|  |
| --- |
| **혜택 요약 설명서(SBC)는 건강** [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **선택을 도와드립니다. SBC는 보장되는 건강 관리 서비스 비용을 여러분과** [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**이 어떻게 분담하는지 알려드립니다. 주의: 본** [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**의 비용(**[**보험료**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) 관련 정보는 따로 안내해 드립니다.****본 정보는 간추린 내용입니다.** 자신의 보장 범위에 대한 정보를 자세히 알고 싶거나 보험 약관 사본을 원하시면 [insert contact information]번으로 연락하십시오. [허용 금액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount), [잔액 청구서](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [코인슈어런스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [코페이먼트](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider), 기타 밑줄 쳐진 용어처럼 자주 사용되는 용어의 일반적인 정의는 '용어 사전'을 참조하십시오. '용어 사전'은 www.[insert].com에서 확인하거나 1-800-[insert] 번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. **[옵션: 문의:** 1-800-[insert]번으로 전화하거나 www.[insert].com에 접속하면 여러분이 가입한 [plan’s summary plan description / policy documents] 사본을 비롯해 자세한 정보를 얻을 수 있습니다**].** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **중요한 질문** | **답변** | **본 자료가 중요한 이유:** |
| [**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **총액은 얼마입니까?** | **$** | [YES:] 일반적으로 여러분은 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 비용 지불을 시작하기 전에 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)가 청구하는 금액 가운데 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)에 해당하는 금액을 모두 지불해야 합니다. **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]**다른 가족이 이 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에 가입되어 있는 경우, 모든 가족 구성원이 지불한 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 총액이 가족 전체의 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 한도를 충족할 때까지 각자 개인 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)을 지불해야 합니다. **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]**다른 가족도 보험 혜택을 받는 경우, [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 비용 지불을 시작하기 전에 가족 전체의 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 한도를 충족해야 합니다.[NO:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 보장하는 서비스와 관련해 가입자가 지불해야 하는 비용은 아래의 일반 의료 상황 차트를 참조하십시오. |
| [**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **한도를 충족하기 전에 보장받을 수 있는 서비스가 있습니까?** | **$** | [YES:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)은 가입자가 아직 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 한도를 충족하지 못한 경우에도 일부 품목과 서비스에 대한 혜택을 보장합니다. 하지만 이 경우 [코페이먼트](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment)와 [코인슈어런스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)가 적용될 수도 있습니다. **[For non-grandfathered plans insert:]**"일례로 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)은 특정한 [예방 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)의 경우 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 한도를 충족하기 전에도 [비용 분담](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) 없이 보장합니다. 보장되는 [예방 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care) 목록은 <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>에서 확인하십시오.[NO:][플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 서비스 비용 지급을 시작하기 전에 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)에 해당하는 금액을 모두 지불해야 합니다. |
| **특정 서비스를 이용할 경우** [**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**이 달라집니까?** |  | [YES:] [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 이 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 해당 서비스에 대해 정해진 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)을 한도액까지 모두 지불해야 합니다. [NO:] 특정 서비스에 대한 [본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)을 한도액까지 지불하지 않아도 됩니다. |
| [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**의** [**가입자 부담 한도액**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**이란 무엇입니까?** | **$** | [YES:] [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)이란 보장되는 서비스에 대해 여러분이 1년간 납부하게 되는 최대 금액을 말합니다. **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded MOOP:]**이 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에 다른 가족이 가입되어 있는 경우, 가족 전체의 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)이 충족될 때까지 각자 자신의 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)을 납부해야 합니다.  **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]**이 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에 다른 가족이 가입되어 있는 경우, 가족 전체의 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)을 충족해야 합니다.[NO:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에는 가입자가 지출하는 비용에 대한 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)이 없습니다. |
| [**가입자 부담 한도액**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?** |  | [YES:] 가입자가 이 비용을 내더라도 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)에 포함되지 않습니다.[NO:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에는 가입자가 지출하는 비용에 대한 [가입자 부담 한도액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)이 없습니다. |
| [**네트워크에 소속된 의료 서비스 제공자**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)**를 이용하면 돈이 적게 듭니까?** |  | [YES:] **[If simple network:]** 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)은 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [네트워크](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)를 이용합니다. 플랜 [네트워크](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)에 소속된 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)를 이용하는 경우 비용이 적게 듭니다. [네트워크 비소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider)를 이용하면 비용이 많이 소요되고, [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)가 청구한 비용과 여러분이 가입한 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 지급한 비용이 차이가 날 경우 그 차액을 요구하는 청구서([잔액 청구서](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing))를 의료 서비스 제공자에게서 받을 수도 있습니다. [네트워크 소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)가 일부 서비스(검사 등)를 네트워크 [비소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider)에게 위탁할 수도 있다는 사실을 명심하십시오. 서비스를 받기 전에 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)에게 확인하십시오.**[If tiered network:]**[insert tier name]에서 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)를 이용할 경우 가장 적은 비용이 소요됩니다. [insert tier name]에서 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)를 이용하면 돈을 더 내야 합니다. [네트워크 비소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider)를 이용하면 비용이 많이 들고, [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)가 청구한 비용과 여러분이 가입한 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 지급한 비용이 차이가 날 경우 그 차액을 요구하는 청구서([잔액 청구서](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing))를 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)에게서 받을 수도 있습니다. [네트워크 소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)가 일부 서비스(검사 등)를 네트워크 [비소속 의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider)에게 위탁할 수도 있다는 사실을 명심하십시오. 서비스를 받기 전에 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)에게 확인하십시오.[NO:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)은 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [네트워크](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)를 이용하지 않습니다. 모든 [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)를 통해 보험 서비스를 받을 수 있습니다. |
| [**전문의**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) **진료를 받으려면 진료** [**의뢰서**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)**가 필요합니까?** |  | [YES:] 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)은 [전문의](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)에게 보험 서비스를 받을 경우 해당 비용의 전부 혹은 일부를 지급하지만, [전문의](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)에게 가기 전에 반드시 진료 [의뢰서](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)를 받아야 합니다. [NO:] 진료 [의뢰서](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral) 없이도 가입자가 선택한 [전문의](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)에게 진료를 받을 수 있습니다. |

