|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | **본 정보는 간추린 내용입니다.** 플랜의 보장 범위와 비용에 관한 자세한 사항이 궁금한 분들은**www.[insert]**에 접속하거나 **1-800-[insert]**에 전화하여 보험 약관 원본이나 플랜 서류를 확인하십시오. |

| **중요한 질문** | **답변** | **본 자료가 중요한 이유:** |
| --- | --- | --- |
| **본인부담금 총액은 얼마입니까?** | **$** | [YES:] 본 플랜이 여러분이 이용한 보장 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 **본인부담금**에 해당하는 금액을 모두 지불해야 합니다. 보험 또는 플랜 서류를 확인해서 **본인부담금**이 다시 갱신되는 날이 언제인지 알아두십시오(통상적으로 1월1일이지만 항상 그렇지는 않습니다). **본인부담금**을 한도까지 다 지불한 이후에 보험 서비스를 받을 때마다 지불해야 하는 금액이 얼마인지는 2페이지에서 시작되는 표를 참조하십시오.  [NO:] 본 플랜이 보장하는 서비스 비용은2페이지에서 시작되는 표를 참조하십시오. |
| **특정 서비스의 경우 본인부담금이 달라집니까?** | **$** | [YES:] 플랜이 이 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 해당 서비스에 대해 정해진 **본인부담금**을 한도액까지 모두 지불해야 합니다.  [NO:] 특정 서비스에 대한 **본인부담금** 한도를 충족하지 않아도 됩니다. 본 플랜이 보장하는 다른 서비스 비용은 2페이지의 표를 참조하십시오. |
| **내가 지불하는 비용에 가입자 부담 한도액이 있습니까?** | **$** | [YES:] **가입자 부담 한도액**이란 보장 서비스 비용 중 자기가 부담해야 하는 부분에 대해 여러분이 보험 기간(대개 1년) 동안 납부할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도액은 의료비 지출 계획을 세우는 데 도움이 됩니다.  [NO:] 보험 기간 동안 보장되는 서비스 비용 중 본인이 부담해야 하는 금액에 한도가 없습니다. |
| **가입자 부담 한도액에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?** |  | [YES:] 가입자가 이 비용을 지불했더라도 **가입자 부담 한도액**에 포함되지 않습니다.  [NO:] 가입자가 지불하는 비용에 대한 **가입자 부담 한도액**이 없기 때문에 해당되지  않습니다. |
| **플랜이 지불하는 금액에 총 연간 한도가 정해져 있습니까?** |  | [NO:] 2페이지에서 시작되는 표에는 진료실 방문 같은 *구체적인* 보험 서비스에 대해 플랜이 지불하게 될 한도액이 나와 있습니다.  [YES:] 가입자에게 더 많은 보장이 필요하다고 하더라도, 본 플랜은 각 보험 기간 중에 이용한 보장 서비스에 대해 이 한도액까지만 지급합니다. 이 한도액을 넘어서는 금액은 모두 가입자 본인이 내야 합니다. 2페이지에서 시작되는 표에는 진료소 방문 횟수 제한 같은 *구체적인* 보험 한도가 설명되어 있습니다. |
| **본 플랜은 의료 서비스 제공자 네트워크를 이용합니까?** |  | [YES:] 가입자가 네트워크 소속 의사나 기타 **의료 서비스 제공자**를 이용할 경우, 본 플랜은 보장되는 서비스 비용을 일부 혹은 전부 지불합니다. 여러분이 이용하는 네트워크 소속 의사나 병원이 네트워크 비소속 **의료 서비스 제공자**에게 일부 서비스를 위탁할 수 있다는 점을 알아두십시오. 플랜에서는 네트워크 소속, **지정**, 자체 **네트워크** 참여 **의료 서비스 제공자**라는 용어를 사용합니다. 본 플랜이 다양한 유형의 의료 서비스 제공자에게 어떻게 비용을 지불하는가에 대해서는 2페이지에서  시작되는 표를 참조하십시오.  [NO:] 본 플랜은 동일한 서비스에 대한 대금을 산정할 때 모든 **의료 서비스 제공자**를 동등하게 취급합니다. |
| **전문의 진료를 받으려면 진료 의뢰서가 필요합니까?** |  | [YES:] 본 플랜은 **전문의**에게 보험 서비스를 받을 경우 해당 비용의 전부 혹은 일부를 지급하지만, **전문의**에게 가기 전에 반드시 플랜의 허가를 받아야 합니다.  [NO:] 본 플랜의 허가 없이도 가입자가 선택한 **전문의**에게 진료를 받을 수 있습니다. |
| **본 플랜이 보장하지 않는 서비스가 있습니까?** |  | [YES:] 본 플랜이 **보장하지 않는** 서비스 가운데 일부가 4페이지에 나와 있습니다.  [NO:] 보장에서 **제외된** 서비스에 대한 정보는 보험 증권이나 플랜 서류를 참조하십시오. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | * **코페이먼트**는 가입자가 보장된 의료 서비스를 받을 때 당해 서비스에 대해 지불하는 소정의 달러 금액(예: 15달러)입니다. * **코인슈어런스(공동부담금)**는 보장된 서비스의 비용 중 *가입자*의 부담분이며, 당해 서비스에 대한 **허용 금액**의 퍼센트로 계산됩니다. 예를 들어, 만약 하루 입원에 대한 플랜의 **허용 금액**이 1천 달러인 경우, 가입자의 **코인슈어런스**는 그것이 20%인 200달러가 될 것입니다. 가입자가 **본인부담금**을 한도까지 지불하지 않은 경우에는 이 금액이 달라질 수 있습니다. * 보장된 서비스에 대해 플랜이 지불하는 금액은 **허용 금액**에 기초합니다. 플랜 네트워크에 속하지 않은 **의료 서비스 제공자** 가 **허용 금액**을 초과하는 요금을 청구하는 경우, 가입자가 그 차액을 지불해야 합니다. 예를 들어, 네트워크 비소속 병원이 하루 입원에 대해 1,500달러를 청구했는데 **허용 금액**이 1천 달러인 경우, 가입자가 차액 500달러를 지불해야 합니다. (이를 **잔액 청구**라고 합니다.) * [If network plan:] 본 플랜은 가입자에게 보다 저렴한 **본인부담금**, **코페이먼트**, **코인슈어런스** 금액을 청구하는 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **의료 서비스 제공자**들을 이용하라고 권유할 수 있습니다.   [If non-network plan:] **의료 서비스 제공자**의 가입자의 비용 분담액이 **네트워크** 소속 여부에 따라 달라지지 않습니다. |

