

병원 상주 의사는 직접 병원에서 일하거나 환자 치료를 위해 병원과 계약한 개인 의료 그룹을 위해 일합니다. 방문 의사는 병원에서 일하도록 허락된 ("특권을 가진") 의사이지만, 병원과 계약은 없으며 별도 전담 의사가 없는 환자를 치료하기 위해 대기 중인 의사입니다. 응급실 의사, 마취사 및 방사선과 의사를 포함한 모든 의사는 병원 상주 의사 또는 방문 의사로서 근무합니다.

PPO 보험이 메릴랜드주 법에 속하며, 환자와 병원 상주 의사 또는 방문 의사가 혜택 이전에 동의하면, 의료보험사는 병원비를 의사에게 보낼 것입니다. 병원 상주 의사 또는 방문 의사는 주 법에 따라 진료비를 받게 되며, 환자에게 잔액을 청구할 수 없습니다. 하지만, 귀하는 모든 해당 공제금, 코페이 및 공동보험료는 여전히 내야 합니다.

아웃-오브-네트워크 의사에게 혜택을 이전할 때 내가 알아야 할 사항은 무엇입니까? PPO 보험에 가입되어 있고, 방문 의사나 병원 상주 의사가 아닌 아웃-오브-네트워크 의사가 귀하로부터 혜택 이전을 받기로 동의하면, 그 의사는 진료 서비스를 제공하기 전에 다음 내용을 제공할 의무가 있습니다.

- 귀하의 의사는 귀하의 보험사 네트워크에 속한 의사가 아닙니다. 다음 이유 때문에 귀하의 의사가 제공하는 서비스에 대한 비용이 더 비쌀 수 있습니다.
- 귀하의 의사의 의료비가 귀하 보험사에서 지급할 금액보다 더 높을 수 있으며, 그 경우, 귀하는 그 차액을 지급해야 합니다. 그리고
- 귀하의 의사가 귀하 보험사 네트워크에 속해 있지 않기 때문에 귀하의 공동 보험금, 공제액 그리고 최대 보험자 부담금이 더 비쌀 수 있습니다.
- 귀하의 의사는 귀하의 의료보험 계약서에서 처리되지 않는 진료에 대한 비용을 청구할 수 있습니다.
- 귀하의 의사는 귀하에게 진료를 제공하기 전에 다음 정보를 제공할 것입니다:
  - 추정 진료비;
  - 적용될 진료비 지급 조건; 그리고
  - 의사가 잔액에 대한 이자를 청구할지 여부, 그리고 이자가 있으면 이자 금액.

또한, 다음 서류에 대한 서명도 요청받게 됩니다: 본인, (환자 이름)은(는) 위 정보를 받았으며, 본인의 보험사가 본인의 의사가 제공한 진료 행위에 대한 금액을 직접 상환해줄 것을 허락합니다. [오늘 날짜]

#### 14. 내가 구급차로 이송되면 어떻게 됩니까?

메릴랜드주 정치 구역 관할권에서 소유 및 운영되거나, 자원봉사 단체 회사, 구조대, 또는 서비스를 제공하도록 정치 구역과 계약한 구급차 서비스도 혜택 이전 계약을 할 수 있습니다. 구급차 회사는 혜택 이전에 동의할 수 있지만, 법에 의하면, 병원 상주 의사나 방문 의사 등의 의사와 같은 공개서를 제공할 의무는 없습니다.

#### 15. 내 보험사가 보험금 지급을 거부하면 어떻게 항소할 수 있습니까?

귀하의 보험사는 서비스가 보험 약관에 포함되지 않은 서비스 또는 보험사 생각에 서비스가 의료상 필요 없다고 믿는 서비스에 대한 사전 승인 요청 금액의 전부나 일부 또는 배상청구를 거부할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하 보험사는 특정 진료가 관리 차원이라고 하지만, 귀하는 의료상 필요하다고 생각할 수 있습니다. 사전 승인 요청 또는 배상청구가 부당하게 거부되었다고 생각하면, 보험사에 항소를 신청할 수 있습니다. 항소 신청에 관한 안내는 보험 약관, 혜택을 설명하는 편지, 또는 보험 약관의 혜택 및 보험 범위 요약서에 있을 수 있습니다. 법무국 산하 보건 교육 및 옹호 부서에서 상소 접수를 도와드릴 수 있습니다. [heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us)로 이메일을 보내거나, 410-528-1840 또는 무료 전화 1-877-261-8807로 월-금요일, 오전 9시~오후 4:30 사이에 전화하십시오. 온라인이나 우편으로도 불만을 접수할 수 있습니다. 추가 정보를 위한 웹사이트: <http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>

