



혜택 요약 설명서(SBC)는 건강 **플랜** 선택을 도와드립니다. SBC는 보장되는 건강 관리 서비스 비용을 여러분과 **플랜**이 어떻게 분담하는지 알려드립니다. 주의: 본 **플랜**의 비용(**보험료**) 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, 잔액 청구서, 코인슈어런스, 코페이먼트, 본인부담금, 의료 서비스 제공자**, 기타 **밑줄** 처진 용어처럼 자주 사용되는 용어의 일반적인 정의는 '용어 사전'을 참조하십시오. '용어 사전'은 [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com)에서 확인하거나 1-800-[insert]번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. [옵션: 문의: 1-800-[insert]번으로 전화하거나 [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com)에 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 총액은 얼마입니까?	\$	<p>[YES:] 일반적으로 여러분은 본 플랜이 비용 지불을 시작하기 전에 의료 서비스 제공자가 청구하는 금액 가운데 본인부담금에 해당하는 금액을 모두 지불해야 합니다. [If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:] 다른 가족이 이 플랜에 가입되어 있는 경우, 모든 가족 구성원이 지불한 본인부담금 총액이 가족 전체의 본인부담금 한도를 충족할 때까지 각자 개인 본인부담금을 지불해야 합니다. [2. Family coverage with non-embedded deductible:] 다른 가족도 보험 혜택을 받는 경우, 플랜이 비용 지불을 시작하기 전에 가족 전체의 본인부담금 한도를 충족해야 합니다.</p> <p>[NO:] 본 플랜이 보장하는 서비스와 관련해 가입자가 지불해야 하는 비용은 아래의 일반 의료 상황 차트를 참조하십시오.</p>
본인부담금 한도를 충족하기 전에 보장받을 수 있는 서비스가 있습니까?	\$	<p>[YES:] 본 플랜은 가입자가 아직 본인부담금 한도를 충족하지 못한 경우에도 일부 품목과 서비스에 대한 혜택을 보장합니다. 하지만 이 경우 코페이먼트와 코인슈어런스가 적용될 수도 있습니다. [For non-grandfathered plans insert:] "일례로 본 플랜은 특정한 예방 서비스의 경우 본인부담금 한도를 충족하기 전에도 비용 분담 없이 보장합니다. 보장되는 예방 서비스 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/에서 확인하십시오.</p> <p>[NO:] 플랜이 서비스 비용 지급을 시작하기 전에 본인부담금에 해당하는 금액을 모두 지불해야 합니다.</p>
특정 서비스를 이용할 경우 본인부담금이 달라집니까?		<p>[YES:] 플랜이 이 서비스에 대한 비용 지불을 시작하기 전에 해당 서비스에 대해 정해진 본인부담금을 한도액까지 모두 지불해야 합니다.</p> <p>[NO:] 특정 서비스에 대한 본인부담금을 한도액까지 지불하지 않아도 됩니다.</p>