| **Exclamation** | [**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)이 적용되는 경우, 이 표에 기재된 모든 [**코페이먼트**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) 및 [**코인슈어런스**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) 비용은 가입자가 [**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) 한도를 충족한 뒤의 가격입니다. [include only if plan has deductible] |
| --- | --- |

| **일반적인 의료 상황** | **가입자에게 필요한 서비스** | **지불하게 될 금액** | **제한사항, 예외조항, 기타 중요 정보** |
| --- | --- | --- | --- |
| **[네트워크 소속] 의료 서비스 제공자(최소 비용 지불)**  | **[네트워크 비소속] 의료 서비스 제공자(최대 비용 지불)**  |
| [**의료 서비스 제공자**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)**의 진료소나 병원에 가는 경우** | 부상이나 질병 치료를 위한 1차 진료(주치의) |  |  |  |
| [전문의](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) 진료 |  |  |  |
| [예방 진료](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[선별 검사](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/예방 접종  |  |  |  |
| **검사를 받는 경우** | [진단 검사](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test)(X레이, 혈액 검사) |  |  |  |
| 영상 검사(CT/PET 스캔, MRI)  |  |  |  |
| **질병이나 증상 치료를 위한 약이 필요한 경우**질병이나 증상 치료를 위한 약이 필요한 경우 [**처방약 보장**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage)에 관한 자세한 정보는 www.[insert].com에서 확인  | 유사 약품 |  |  |  |
| 지정 유명 약품 |  |  |  |
| 비지정 유명 약품 |  |  |  |
| [특수 약품](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug)  |  |  |  |
| **외래 수술을 받는 경우** | 시설비(예: 통원 수술 센터) |  |  |  |
| 내과/외과의 진료비 |  |  |  |
| **응급치료가 필요한 경우** | [응급실 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services)  |  |  |  |
| [응급 후송](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [긴급 진료](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **입원한 경우** | 시설 요금(예: 입원실 사용료) |  |  |  |
| 내과/외과의 진료비 |  |  |  |
| **정신건강, 행동건강, 약물중독 치료가 필요한 경우** | 외래 치료  |  |  |  |
| 입원 치료 |  |  |  |
| **임신한 경우** | 진료소 방문  |  |  |  |
| 출산/분만 전문가 서비스  |  |  |  |
| 출산/분만 시설 서비스 |  |  |  |
| **건강 회복을 위해 도움이 필요하거나 기타 특수한 의료 서비스가 필요한 경우** | [자택 의료](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [재활 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [사회 복귀 훈련 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [숙련된 간호 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [내구성 의료 장비](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [호스피스 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우** | 어린이 안과 검진  |  |  |  |
| 어린이용 안경  |  |  |  |
| 어린이 치과 검진 |  |  |  |