귀하 의료보험이 메릴랜드주 법에 따라야 하면, 전화 410-468-2340이나 무료 전화 1-800-492-6116으로 전화해서 MIA에 불만을 접수할 수도 있습니다. 일반적으로, MIA에 불만을 제기하기 전에, 보험사의 불만 제기 과정을 통해 이의를 제기해야 합니다. 하지만, 일부 상황에서는, 보험사를 통한 이의 제기 과정이 끝나지 않았더라도, MIA에 불만을 제기할 수 있습니다. 추가 정보는 다음 주소를 방문하십시오: <http://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/FileAComplaint.aspx>

귀하 의료보험이 메릴랜드주 법을 따르지 않더라도, 보험사 결정에 대해 외부 검토를 받을 권리가 있을 수 있습니다. 이를 요청하는 방법에 대한 안내는 약관을 읽어보고, 요청서 접수를 위한 도움은 HEAU에 연락하십시오. 추가 정보를 위한 MIA 웹사이트: [www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)

이 소비자 간행물은 교육 목적으로만 사용해야 합니다. 이 간행물은 특정 보험증권이나 계약에 따른 보장에 관한 법률 자문이나 의견을 제공하기 위한 것이 아닙니다. 이 안내서에 언급된 제품, 서비스 사람 또는 단체를 보증하는 것으로 해석해서도 안됩니다.

이 간행물은 메릴랜드 보험 관리국 (Maryland Insurance Administration, MIA)에서 소비자에게 보험 관련 문제 및/또는 주 프로그램 및 서비스에 대한 일반 정보를 제공하기 위해 작성되었습니다. 이 간행물에는 저작권 소유자의 허가를 받아 사용된 저작권 자료가 포함되어 있을 수 있습니다. 이 출판물은 소유자의 동의 없이 저작권이 있는 자료의 사용 또는 전용을 허가하지 않습니다.

MIA가 발행한 모든 간행물은 MIA 웹 사이트상에서 또는 요청시 무료로 제공됩니다. 내용과 형식을 변경하지 않거나 어떤 방식으로든 수정하지 않는 MIA의 추가 허가 없이 출판물 전체를 재생할 수 있으며, 상기 출판물의 출판 또는 복제에 대한 수수료는 없습니다. MIA의 이름과 연락처 정보가 명확하게 보여야 하며 출판물을 재생하는 회사 또는 대리인의 이름을 포함하여 다른 이름은 복제물의 어느 곳에도 기재할 수 없습니다. 부분 재생은 MIA의 사전 서면 동의 없이는 허용되지 않습니다.

장애인의 경우 이 문서를 다른 양식으로 요청할 수 있습니다. 요청은 서커뮤니케이션 담당 이사 (Director of Communications) 에게 아래 주소로 제출해야 합니다.



200 St. Paul Place, Suite 2700  
Baltimore, MD 21202  
410-468-2000  
800-492-6116  
800-735-2258 TTY  
[www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)

[www.facebook.com/MdInsuranceAdmin](http://www.facebook.com/MdInsuranceAdmin)  
[www.twitter.com/MD\\_Insurance](http://www.twitter.com/MD_Insurance)  
[www.instagram.com/marylandinsuranceadmin](http://www.instagram.com/marylandinsuranceadmin)

# 의료보험

## 적용과 청구 과정의 이해를 돕는 흔한 질문



Maryland  
INSURANCE ADMINISTRATION

# 의료보험 보장 범위와 손해 배상 청구 과정의 이해를 돕기 위한 자주 묻는 질문

## 1. 왜 의료보험 보장 범위를 이해해야 합니까?

의료보험은 부상이나 질병에 대한 치료비를 내줍니다. 의료보험이 필요한 모든 의료 관리 서비스 비용을 내주지 않을 수도 있습니다. 예를 들어, 물리치료를 위해 병원을 방문하는 횟수에 제한이 있거나, 전문 요양시설에 머물 수 있는 날짜에 제한이 있을 수 있습니다. 의사가 이 서비스가 더 필요하다고 하더라도, 의료보험에 제한이 있으면, 의료보험에서는 최대 허용치 이상의 치료에 대한 비용은 내주지 않습니다.

