



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 보험 증권에 걸맞게 정의한 방식에 대해 구체적인 정보를 수집하기 위해 보험 증권 또는 요금제 계약서를 확인해야 합니다.

허용 금액(Allowable Amount) –보험 회사에서 ¹ 보장되는 의료 서비스에 대해 비용을 지급하려고 결정한 경우 이용하는 최대 금액. 이는 "지급 허용 한도" 또는 "협의 요율"이라고도 합니다. 의료기관에서 허용 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 경우 그 차액을 지급해야 할 수 있습니다.

잔액 청구(Balance Billing) –계약되지 않은 의료기관에서 보장되는 서비스를 받은 뒤 이러한 서비스 비용이 허용 금액보다 큰 경우, 해당 의료기관에서는 그 차액을 청구할 수 있습니다. 일부 상황에서는 잔액 청구를 피할 수 있습니다. 예를 들어, 응급실에서 메릴랜드주 의사에게 치료를 받는 경우 법에 따라 보호받을 수 있습니다. 의료기관에 대한 선택권이 있으며 계약되지 않은 의료기관을 택한 경우, 의료기관이 청구한 총 금액을 지급해야 할 수 있습니다.

정률 본인부담금(Coinsurance) – 이는 보장되는 의료 서비스 비용에서 귀하가 부담해야 할 금액입니다. 정률 본인부담금은 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.

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

- c. 귀하의 정률 본인부담금은 20%입니다. 공제액을 이미 충족했다고 가정할 경우, 귀하는 150 달러의 20%, 즉 30 달러를 지급하며 보험 회사는 남은 120 달러를 지급합니다.

정액 본인부담금(Copay) – 이는 특정 서비스에 대해 지급해야 하는 고정 금액입니다. 해당 금액은 서비스 유형 및 계약된 또는 계약되지 않은 의료기관의 서비스 제공 여부에 따라 다를 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 요금제는 계약된 의료기관의 진료실 방문에 정액 본인부담금 20 달러, 계약되지 않은 의료기관의 진료실 방문에 정액 본인부담금 40 달러를 필요로 할 수 있습니다. 해당 수수료는 요금제에 따라 귀하가 부담할 수 있는 모든 공제액에 추가될 수 있습니다.

공제액(Deductible) – 이는 보험 회사가 지급을 시작하기 전 보장되는 서비스에 대해 지급해야 하는 금액입니다. 본 공제액은 귀하의 보험 증권이나 요금제에서 보장하는 모든 서비스에 대해 적용되지 않을 수 있습니다. 귀하의 보험 회사에 문의하여 보험 증권이나 요금제에 따라 공제 대상이 아닌 서비스 목록을 확인하십시오. 공제 대상 서비스에 대해, 귀하나 귀하의 보건 의료기관은 의료기관에 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 보건 의료기관에 허용 금액을 지급해야 합니다. 공제액을 충족한 뒤에는 적용 가능한 모든 정률 또는 정액 본인부담금만 지급합니다. 일반적으로, 매년 공제액을 충족해야 합니다.

계약된 의료기관(In-Network Providers) – 이는 보험 회사와 계약한 의료기관입니다. 계약된 의료기관에서 보장되는 서비스를 받은 경우 일반적으로 공제액이나 적용 가능한 모든 정률 또는 정액 본인부담금만 지급하면 됩니다. 의료기관은 그 잔액을 청구하지 않을 수 있습니다.

계약되지 않은 의료기관(Out-of-Network Providers) – 이는 보험 회사와 계약하지 않은 의료기관입니다. 계약되지 않은 의료기관에서 보장되는 서비스를 받은 경우 보험 회사는 요금의 일부를 지급하도록 요구되지 않을 수 있습니다. 또는 그 서비스가 계약된 의료기관에서 제공된 것이 아닐 경우 정률 또는 정액 본인부담금이 보다 많을 수 있습니다.

총 본인부담금 상한액(Out-of-Pocket Maximum) – 이는 보험 회사가 보장되는 의료 서비스에 대한 허용 금액을 100% 지급하기 전 결제하는 최대 금액입니다. 보험 증권이나 요금제의 조건에 따라 해당 금액에는 정률 및 정액 본인부담금을 비롯하여 공제액이

포함될 수 있습니다. 보험 회사에 문의하여 보험 증권이나 요금제에 따라 해당 금액에 포함된 항목을 확인하십시오.

보험료(Premium) – 이는 귀하나 귀하의 고용주가 보험 증권이나 플랜에 대해 보험 회사에 지급하는 금액입니다. 해당 금액은 월별, 분기별 또는 연도별로 결제될 수 있습니다. 보험료를 지급하지 않은 경우 보험 증권이나 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) – 계약된 의료기관에서 질병 예방 서비스를 받기 전 공제액을 충족할 필요는 없습니다. 계약된 의료기관에서 받은 질병 예방 서비스에 대한 정률 또는 정액 본인부담금 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. 보건 의료기관에 방문하여 건강상의 문제를 논의하는 경우, 당초 방문 목적이 예방 차원이었던 경우에도 문제를 다루는 방문 일부에 대해 공제액, 정률 본인부담금 또는 정액 본인부담금이 청구될 수 있습니다.