| **일반적인 의료 상황** | **가입자에게 필요한 서비스** | **[네트워크 소속]  의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 가입자 부담금** | **[네트워크 비소속]  의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 가입자 부담금** | **제한 및 예외 사항** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료 서비스 제공자의 진료소나 병원에 가는 경우** | 부상이나 질병 치료를 위한 1차 진료(주치의) |  |  |  |
| 전문의 진료 |  |  |  |
| 기타 진료의 진료실 방문 |  |  |  |
| 예방 진료/선별 검사/예방 접종 |  |  |  |
| **검사를 받는 경우** | 진단 검사(X레이, 혈액 검사) |  |  |  |
| 영상 검사(CT/PET 스캔, MRI) |  |  |  |
| **질병이나 증상 치료를 위한 약이 필요한 경우**  **처방약 보장**에 관한 자세한 정보는 www.[insert]에서 확인. | [유사 약품] |  |  |  |
| [지정 유명 약품] |  |  |  |
| [비지정 유명 약품] |  |  |  |
| [특수 약품] |  |  |  |
| **외래 수술을 받는 경우** | 시설비(예: 통원 수술 센터) |  |  |  |
| 내과/외과의 진료비 |  |  |  |
| **응급치료가 필요한 경우** | 응급실 서비스 |  |  |  |
| 응급 후송 |  |  |  |
| 긴급 진료 |  |  |  |
| **입원한 경우** | 시설 요금(예: 입원실 사용료) |  |  |  |
| 내과/외과의 진료비 |  |  |  |
| **정신건강, 행동건강, 약물중독 치료가 필요한 경우** | 정신/행동 건강 외래 환자 서비스 |  |  |  |
| 정신/행동 건강 입원 환자 서비스 |  |  |  |
| 약물 남용 장애 외래 환자 서비스 |  |  |  |
| 약물 남용 장애 외래 환자 서비스 |  |  |  |
| **임신한 경우** | 산전 및 산후 진료 |  |  |  |
| 분만 및 모든 입원 서비스 |  |  |  |
| **건강 회복을 위해 도움이 필요하거나 기타 특수한 의료 서비스가 필요한 경우** | 자택 의료 |  |  |  |
| 재활 서비스 |  |  |  |
| 사회 복귀 훈련 서비스 |  |  |  |
| 숙련된 간호 서비스 |  |  |  |
| 내구성 의료 장비 |  |  |  |
| 호스피스 서비스 |  |  |  |
| **자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우** | 안과 검진 |  |  |  |
| 안경 |  |  |  |
| 치과 검진 |  |  |  |

