문이 있는 경우, 보험 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램에 연락하실 수 있습니다. 가입한 의료보장에서 부담하는 것으로 정해진 검사나 서비스의 비용이 여러분에게 청구된 경우, 해당 영수증을 보관해 두고 보험 카드 또는 플랜 서류에 나와 있는 전화번호로 즉시 연락하세요. 보험회사들은 플랜 가입자를 도와 주는 콜센터 및 지원센터를 운영합니다.

- 1 서비스 설명**이란 의료 방문, 검사, 또는 스크리닝과 같이 여러분이 받은 건강 관리 서비스에 대한 설명입니다.
- 2 의료 제공자 청구액**이란 의료 방문에 대해 의료 제공자가 청구하는 금액입니다.
- 3 허용된 청구액**이란 의료 제공자가 보상 받는 금액으로, 의료 제공자 청구액과는 다를 수 있습니다.
- 4 보험회사 부담분**이란 보험 플랜이 의료 제공자에게 지급할 금액입니다.
- 5 납부자**이란 보험금 청구건에 대한 초과 납부액 보상분을 받게 될 사람입니다.
- 6 귀하의 납부 필요금액**이란 보험회사가 나머지 부분을 모두 지급한 후, 환자 또는 보험 플랜 가입자가 납부해야 할 금액입니다. 여러분은 이미 이 금액의 일부를 납부하셨을 수도 있으며, 의료 제공자에게 직접 납부한 금액이 이 금액에서 차감되지 않은 경우도 있습니다.
- 7 비고 코드**란 의료 방문에 대한 비용, 청구액, 기 납부액에 대한 보험회사의 보다 자세한 기록입니다.

혜택 설명서에 대해 질문이 있는 경우, 건강 플랜에 연락하세요.

용어

이의 제기 (Appeal)

이의 제기는 보장, 또는 건강 플랜의 지급 결정에 대해 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치입니다. 건강 플랜이 다음 중 하나를 거부할 때, 이에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다:

- 여러분이 당연히 받을 수 있다고 생각하는 건강 관리 서비스, 의료용품, 또는 처방약에 대한 요청
- 여러분이 이미 받은 건강 관리 또는 처방약의 비용 지급에 대한 요청
- 처방약 구입 시 지불해야 할 금액을 변경해 달라고 요청
- 이미 보장을 받고 있는 상태에서 건강 플랜이 지급을 중단하는 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

코인슈어런스 (Co-insurance)

환자가 본인부담금(deductible)을 납부한 후, 의료 서비스 비용의 환자 부담분으로써 납부해야 할 금액. 코인슈어런스는 보통 퍼센트로 표시됩니다(예: 20%).

코페이먼트 (Copayment)

의사 방문, 병원 외래 방문, 또는 처방약 등 의료 서비스나 의료용품 비용에 대해 환자가 납부해야 할 부분. 일반적으로, 코페이먼트는 퍼센트가 아니라 정해진 금액입니다. 예를 들어, 의사 방문 또는 처방에 대해 \$10나 \$20를 납부합니다.

본인부담금 (Deductible)

건강보험 또는 플랜이 납부를 시작하기에 앞서 이 두 대상이 보장하는 건강 관리 서비스에 대해 환자가 납부해야 할 금액.

응급 서비스 (Emergency Services)

질병, 상해, 증상, 또는 질환이 매우 심각하여 합리적인 사람이라면 누구나 즉시 진료 및 치료를 받아 해당 상황의 악화를 방지하고자 하는 상황에서, 이러한 질병, 상해, 증상, 또는 질환에 대한 평가.

제외 서비스 (Excluded Services)

환자의 의료보장 또는 건강 플랜에서 비용을 지급하지 않는 건강 관리 서비스.

혜택 설명서 (Explanation of Benefits 또는 EOB)

가입자가 의료 제공자를 방문하거나 의료 서비스를 받은 후 보험회사에서 가입자에게 보내 주는 건강 관리 청구비에 대한 요약 설명서입니다. 혜택 설명서는 비용 청구서가 아닙니다. 혜택 설명서는 가입자 또는 피부양자가 받은 건강 관리 및 의료 제공자가 보험회사에 청구하는 금액에 대한 기록 자료입니다.

