



건강보험 비용 이해에 대한 소비자 가이드

건강보험 비용에 대해 숙지하는 데 책임이 있을 수 있는 다양한 비용과 그 비용을 설명하는 데 쓰이는 용어를 이해하는 것은 중요합니다. 이러한 주요 용어 중 일부는 일반적인 정보를 제공하고자 아래에 정의되어 있습니다. 이러한 용어를 귀하의 보험에 걸맞게 정의한 방식에 대해 구체적인 정보를 수집하기 위해 보험 약관 또는 플랜 계약서를 확인해야 합니다.

허용 금액(Allowable Amount) –보험 회사에서¹ 보장되는 의료 서비스에 대해 비용을 지급하려고 결정한 경우 이용하는 최대 금액. 이는 "지급 허용 한도" 또는 "협약의 효율"이라고도 합니다. 의료기관에서 허용 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 경우 그 차액을 지급해야 할 수 있습니다.

잔액 청구(Balance Billing) – 잔액 청구는 보건의료인(예: 의사)이 환자의 의료 보험 회사가 청구서의 몫을 지불한 후 환자에게 청구할 때 발생합니다. 잔액 청구서는 의료인의 요금과 보험 회사가 설정한 가격 사이의 차액으로, 환자가 지급한 본인부담금(copays), 공동보험금(coinsurance) 또는 공제액(deductibles)을 지불한 후에 계산됩니다.

잔액 청구는 환자가 네트워크 밖(out-of-network) 의료인 또는 네트워크 밖 시설(예: 병원)로부터 커버되는 의료 서비스를 받을 때 발생할 수 있습니다.

경우에 따라 네트워크 밖을 이용하였을때 잔액 청구로부터 보호를 받을 수 있습니다. 연방 기습 방지법(No Surprises Act)에 따라 네트워크 밖 의료인 또는 네트워크 밖 응급 시설로부터 응급 서비스를 받을 경우 잔액 청구를 받을 수 없습니다. 사전에 귀하의

¹ "보험 회사"라는 용어에는 HMO 및 비영리 의료 서비스 플랜을 포함합니다.

보호를 포기한다는 서면 동의를 하지 않는 한, 네트워크 내(in-network) 의료 시설을 방문하는 동안 네트워크 밖 의료인으로부터 커버되는 비응급 서비스를 받을 수 있습니다. 응급 의료, 마취, 병리학, 방사선학, 실험실, 신생아학, 보조 외과 의사, 병원 의사 및 집중치료 서비스에 대한 보호를 포기하라는 요청을 받을 수 없으며, 네트워크 내 시설에서 이러한 서비스에 대한 잔액 청구받을 수 없습니다. 또한 네트워크 밖 의료인의 항공 구급차 서비스 이용시 커버 받을 수 있습니다.

또한, 2023년 1월 1일부터 정신 건강 또는 약물 사용 장애 서비스에 대한 네트워크 밖 전문의의 진료를 승인받은 경우 잔액 청구가 불가능합니다.

공동보험금(Coinsurance) – 이는 보장되는 의료 서비스 비용에서 귀하가 부담해야 할 금액입니다. 공동보험금은 공제액을 충족하는 경우 적용됩니다. 귀하의 부담금은 서비스에 대한 허용 금액의 20%와 같은 비율입니다. 적용 방식은 다음과 같습니다.

- a. 귀하의 엑스레이 비용은 200 달러입니다.
- b. 보험 회사의 허용 금액은 150 달러입니다.
- c. 귀하의 공동보험금은 20%입니다. 공제액을 이미 충족했다고 가정할 경우, 귀하는 150 달러의 20%, 즉 30 달러를 지급하며 보험 회사는 남은 120 달러를 지급합니다.

본인부담금(Copay) – 이는 특정 서비스에 대해 지급해야 하는 고정 금액입니다. 해당 금액은 서비스 유형 및 네트워크 내 또는 네트워크 밖 의료인의 서비스 제공 여부에 따라 다를 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 플랜은 네트워크 내 의료인의 진료실 방문에 본인부담금 20 달러, 네트워크 밖 의료인의 진료실 방문에 본인부담금 40 달러를 필요로 할 수 있습니다. 해당 수수료는 플랜에 따라 귀하가 부담할 수 있는 모든 공제액에 추가될 수 있습니다.