<p><u>플랜의 가입자 부담 한도액</u>이란 무엇입니까?</p>	<p>§</p>	<p>[YES:] <u>가입자 부담 한도액</u>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 <u>플랜</u>에 다른 가족이 가입되어 있는 경우, 가족 전체의 <u>가입자 부담 한도액</u>이 충족될 때까지 각자 자신의 <u>가입자 부담 한도액</u>을 납부해야 합니다. [2. Family coverage with non-embedded MOOP:]이 <u>플랜</u>에 다른 가족이 가입되어 있는 경우, 가족 전체의 <u>가입자 부담 한도액</u>을 충족해야 합니다.</p> <p>[NO:] 본 <u>플랜</u>에는 가입자가 지출하는 비용에 대한 <u>가입자 부담 한도액</u>이 없습니다.</p>
<p><u>가입자 부담 한도액</u>에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?</p>		<p>[YES:] 가입자가 이 비용을 내더라도 <u>가입자 부담 한도액</u>에 포함되지 않습니다.</p> <p>[NO:] 본 <u>플랜</u>에는 가입자가 지출하는 비용에 대한 <u>가입자 부담 한도액</u>이 없습니다.</p>
<p><u>네트워크에 소속된 의료 서비스 제공자</u>를 이용하면 돈이 적게 듭니까?</p>		<p>[YES:] [If simple network:] 본 <u>플랜</u>은 <u>의료 서비스 제공자 네트워크</u>를 이용합니다. <u>플랜 네트워크</u>에 소속된 <u>의료 서비스 제공자</u>를 이용하는 경우 비용이 적게 듭니다. <u>네트워크 비소속 의료 서비스 제공자</u>를 이용하면 비용이 많이 소요되고, <u>의료 서비스 제공자</u>가 청구한 비용과 여러분이 가입한 <u>플랜</u>이 지급한 비용이 차이가 날 경우 그 차액을 요구하는 청구서(<u>잔액 청구서</u>)를 <u>의료 서비스 제공자</u>에게서 받을 수도 있습니다. <u>네트워크 소속 의료 서비스 제공자</u>가 일부 서비스(검사 등)를 <u>네트워크 비소속 의료 서비스 제공자</u>에게 위탁할 수도 있다는 사실을 명심하십시오. 서비스를 받기 전에 <u>의료 서비스 제공자</u>에게 확인하십시오.</p> <p>[If tiered network:] [insert tier name]에서 <u>의료 서비스 제공자</u>를 이용할 경우 가장 적은 비용이 소요됩니다. [insert tier name]에서 <u>의료 서비스 제공자</u>를 이용하면 돈을 더 내야 합니다. <u>네트워크 비소속 의료 서비스 제공자</u>를 이용하면 비용이 많이 들고, <u>의료 서비스 제공자</u>가 청구한 비용과 여러분이 가입한 <u>플랜</u>이 지급한 비용이 차이가 날 경우 그 차액을 요구하는 청구서(<u>잔액 청구서</u>)를 <u>의료 서비스 제공자</u>에게서 받을 수도 있습니다. <u>네트워크 소속 의료 서비스 제공자</u>가 일부 서비스(검사 등)를 <u>네트워크 비소속 의료 서비스 제공자</u>에게 위탁할 수도 있다는 사실을 명심하십시오. 서비스를 받기 전에 <u>의료 서비스 제공자</u>에게 확인하십시오.</p> <p>[NO:] 본 <u>플랜</u>은 <u>의료 서비스 제공자 네트워크</u>를 이용하지 않습니다. 모든 <u>의료 서비스 제공자</u>를 통해 보험 서비스를 받을 수 있습니다.</p>
<p><u>전문의</u> 진료를 받으려면 <u>진료 의뢰서</u>가 필요합니까?</p>		<p>[YES:] 본 <u>플랜</u>은 <u>전문의</u>에게 보험 서비스를 받을 경우 해당 비용의 전부 혹은 일부를 지급하지만, <u>전문의</u>에게 가기 전에 반드시 <u>진료 의뢰서</u>를 받아야 합니다.</p> <p>[NO:] <u>진료 의뢰서</u> 없이도 가입자가 선택한 <u>전문의</u>에게 진료를 받을 수 있습니다.</p>



본인부담금이 적용되는 경우, 이 표에 기재된 모든 **코페이먼트** 및 **코인슈어런스** 비용은 가입자가 **본인부담금** 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 제공자의 진료소나 병원에 가는 경우	부상이나 질병 치료를 위한 1차 진료(주치의)			
	전문의 진료			
	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 질병이나 증상 치료를 위한 약이 필요한 경우 처방약 보장 에 관한 자세한 정보는 www.[insert].com 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	외래 치료			
	입원 치료			

[* 제한 및 제외에 관한 자세한 사항은 www.insert.com에서 플랜 또는 보험 서류를 확인하십시오.]