**제외된 서비스 & 기타 보장 서비스:**

|  |
| --- |
| **여러분이 가입한** [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용 및 다른** [**제외 서비스**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services) **목록은 보험 증권이나 플랜 서류를 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
 |

|  |
| --- |
| **기타 보장되는 서비스(이 서비스에도 제한이 있을 수 있습니다. 이 목록은 완전한 목록이 아니니, 자세한 사항은 본인의** [**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **서류를 참조하십시오.)** |
| * 침술 치료
 | * 비만 치료 수술
 | * 체중 감량 프로그램
 |

**보험 혜택을 계속 받을 수 있는 권리:** 보험 기간이 끝난 뒤에도 계속 보험 혜택을 받고자 하는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이들 기관의 연락처는 다음과 같습니다. [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. 건강보험 [시장](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)을 통해 개인 보험 보장을 구입하는 등의 다른 보험 옵션을 이용할 수도 있습니다. [건강보험 시장](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)에 대한 자세한 정보는 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)에 접속해 확인하거나 1-800-318-2596으로 문의하십시오.

**불만 제기 및 이의 신청 권리:** 본인이 가입한 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)의 보험금 청구 거부에 대해 [불만](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)이 있는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이를 [불만 제기](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) 또는 [이의 신청](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal)이라고 합니다. 본인의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료비 [청구](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)와 관련해 받게 될 혜택 설명서를 살펴보십시오. 가입자의 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) 서류에도 어떤 이유로든 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에 [보험금 청구](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim), [이의 신청](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal), [불만 제기](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance)를 할 수 있는 방법에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다. 본인의 권리나 본 안내서, 지원에 관한 자세한 사항은 다음 연락처로 문의하십시오[insert applicable contact information from instructions].

**이 플랜이 최소 필수 보장을 제공합니까? [예/아니오]**

어떤 달에 [최소 필수 보장](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage)을 받지 못했다면, 해당 월의 건강 보험 가입 요건을 면제받을 수 있는 자격이 없는 이상 소득 신고서를 제출할 때 관련 비용을 지불해야 합니다.

**이 플랜이 최소 가치 기준을 충족합니까? [예/아니오]**

본인이 가입한 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 [최소 가치 기준](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard)을 충족하지 못한다면 [보험료 세액 공제](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits)를 받을 자격이 생기므로 [건강보험 시장](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)을 통해 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) 비용을 지불할 수 있습니다.