**제외된 서비스 및 기타 보장 서비스:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **여러분이 가입한 플랜이 보장하지 않는 서비스(이 목록은 간추린 목록입니다. 보장 범위에서 제외된 다른 의료 서비스는 보험 약관나 플랜 문서를 참조하십시오.)** | | |
| * 척추 지압 치료 * 미용 성형 * 치과 치료(성인) * 보청기 | * 불임 치료 * 장기 치료 * 미국 국외 여행 중의 비응급 치료 * 개인 간호 | * 정기 안과 검진(성인) * 정기적인 발 치료 * 체중 감량 프로그램 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **기타 보장 서비스(이 목록은 간추린 목록입니다. 보장되는 다른 서비스와 이들 서비스를 이용하는 데 드는 비용은 보험 약관이나 플랜 문서를 참조하십시오.)** | | |
| * 침술 치료 | * 비만 치료 수술 |  |

**보험 혜택을 계속 받을 수 있는 권리:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*\* **개인 건강보험 샘플 –**  연방 및 주 법률에 따라 귀하가 **보험료**를 계속 납부하는 한  본 건강보험 혜택을 계속 받을 수 있도록 하는 보호 조치를 제공합니다. 하지만 다음과 같은 경우에는 예외입니다.   * 가입자가 사기 행위를 저지른 경우 * 보험사가 해당 주에서 더 이상 서비스를 제공하지 않는 경우 * 가입자가 보장 지역이 아닌 곳으로 거처를 옮긴 경우   가입자가 계속 보험 혜택을 받을 있는 권리에 대한 자세한 정보는 [contact number]번을 통해 보험사에 문의하십시오.  1-800-927-HELP(4357) 또는 [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)를 통해 거주지 주정부 보험국에 문의하셔도 됩니다.) | **또는** | **\*\* 단체 건강보험 샘플 –**  플랜이 제공하는 보험 혜택을 상실한 경우, 연방 및 주 법률은 가입자가 상황에 따라 건강보험을 유지할 수 있는 보호 조치를 제공합니다. 이 권리는 기간이 제한될 수 있으며 **보험료**를 납부해야 하는데, 이때의 보험료는 플랜 보장을 받을 때 납부한 보험료보다 훨씬 비쌀 수 있습니다. 또한 보험 혜택을 계속 받을 수 있는 권리에 다른 제약이 따를 수도 있습니다.  가입자가 계속 보험 혜택을 받을 있는 권리에 대한 자세한 정보는 [contact number]번을 통해 플랜에 문의하십시오. 또 1-866-444-3272 나 [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)를 통해 거주지 주정부 보험국, 미국 노동부, 종업원복지보장과에 문의하거나, 1-877-267-2323 x61565나 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 통해 미국 보건복지부에 문의할 수도 있습니다. |

**불만 제기 및 이의 신청 권리:**

[FOR GROUP PLANS:] 플랜의 혜택 보장 거부에 불만이 있는 경우, **이의** 신청을 하거나 **불만**을 제기할 수 있습니다. 본인의   
권리나 본 통지서 내용, 지원 관련 문의는 다음 연락처로 하십시오. [insert applicable plan contact information]노동부 종업원복지보장과:   
1-866-444-EBSA(3272) 또는 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) / 캘리포니아 보험감독국 소비자 커뮤니케이션부 건강과, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013이나 1-800-927-HELP(4357) 또는 1-800-482-4833 TDD나 [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). 소비자 지원 프로그램이 귀하의 이의 신청을 도와드립니다. 위에 기재된 연락처 정보를 이용해 캘리포니아 보험감독국으로 연락하십시오.