의료보험의 세부사항을 잘 알아보고, 예산을 잘 세우면 의료보험이 적용되지 않는 의료 서비스로 인한 예상치 않은 비용 지출을 피할 수 있습니다. 예산을 세울 때는 의료보험료, 코페이, 그리고 보험 한도 초과금을 포함한 의료보험이 적용되지 않는 모든 금액을 반드시 고려하십시오.

의료보험의 보장 범위를 가장 잘 알 수 있는 방법은 약관을 자세히 읽어보고, 보험사에 질문하거나, 보험 제공자(보험 중개인 또는 브로커)에게 이해가 잘 안 되는 내용을 설명해달라고 하는 것입니다. 의료보험은 명시된 서비스와 의료용품만 보장하는 계약입니다. 귀하나 그 가족이 치료가 필요하면 이에 제한이 있는지 약관 내용을 살펴보거나, 보험사나 보험 제공자에게 연락해야 합니다.

## 2. “인-네트워크(In-Network) 제공자는 누구입니까?”

이들은 귀하의 보험사와 계약을 맺은 서비스 제공자입니다. 인-네트워크 제공자에게서 보험이 적용되는 서비스를 받게 되면, 일반적으로 공제액과 해당하는 코페이(Copay)와 공동보험금만 내면 됩니다. 제공자가 잔금에 대한 영수증을 보내지 않을 수 있습니다.

## 3. “아웃-오브-네트워크(Out-of-Network) 제공자는 누구입니까?”

이들은 귀하의 보험사와 계약이 없는 제공자입니다. 아웃-오브-네트워크 제공자에게 보험이 적용되는 서비스를 받게 되면, 보험사는 약관에 따라, 의료비 일부를 지급하거나 전혀 지급하지 않을 수도 있습니다. 또한, 코페이나 공동보험금도 인-네트워크 제공자가 서비스를 제공했을 때보다 더 비쌀 수 있습니다.

## 4. 서비스 제공자가 인-네트워크인지 아웃-오브-네트워크인지 어떻게 알 수 있습니까?

보험 약관의 온라인 서비스에 있는 제공자 목록을 확인하거나 보험사로 전화하십시오. 직접 서비스 제공자에게 전화할 수도 있습니다. 가입한 보험의 종류를 알고 있어야 합니다. 제공자가 “참여한다고(participating)” 하거나 귀하에게서 직접 비용을 “받는다(accept)”라고 하면 인-네트워크 제공자입니다.

## 5. “아웃-오브-네트워크” 서비스 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니까?

가입하고 있는 의료보험에 따라 다릅니다.

- 일부 보험은 응급 상황이나 서비스를 받을 수 있는 제공자를 선택할 수 없을 때(예를 들어, 인-네트워크 병원에 있는 아웃-오브-네트워크 제공자에게서 입원 환자로서 치료받는 경우), 또는 보험사 네트워크 안에는 전문의가 없는 특정 전문의의 서비스를 요하는 경우에만 아웃-오브-네트워크 서비스를 받는 것을 허용합니다. 이는 건강 관리 기관(HMO) 보험인 경우가 가장 흔한 경우입니다.
- 일부 의료보험, 즉 선호하는 제공자 기관 또는 PPO로 불리는 보험은 서비스 제공자가 아웃-오브-네트워크여도 치료받는 것을 허용합니다.

의료보험 약관이나 혜택 요약을 읽어 보십시오. 회사 인사부에 연락해서 의료보험 정보에 대해 문의하십시오.