**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].]

––––––––––––––––––––––*다음 페이지에는 이 플랜이 예시된 여러 가지 의료 상황에서 소요되는 비용을 어떻게*–––––––––––––––––––––– *보장해주는지 보여주는 몇 가지 사례가 준비되어 있습니다.*



**이 사례들은 의료비를 추산하기 위한 것이 아닙니다.** 여기 소개된 치료 사례는 본 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)이 어떤 식으로 의료비를 보장하는지 보여주는 예시일 뿐입니다. 실제 지불하게 될 비용은 가입자가 받는 치료, [의료 서비스 제공자](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)가 청구하는 금액, 그리고 기타 많은 요소에 따라 달라집니다. [비용 분담액](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)([본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [코페이먼트](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [코인슈어런스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance))과 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에서 [제외된 서비스](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)를 중점적으로 살펴보십시오. 이 정보를 이용해 다른 건강 [플랜](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)에 가입할 경우 지불하게 될 금액과 서로 비교해볼 수 있습니다. 본 보장 사례들은 개인 보장 보험을 근거로 한 것임을 알아두십시오.

**보장 사례 설명:**

**페그의 출산**(9개월간 네트워크 소속 제공자에게 산전 진료를 받고 병원에서 출산)

◼[**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**의 가입자**[**본인부담금**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼[**전문의**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)***[비용 분담]* $**

◼**병원(시설)*[비용 분담]* %**

◼**기타*[비용 분담]* %**

**본 예시에 포함된 의료 서비스:**

전문의 진료실 방문(*산전 진료)*

출산/분만 전문가 서비스

출산/분만 시설 서비스

진단 검사(*초음파 및 혈액 검사)*

전문의 진료*(마취)*

|  |  |
| --- | --- |
| **예시된 총 비용** | **$** |

**이 사례에서 페그가 내야 하는 금액:**

|  |
| --- |
| *비용 분담* |
| 본인부담금 | $ |
| 코페이먼ㅌ | $ |
| 코인슈어런스 | $ |
| *보장 제외* |
| 제한 또는 제외 사항 | $ |
| **페그가 지불해야 하는 총 비용** | **$** |

**조의 제2형 당뇨병 관리**(1년간 네트워크 소속 제공자에게 정기 검진을 받아 잘 관리된 상태 유지)

◼[**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**의 가입자[본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)** **$**

◼[**전문의**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)***[비용 분담]* $**

◼**병원(시설)*[비용 분담]* %**

◼**기타 *[비용 분담]* %**

**본 예시에 포함된 의료 서비스:**

주치의 진료실 방문(*질병 관련
교육 포함)*

진단 검사*(혈액 검사)*

처방약

내구성 의료 장비*(혈당 측정기)*

|  |  |
| --- | --- |
| **예시된 총 비용** | **$****플랜은 이 예시에서 보장된 서비스와 관련된 기타 비용도 책임질 것입니다.**  |

**이 사례에서 조가 내야 하는 금액:**

|  |
| --- |
| *비용 분담* |
| 본인부담금 | $ |
| 코페이먼ㅌ | $ |
| 코인슈어런스 | $ |
| *보장 제외* |
| 제한 또는 제외 사항 | $ |
| **조가 지불해야 하는 총 비용** | **$** |

**미아의 단순 골절**(네트워크 소속 응급실 처치 및
후속 치료)

◼[**플랜**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**의 가입자[본인부담금](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)** **$**

◼[**전문의**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)***[비용 분담]* $**

◼**병원(시설)*[비용 분담]* %**

◼**기타 *[비용 분담]* %**

**본 예시에 포함된 의료 서비스:**

응급실 진료*(의료 물품
포함)*

진단 검사*(x레이)*

내구성 의료 장비*(목발)*

재활 서비스*(물리치료)*

|  |  |
| --- | --- |
| **예시된 총 비용** | **$** |

**이 사례에서 미아가 내야 하는 금액:**

|  |
| --- |
| *비용 분담* |
| 본인부담금 | $ |
| 코페이먼ㅌ | $ |
| 코인슈어런스 | $ |
| *보장 제외* |
| 제한 또는 제외 사항 | $ |
| **미아가 지불해야 하는 총 비용** | **$** |