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.

중요한 질문	답변	본 자료가 중요한 이유:
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.

- **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 1 차 진료(주치의)			
	전문의 진료			
	기타 진료의 진료실 방문			
	예방 진료/선별 검사/예방 접종			
검사를 받는 경우	진단 검사(X 레이, 혈액 검사)			
	영상 검사(CT/PET 스캔, MRI)			
질병이나 증상 치료를 위한 약이 필요한 경우	[유사 약품]			
	[지정 유명 약품]			
	[비지정 유명 약품]			
처방약 보장에 관한 자세한 정보는 www.[insert]에서 확인.	[특수 약품]			

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
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 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/ebsa를 통해 거주지 주정부 보험국, 미국 노동부, 종업원복지보장과에 문의하거나, 1-877-267-2323 x61565나 www.cciio.cms.gov를 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 / 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. 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. 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.

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.

출산
(정상 분만)

- 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	**$**

제 2 형 당뇨병 관리
(잘 관리된 병태의 정기 유지요법)

- 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

문의: 1-800-[insert]번으로 문의하거나 www.[insert] 내용을 참조하십시오. 본 문서에 사용된 밑줄 친 용어의 뜻을 잘 모르는 경우에는 www.[insert]의 '용어 사전'을 참조하거나 1-800-[insert]번으로 전화하여 사본을 요청하십시오.