## 6. “아웃-오브-네트워크” 제공자에게 서비스를 받으면 얼마나 지불해야 합니까?

- 같은 서비스를 인-네트워크 제공자에게서 받는 것보다 아웃-오브-네트워크 제공자에게서 받으면 더 많은 돈을 내게 될 수 있습니다.
- 가입한 의료보험이 아웃-오브-네트워크 제공자를 전혀 지원하지 않으면, 전체 서비스 비용을 모두 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.
  - PPO 보험이 있으면, 보험사는 보험이 적용되는 서비스에 대해 허용된 금액을 내주지만, 귀하가 내야 할 코페이, 공제금 및/또는 공동보험금은 직접 내야 할 수 있습니다. 또한, 제공자가 청구하는 금액과 PPO에서 허용하는 금액과의 차액(예: 미지급금)도 내야 할 수 있습니다.

## 7. “허용 금액(Allowed amount)”은 무엇입니까?

보험처리가 되는 보건 관리 서비스에 대해서 얼마를 지급할지를 결정할 때 보험사가 사용하는 최대 금액. 이는 때로는 “지급 허용 금액”이나 “협상 금액”이라고도 불립니다. 이는 귀하가 내야 하는 허용 금액의 퍼센트인 공동보험금의 계산 근거이기도 합니다. 허용되는 금액은 약관이나 보험증서에 설명이 나와 있습니다. 이는 보험 수가 체계, 데이터베이스, 또는 메디케어에서 지급하는 퍼센트를 근거로 합니다. 서비스 제공자가 허용되는 금액보다 더 많이 청구하고 그 제공자가 “인-네트워크” 제공자가 아니면 여러분이 그 차액을 내야 할 수 있습니다.

## 8. 서비스 제공자는 제공한 서비스에 대해 내게 청구서를 보낼 수 있습니까?

보험이 적용되는 서비스를 아웃-오브-네트워크 제공자에게서 받았고, 그 서비스 비용이 의료보험이 지급하는 허용 금액보다 더 많으면, 제공자는 그 차액에 대해 청구서를 보낼 수 있습니다. 일부 상황에서는, 귀하가 차액을 내는 것에 대한 보호를

받을 수도 있습니다. 예를 들어, 응급실에서 메릴랜드주 면허를 가진 제공자에게 치료를 받았으면, 법에 따라 보호를 받을 수 있습니다. 귀하에게 선택권이 있었고, 아웃-오브-네트워크 제공자를 선택했다면, 제공자의 청구 금액을 모두 내야 합니다.

## 9. “아웃-오브-네트워크” 제공자에게 어떻게 비용을 지불합니까?

일반적으로, 아웃-오브-네트워크 제공자는 진료비를 직접 환자에게 청구합니다. 그러면, 보험이 되는 치료에 대한 허용 비용을 환급받기 위해 환자가 보험사로 청구서를 제출해야 합니다. 메릴랜드주 법에 따르면, 청구서 제출 허용일은 90일까지입니다. 2017년 1월 1일부터는, 1년 이내에 청구하는 것이 여의치 않은 경우에는 2년 이내에 청구서를 제출할 수 있습니다.

보험 제공자가 허용하며 보험 약관이 아웃-오브-네트워크 제공자의 치료를 받는 것을 허용하면, 제공자에게 혜택 이전(Assignments of benefits)을 서명해 줄 수 있습니다.

## 10. 보건관리 서비스를 위한 사전 승인은 어떻게 받을 수 있습니까?

사전 승인을 받는 과정을 시작하려면, 먼저 환자의 건강보험증 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오.

보험사에서는 환자가 받고자 하는 보건 서비스가 무엇인지 묻고, 해당하면, 어떤 병원을 가려는지 물을 것입니다. 보험사는 원하는 보건 서비스에 대한 사전 승인 결정을 위해 어떤 서류가 필요한지 알려줄 것입니다. 메릴랜드주에서는 의료보험이 메릴랜드주 법에 속하면 의료보험사가 서비스 제공자의 Uniform Treatment 계획서를 받을 것을 요구합니다. Uniform Treatment 계획서는 의료보험사가 요청받은 서비스/병원을 사전 승인할 것인지를 결정하는 데 필요한 정보를 기록하기 위해 서비스 제공자가 사용하는 서류입니다.