[FOR INDIVIDUAL PLANS:] 플랜의 혜택 보장 거부에 불만이 있는 경우, **이의** 신청을 하거나 **불만**을 제기할 수 있습니다. 본인의 권리나 본 통지서 내용, 지원 관련 문의는 다음 연락처로 하십시오. 캘리포니아 보험감독국 소비자 커뮤니케이션부 건강과, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013이나 1-800-927-HELP(4357) 또는 1-800-482-4833 TDD나 [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). 소비자 지원 프로그램이 귀하의 이의 신청을 도와드립니다. 위에 기재된 연락처 정보를 이용해 캘리포니아 보험감독국으로 연락하십시오.

**본 보험 보장이 최소 필수 혜택을 제공합니까?**

건강보험개혁법(Affordable Care Act)에 따라 대다수의 사람들이 "최소 필수 혜택"을 받을 수 있는 건강보험 보장을 받아야 합니다. **이 플랜 또는 보험은 최소 필수 혜택을 제공[합니다/하지 않습니다].**

**본 보험 보장이 최소 가치 기준을 충족합니까?**

건강보험개혁법(Affordable Care Act)은 건강 플랜 혜택에 대한 최소 가치 기준을 정해놓고 있습니다. 최소 가치 기준은 60%입니다  
(보험계리적 가치). **본 건강보험은 제공하는 혜택에 대한 최소 가치 기준을 충족[합니다/하지 않습니다].**

**언어 서비스:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number]. ]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number]. ]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number]. ]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insert telephone number]. ]

––––––––––––––––––––––*의료 비용 처리 사례를 보시려면 다음 페이지 참고하세요.–––––––––––*–––––––––––

**제2형 당뇨병 관리**(잘 관리된 병태의 정기 유지요법)

**출산**(정상 분만)

**보장 사례 설명:**

이 사례들은 본 플랜이 특정한 상황에서 어떤 식으로 의료비를 보장하는지 보여줍니다. 이 사례에 예시된 환자가   
여러 플랜의 보장을 받을 경우,   
일반적으로 얼마나 많은 재정 보호를   
받을 수 있는지 확인하십시오.

**이 사례들은 의료비를 추산하기 위한 것이 아닙니다.**

이 사례를 이용해 본 플랜에 따른 가입자의 실제 의료비를 추산해서는 안 됩니다. 가입자가 받는 실제 의료서비스는 이 사례들과 다를 것이며, 따라서 그 비용도 다를 것입니다.

다음 페이지에 이 사례들과 관련된 중요한 정보가 나와 있습니다.

**Exclamation**

◼ **의료 서비스 제공자에게 지불해야   
하는 금액:** $7,540

◼ **플랜이 지불하는 금액** $

◼ **환자가 지불하는 금액** $

**의료비 예시:**

|  |  |
| --- | --- |
| 병원비(산모) | $2,700 |
| 정기적인 부인과 진료 | $2,100 |
| 병원비(아기) | $900 |
| 마취비 | $900 |
| 검사비 | $500 |
| 처방약 | $200 |
| 방사선비 | $200 |
| 백신, 기타 예방 접종 | $40 |
| **총액** | **$7,540** |

**환자가 지불하는 금액:**

|  |  |
| --- | --- |
| 본인부담금 | $ |
| 코페이먼트 | $ |
| 코인슈어런스 | $ |
| 제한 또는 제외 사항 | $ |
| **총액** | **$** |

◼ **의료 서비스 제공자에게 지불해야   
하는 금액:** $5,400

◼ **플랜이 지불하는 금액** $

◼ **환자가 지불하는 금액** $

**의료비 예시:**

|  |  |
| --- | --- |
| 처방약 | $2,900 |
| 의료 기기 및 용품 | $1,300 |
| 진료소 방문 및 시설 | $700 |
| 교육 | $300 |
| 검사비 | $100 |
| 백신, 기타 예방 접종 | $100 |
| **총액** | **$5,400** |