처방약 목록 (Formulary)

처방약 플랜 또는 처방약 혜택을 제공하는 기타 보험 플랜으로 보장되는 처방약에 대한 목록. 처방약 목록은 "약 목록"이라고 불리기도 합니다.

병원 외래환자 진료 (Hospital Outpatient Care)

일반적으로 입원을 요하지 않는 병원 진료.

네트워크 소속 코인슈어런스 (In-network Co-insurance)

보장 받는 건강 관리 서비스의 허용된 금액에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺은 의료 제공자에게 지급하는 퍼센트 (예: 20%). 일반적으로, 네트워크 소속 코인슈어런스는 네트워크 비소속 코인슈어런스에 비해 낮습니다.

네트워크 소속 코페이먼트 (In-network Co-payment)

보장 받는 건강 관리 서비스에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺은 의료 제공자에게 지급하는 일정액(예: \$15). 일반적으로, 네트워크 소속 코페이먼트는 네트워크 비소속 코페이먼트에 비해 낮습니다.

네트워크 (또는 "네트워크 소속") (Network 또는 In-network)

여러분의 건강보험사 또는 건강 플랜이 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺은 시설, 의료 제공자 및 공급자.

네트워크 비소속 (Out-of-network)

가입된 건강보험사 또는 건강 플랜과 의료 서비스 제공 계약을 맺지 않은 의료 제공자. 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하면 더 많은 의료비가 발생합니다.

네트워크 비소속 코인슈어런스 (Out-of-network Coinsurance)

보장 받는 건강 관리 서비스의 허용된 금액에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자에게 지급하는 퍼센트 (예: 40%). 일반적으로, 네트워크 비소속 코인슈어런스는 네트워크 소속 코인슈어런스에 비해 높습니다.

네트워크 비소속 코페이먼트 (Out-of-network Copayment)

건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자로부터 받는 보장되는 건강 관리 서비스에 대해 지급하는 일정액(예: \$30). 일반적으로, 네트워크 비소속 코페이먼트는 네트워크 소속 코페이먼트에 비해 높습니다.

가입자 부담 최대한도액 (Out of-pocket Maximum)

보장되는 필수 건강 혜택의 100%를 건강보험 또는 플랜에서 부담하기 전에 가입자가 보험기간(보통 1년) 동안 납부하는 총액의 상한선. 가입자 부담 최대한도액에는 연간 본인부담금 (deductible)이 포함되며, 본인부담금 적용 후에 발생하는 모든 비용 부담 또한 포함됩니다. 대부분의 2014년도 건강 플랜의 가입자 부담 최대한도액은 개인의 경우 \$6,350, 가족의 경우 \$12,700입니다. 이들 금액은 2015년도에 상향 조정됩니다.

사전 허가 (Preauthorization)

건강 관리 서비스, 치료 플랜, 처방약, 또는 내구성 있는 의료장비가 의료적으로 필요한 것인지에 대해 건강보험사 또는 건강 플랜이 내리는 결정. 일부의 경우, 사전 허가 (prior authorization), 사전 승인, 또는 사전 인증 등으로도 불립니다. 건강보험 또는 건강 플랜은 응급 상황을 제외하고 일부 의료 서비스를 받기 전에 사전 허가를 받을 것을 요구합니다. 사전 허가는 건강보험 또는 건강 플랜이 해당 의료비를 부담하겠다고 약속하는 것은 아닙니다.

보험료 (Premium)

보험회사 또는 건강 관리 플랜이 제공하는 의료보장 또는 처방약 보장에 대해 이들에게 주기적으로 지급하는 금액.

예방 서비스 (Preventive Services)

치료가 최선의 방법인 경우, 질환, 질병, 또는 기타 건강 상의 문제를 예방하거나 질환을 조기에 발견하기 위해 실시하는 스크리닝, 정기 검진, 환자 카운셀링 등 정기적인 건강 관리 (여기에는 독감 및 폐렴 주사, 백신, 그리고 유방암 검사, 우울증/행동건강 스크리닝 또는 혈압 테스트와 같은 스크리닝이 포함됩니다).