정신건강, 감정 건강 장애 및 약물 사용 장애로 인한 응급 상황, 환자가 자신이나 다른 사람을 급박한 위험 상태에 처하게 하는 경우 및 환자를 수용을 결정할 권한이 있는 환자의 담당 의사, 심리학자 및 의료진이 결정한 경우에는 치료 목적의 첫 24시간까지의 치료를 거부할 수 없습니다. 최대한 빨리 보험사에 통보하여 주십시오.

보험사는 정신건강, 감정 건강 장애 및 약물 사용 장애 치료를 위한 응급 입원의 사전 승인에 대해서 요청 문서를 받은 후 2시간 안에 그 여부를 반드시 결정해야 합니다.

보험사가 입원 요청을 거부하면, 전화 1-800-492-6116의 메릴랜드주 보험 관리국(MIA)으로 전화하십시오. MIA는 치료를 받을 수 없는 비상사 불만 사항을 위해 24시간 열려있습니다. 응급 시 MIA

는 24시간 안에 결정을 내립니다.

MIA에서 의료보험 문제를 조정할 수 없는 요청 사항은 이의 조정 기관으로 보내집니다.

의료보험사는 제공자가 보험사에 거부를 탄원했거나, MIA에 불만을 제기했다고 보복할 수 없습니다.

메릴랜드주 법무국 산하 보건 교육 및 옹호 부서에서는 항소나 불만 제기를 돕고 있습니다. 410-528-1840(볼티모어 내) 또는 1-877-261-8807로 전화하십시오.

보험사가 법을 지키지 않는다거나, 응급 시 입원을 거부했다면, 전화 1-800-492-6116의 메릴랜드주 보험 관리국으로 전화하십시오.

## 11. 연례 의사 방문 비용은 얼마나 지불해야 합니까?

인-네트워크 제공자에게서 예방치료 서비스를 받기 전에 공제금을 채울 필요는 없습니다. 인-네트워크 제공자에게서 예방 치료 서비스를 받기 위한 코페이나 공동보험금도 낼 필요가 없습니다. 예방치료 서비스에는 선별검사와 예방주사뿐만 아니라 다른 서비스도 포함됩니다. 무료로 받을 수 있는 예방치료 서비스의 전체 목록은 약관을 확인하거나 보험사로 전화하십시오. 일반적으로, 예방치료에는 진단이나 2차 방문 및 질병 치료는 포함되지 않습니다. 보건 관리 제공자를 방문해서 건강 문제를 상담하면, 그 방문의 첫 이유가 예방치료 성격이었던더라도, 문제를 치료하는 부분의 방문에 대해서는 공제금이나 공동보험금 또는 코페이가 청구될 수 있습니다.

## 12. “혜택 이전(Assignment of Benefits)”이란 무엇입니까?

혜택 이전은 의료보험 약관에 있는 혜택 권한을 귀하(피보험자)로부터 의료 관리 제공자에게 양도하는 데 사용되는 법적 계약서입니다. 혜택 이전이 있으면, 의료보험은 그 비용(혜택)의 일부를 직접 제공자에게 지급하게 됩니다. 이는 귀하가 제공자에게 전액을 제공하고 의료보험에서 허용되는 금액의 환급을 요청할 필요를 없애줍니다.

하지만, 코페이, 공동보험금 그리고 제공자의 전체 청구금과 허용된 금액과의 차액, 즉 잔금 등은 여전히 귀하가 내야 할 수 있음을 기억하십시오. 구급차 회사도 혜택 이전에 동의할 수 있습니다. 제공자에게 이 동의 내용을 질문하거나, 제공자가 동의서 서명을 요구할 수도 있습니다.

## 13. 병원에 갔을 때 의사를 내가 정할 수 없으면 어떻게 합니까?

병원에 갈 예정이 있었던지 없었던 지에 상관없이, 누구에게 치료를 받게 될지 항상 선택할 수 없으며, 질환의 전부 또는 일부 치료를 위해 병원 상주 의사 또는 방문 의사에게 치료를 받을 수 있습니다.