**환자가 지불하는 금액:**

|  |  |
| --- | --- |
| 본인부담금 | $ |
| 코페이먼트 | $ |
| 코인슈어런스 | $ |
| 제한 또는 제외 사항 | $ |
| **총액** | **$** |

**보장 사례에 대한 질문 및 답변:**

**보장 사례에 기본적으로 가정되어 있는 상황은 어떤 것들입니까?**

* 상기 비용에는 **보험료**가 포함되지 않습니다.
* 예시된 의료비는 미국 보건복지부가 제공한 국가 평균에 근거한 것으로서, 특정 지역이나 특정 건강 플랜에 국한된 사례가 아닙니다.
* 환자의 병태는 보장 범위에서 제외되거나 플랜 가입 전부터 앓던 병태가 아닙니다.
* 모든 서비스와 치료는 동일한 보험 기간에 시작되고 종료되었습니다.
* 본 플랜에 따라 보장을 받는 가입자에게 다른 의료 비용이 발생하지 않았습니다.
* 가입자 부담 한도액은 해당 사례에 제시된 병태를 치료하는 경우에만 국한된 것입니다.
* 환자는 모든 치료를 네트워크 소속 **의료 서비스 제공자**에게 받았습니다. 만약 환자가 네트워크에 소속되지 않은 **의료 서비스 제공자**에게 치료를 받았다면 비용이 더 늘어났을 것입니다.

**이 보장 사례는 무엇을 알려줍니까?**

보험 보장 사례는 각 치료 상황에서 가입자가 **본인부담금, 코페이먼트**, **코인슈어런스**가 어떻게 합산되는지 파악하는 데 도움이 됩니다. 또 서비스나 치료가 보장되지 않거나 지불액이 제한될 경우 가입자가 어떤 비용을 더 지불해야 하는지 파악하는 데도 도움이 됩니다.

**이 보장 사례를 통해 내게 필요한 의료 서비스를 예측할 수 있습니까?**

**🗶 아니오.** 이 치료 사례들은 예시일 뿐입니다. 가입자가 이 병태에 대해 받게 될 치료는 담당의사의 조언, 가입자의 나이, 병태의 심각성 및 기타 많은 요인에 따라 달라질 수 있습니다.

**이 보장 사례를 통해 내가 앞으로 지출할 의료비를 예측할 수 있습니까?**

**🗶아니오.** 보장 사례는 의료비를 추산하기 위한 것이 **아닙니다**. 이 사례들을 이용해 실제 병태에 대한 비용을 추산할 수 없습니다. 이는 오직 비교를 위한 것입니다. 가입자가 지출하게 될 의료비는 본인이 받는 진료, **의료 서비스 제공자**가 청구하는 금액, 건강 플랜이 허용하는 변제 금액에 따라 달라질 것입니다.

**이 보장 사례들을 이용해 플랜을 비교할 수 있습니까?**

**✓예.** 다른 플랜의 '보험금 및 보장 범위 요약서'를 살펴보면, 동일한 보험 보장 사례를 볼 수 있습니다. 플랜을 비교할 때, 각 사례의 "환자가 지불하는 금액” 난을 확인하십시오. 그 난에 적힌 금액이 적을수록, 당해 플랜이 더 많은 보장을 제공하는 것입니다.

**플랜을 비교할 때 고려해야 하는 다른 비용이 있습니까?**

**✓예, 있습니다.** 한 가지 중요한 비용은 가입자가 납부하는 **보험료**입니다. 일반적으로 **보험료**가 낮을수록 **코페이먼트, 본인부담금**, **코인슈어런스** 같은 가입자가 부담하는 금액이 늘어날 것입니다.가입자는 본인 부담 비용을 내는 데 도움이 되는 건강 저축 계좌(HSA), 유동적 지출 대책(FSA), 의료비 변제 계좌(HRA) 같은 계좌에 납입되는 개인 분담금도 고려해야 합니다