공제액(Deductible) – 이는 보험 회사가 지급을 시작하기 전 보장되는 서비스에 대해 지급해야 하는 금액입니다. 공제액은 귀하의 보험이나 플랜에서 보장하는 모든 서비스에 대해 적용되지 않을 수 있습니다. 귀하의 보험 회사에 문의하여 보험이나 플랜에 따라 공제 대상이 아닌 서비스 목록을 확인하십시오. 공제 대상 서비스에 대해, 귀하나 귀하의 보건의료인은 귀하가 의료인에게 지급해야 할 책임이 있는 경우에도 보험 회사에 청구서를 제출합니다. 이후 보험 회사는 귀하의 공제액에 대해 보장되는 서비스의 허용 금액을 적용합니다. 허용 금액의 총액이 공제액과 같을 경우 보험 회사는 청구서를 지급하기 시작합니다. 공제액을 충족할 때까지 귀하는 귀하의 보건의료인에게 허용 금액을

지급해야 합니다. 공제액을 충족한 뒤에는 적용 가능한 모든 공동보험금 또는 본인부담금만 지급합니다. 일반적으로, 매년 공제액을 충족해야 합니다.

네트워크 내 의료인(In-Network Providers) - 이는 보험 회사와 계약한 의료인입니다. 계약된 의료인에게 보장되는 서비스를 받은 경우 일반적으로 공제액이나 적용 가능한 모든 본인부담금 또는 공동보험금만 지급하면 됩니다. 의료인은 그 잔액을 청구하지 않을 수 있습니다.

네트워크 밖 의료인(Out-of-Network Providers) - 네트워크 밖 의료인은 귀하의 보험 회사와 계약을 맺고 있지 않습니다. 네트워크 밖 의료인으로부터 커버되는 서비스를 받는 경우 보험 회사는 비용의 일부를 지불하지 않아도 되거나 네트워크 내 의료인이 서비스를 제공했을 때보다 코페이 또는 공동보험금이 더 높을 수 있습니다. 응급 상황, 네트워크 내 시설에서 특정 비응급 치료를 받은 경우, 항공 구급차 서비스, 또는 정신 건강 서비스를 위해 네트워크 밖 제공자에게 진찰을 받도록 건강보험 플랜에서 승인받은 경우는 네트워크 밖 방문에 대해 더 많은 비용을 지불할 필요가 없는 경우도 있습니다.

총 본인부담금 상한액(Out-of-Pocket Maximum) - 이는 보험 회사가 보장되는 의료 서비스에 대한 허용 금액을 100% 지급하기 전 결제하는 최대 금액입니다. 귀하의 보험 약관이나 플랜의 조건에 따라 해당 금액에는 본인부담금 또는 공동보험금을 비롯하여 공제액이 포함될 수 있습니다. 보험 회사에 문의하여 귀하의 보험이나 플랜에 따라 해당 금액에 포함된 항목을 확인하십시오.

보험료(Premium) - 이는 귀하나 귀하의 고용주가 귀하의 보험이나 플랜에 대해 보험 회사에 지급하는 금액입니다. 해당 금액은 월별, 분기별 또는 연도별로 결제될 수 있습니다. 보험료를 지급하지 않은 경우 귀하의 보험이나 플랜이 취소됩니다. 보험 회사가 보험료를 확정하는 방법에 대한 자세한 내용은 *자주 묻는 질문*을 확인하십시오.

의료 보험 요율 및 검토 절차 www.insurance.maryland.gov

질병 예방 서비스(Preventive Services) - 네트워크 내 의료인에게 질병 예방 서비스를 받기 전 공제액을 충족할 필요는 없습니다. 네트워크 내 의료인에게 받은 질병 예방 서비스에 대한 본인부담금 또는 공동보험금 또한 지급할 필요는 없습니다. 질병 예방 서비스는 기타 서비스를 비롯한 선별검사와 예방접종을 포함합니다. 무상으로 보장되는 질병 예방 서비스의 전체 목록에 대해서는 보험 회사에 문의하십시오. 대개 질병 예방 서비스는 문제에 대한 진단 또는 추가 방문과 서비스를 포함하지 않습니다. 귀하의

보건의료인을 방문하여 건강상의 문제를 논의하는 경우, 당초 방문 목적이 예방 차원이었던 경우에도 문제를 다루는 방문 일부에 대해 공제액, 공동부담금 또는 본인부담금이 청구될 수 있습니다.