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)	
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			
	재활 서비스			
	사회 복귀 훈련 서비스			
	숙련된 간호 서비스			
	내구성 의료 장비			
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	호스피스 서비스			
	어린이 안과 검진			
	어린이용 안경			
	어린이 치과 검진			

제외된 서비스 & 기타 보장 서비스:

여러분이 가입한 [플랜](#)이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용 및 다른 [제외 서비스](#) 목록은 보험 증권이나 플랜 서류를 참조하십시오)

<ul style="list-style-type: none"> 척추 지압 치료 미용 성형 치과 치료(성인) 보청기 	<ul style="list-style-type: none"> 불임 치료 장기 치료 미국 국외 여행 중의 비응급 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 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](#) 서류를 참조하십시오.)

<ul style="list-style-type: none"> 침술 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 비만 치료 수술 	<ul style="list-style-type: none"> 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](#)을 통해 개인 보험 보장을 구입하는 등의 다른 보험 옵션을 이용할 수도 있습니다. [건강보험 시장](#)에 대한 자세한 정보는 www.HealthCare.gov에 접속해 확인하거나 1-800-318-2596으로 문의하십시오.

불만 제기 및 이의 신청 권리: 본인이 가입한 플랜의 보험금 청구 거부에 대해 불만이 있는 경우 도움을 드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이를 불만 제기 또는 이의 신청이라고 합니다. 본인의 권리에 대한 자세한 정보는 해당 의료비 청구와 관련해 받게 될 혜택 설명서를 살펴보십시오. 가입자의 플랜 서류에도 어떤 이유로든 플랜에 보험금 청구, 이의 신청, 불만 제기를 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 보장을 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 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못한다면 보험료 세액 공제를 받을 자격이 생기므로 건강보험 시장을 통해 플랜 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, kwijigo holne' [insert telephone number].]

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

보장 사례 설명:



이 사례들은 의료비를 추산하기 위한 것이 아닙니다. 여기 소개된 치료 사례는 본 플랜이 어떤 식으로 의료비를 보장하는지 보여주는 예시일 뿐입니다. 실제 지불하게 될 비용은 가입자가 받는 치료, 의료 서비스 제공자가 청구하는 금액, 그리고 기타 많은 요소에 따라 달라집니다. 비용 분담액(본인부담금, 코페이먼트, 코인슈어런스)과 플랜에서 제외된 서비스를 중점적으로 살펴보십시오. 이 정보를 이용해 다른 건강 플랜에 가입할 경우 지불하게 될 금액과 서로 비교해볼 수 있습니다. 본 보장 사례들은 개인 보장 보험을 근거로 한 것임을 알아두십시오.

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

■ <u>플랜</u> 의 가입자 <u>본인부담금</u>	\$
■ <u>전문</u> 의 [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	\$
코페이먼트	\$
코인슈어런스	\$
보장 제외	
제한 또는 제외 사항	\$
페그가 지불해야 하는 총 비용	\$

조의 제 2형 당뇨병 관리
(1년간 네트워크 소속 제공자에게 정기 검진을 받아 잘 관리된 상태 유지)

■ <u>플랜</u> 의 가입자 <u>본인부담금</u>	\$
■ <u>전문</u> 의 [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	\$
----------	----

이 사례에서 조가 내야 하는 금액:

비용 분담	
본인부담금	\$
코페이먼트	\$
코인슈어런스	\$
보장 제외	
제한 또는 제외 사항	\$
조가 지불해야 하는 총 비용	\$

미아의 단순 골절
(네트워크 소속 응급실 처치 및 후속 치료)

■ <u>플랜</u> 의 가입자 <u>본인부담금</u>	\$
■ <u>전문</u> 의 [비용 분담]	\$
■ 병원(시설) [비용 분담]	%
■ 기타 [비용 분담]	%

본 예시에 포함된 의료 서비스:
 응급실 진료(의료 물품 포함)
 진단 검사(x 레이)
 내구성 의료 장비(목발)
 재활 서비스(물리치료)

예시된 총 비용	\$
----------	----

이 사례에서 미아가 내야 하는 금액:

비용 분담	
본인부담금	\$
코페이먼트	\$
코인슈어런스	\$
보장 제외	
제한 또는 제외 사항	\$
미아가 지불해야 하는 총 비용	\$