1차 진료 제공자 (Primary Care Providers)

대부분의 건강 문제가 발생할 때 처음으로 방문하는 의사.

1차 진료 제공자는 건강을 지키기 위해 필요한 진료를 반드시 받도록 해 줍니다. 또한 다른 의사 및 의료 제공자와 진료에 대해 협의하여 이들에게 추천을 해 주기도 합니다. 많은 건강 플랜에서는 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 1차 진료 제공자를 반드시 방문하도록 요구합니다.

전문의 (Specialist)

내과전문의는 특정 유형의 증상 및 질환을 진단, 관리, 예방 또는 치료하기 위해 특정한 약 분야 또는 환자군에 중점을 둡니다.

내과전문의 이외의 전문의는 건강 관리의 특정 분야에 대해 더 많은 교육 및 훈련을 거친 의료 제공자입니다.



도움이 되는 링크

의료보장 가입하기

건강보험 마켓플레이스를 통해
의료보장 가입하기

<https://www.healthcare.gov/blog/4-steps-to-getting-covered-in-the-health-insurance-marketplace/>

건강보험 예상비용 계산

<http://kff.org/interactive/subsidy-calculator/>

우리 지역에서 가입할 수 있는 플랜

<https://www.healthcare.gov/apply-and-enroll/health-insurance-plans-estimator-overview/>

예방의 가치

예방 및 저가의료법에 대한 이해

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

의료 제공자 찾기

지역 의료 제공자 리뷰 및 점수

<http://www.healthgrades.com/>

첫 방문 계획하기

첫 방문을 계획할 때 취해야 할
단계

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/questions-before-appointment.html>

의료 제공자에게 물어볼 질문

의료 제공자 방문 시 논의해야 할
주제 및 질문

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/questions-during-appointment.html>

환자-의료 제공자 간의 관계

의료 제공자와의 커뮤니케이션의
중요성

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/videos/index.html>

복용약 추적하기

모든 약에 대한 기록을 유지하기
위한 환자용 지침 및 지갑용 카드

<https://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/tips-and-tools/yourmeds.html>

메디케이드와 CHIP

주 운영 메디케이드 프로그램에 대한 정보

www.Medicaid.gov

각 주에서 운영하는 메디케이드 프로그램에 대한 정보

[https://www.medicaid.gov/state-overviews/
index.html](https://www.medicaid.gov/state-overviews/index.html)

아동 건강보험 프로그램(CHIP)에 대한 정보

www.insurekidsnow.gov

개인 건강 체크리스트

이 체크리스트에는 받을 수 있는 일반적인 검진 및 예방 서비스의 일부가 나
의 체크리스트를 다음과 같은 링크에서 직접 만들 수 있습니다: www.health.go.kr

신원 보호: 지면 자료, 온라인, 컴퓨터, 모바일 기기 등 어디에 있든지 관계
개인 정보를 안전하게 저장하고 자료가 불필요해진 경우 안전하게 폐기하세

건강 검진	날짜	결과
신장, 체중 _____		
체질량지수(BMI) _____		
혈압 _____		
콜레스테롤 _____		
예방접종 _____		
자궁경부암 검사 (여성만을 대상으로 하며, "팍 테스트"라고도 불림)		
대장암 검사 (대장 내시경)		
유방암 검사 (X-레이 투영법)		
권고된 기타 검사		

중요한 정보



이 로드맵 책자의 소지자 정보 _____

건강 플랜 이름 _____

보험번호 _____

그룹 번호 _____

건강 플랜 전화번호 _____

1차 진료 제공자 _____

다른 의료 제공자 _____

약국 _____

알레르기 _____

응급 상황 시 연락처 _____

복용 의약품 _____

기타 _____

자신의 신원을 보호하세요: 지면 자료, 온라인, 컴퓨터, 모바일 기기 등 어디에 있든지 관계없이 자신의 개인 정보를 안전하게 관리하세요. 특히 사회보장번호와 같은 개인 정보를 안전하게 저장하고 자료가 불필요해진 경우 안전하게 폐기하세요.



CMS 제품 번호11813-K
개정일 2018년 7월

go.cms.gov/c2c