

건강보험 및 의료 용어집

- 이 용어집은 일반적으로 사용되는 용어를 정의한 것이며 완전한 목록은 아닙니다. 이 용어집의 용어와 정의는 교육용으로 작성된 것으로, 귀하의 플랜 또는 건강보험 약관에 나와 있는 용어 및 정의와 다를 수 있습니다. 또한 일부 용어는 귀하의 보험약관 또는 플랜에서 사용되거나 해당 약관이나 플랜이 적용된 사례에서의 의미와 동일하지 않을 수 있습니다. (귀하의 보험 약관 또는 플랜 서류의 사본을 받은 방법은 혜택 및 보장 범위 요약 참조하십시오.)
- 밀줄 친 용어는 이 용어집에 정의되어 있는 용어입니다.
- 6페이지에 나와 있는 디덕터블, 코인슈어런스 및 가입자부담 한도액이 실제 상황에서 어떻게 적용되는지에 대한 예를 참조하시기 바랍니다.

Allowed Amount (조정금액)

보장되는 건강 관리 서비스를 위해 플랜이 지불하는 최대 지불 금액입니다. "적격 비용", "지불 허용 금액" 또는 "협정 요금"이라고도 합니다.

Appeal (이의제기)

건강보험사 또는 플랜이 혜택 또는 비용 부담 (전체 또는 일부)을 거부한 결정을 검토해 달라는 요청

Balance Billing (잔액 청구)

의료제공자가 귀하의 플랜이 부담하지 않는 잔액을 청구하는 경우, 이 금액은 실제 청구 금액과 조정 금액의 차액입니다. 예를 들어 의료제공자의 청구액이 \$200 이고, 조정 금액이 \$110 인 경우, 의료제공자는 나머지 \$90 를 청구할 것입니다. 이는 대개 바-네트워크 의료제공자(비지정 의료제공자)의 진료를 받은 경우 발생합니다. 네트워크 의료제공자(지정 의료제공자)는 보장되는 서비스에 대해 비용을 청구하지 않습니다.

Claim (클레임)

보장되어야 한다고 생각되는 항목에 대해 귀하 또는 귀하의 건강 의료제공자가 건강보험사나 플랜에게 해당 혜택(건강 의료 비용의 환급 등)을 요구하는 것.

Coinsurance

(코인슈어런스)

건강 의료 서비스 비용 중 귀하가 부담하는 금액으로, 해당 서비스에 대한 조정금액에 대한 백분율(예: 20%)로 계산됩니다. 일반적으로



	제인 부담	플랜 부담
	20%	80%
	(자세한 예는 6 페이지 참조)	

코인슈어런스와 디덕터블을 합한 금액을 납부합니다. (예를 들어 방문 진료의 경우 건강보험 또는 플랜의 조정금액은 \$100 이고 귀하가 디덕터블을 다 충족했으면 귀하의 20% 코인슈어런스 납부액은 \$20 입니다. 건강 보험 또는 플랜이 조정금액의 나머지를 지불합니다.)

Complications of Pregnancy (임신 합병증)

임신, 출산 및 분만에 따른 상태로 엄마와 태아의 건강을 심각하게 위협하지 않도록 의료적 진료가 필요합니다. 입덧과 비응급 제왕절개는 대개 임신 합병증에 포함되지 않습니다.

Copayment (코페이먼트)

보장되는 건강 의료 서비스를 받을 때 부담하는 고정 금액(예를 들면 \$15)입니다. 이 금액은 보장되는 건강 의료 서비스의 유형에 따라 달라집니다.

Cost Sharing (비용 분담)

플랜이 보장하는 서비스 비용에 대해 귀하가 직접 부담해야 하는 금액("가입자 부담 비용"이라고도 함). 분담 비용에는 코페이먼트, 디덕터블, 및 코인슈어런스 등이 있습니다. 가족 분담 비용은 귀하와 귀하의 배우자 및/또는 자녀(들)이 직접 지불해야 하는 디덕터블 및 가입자부담 비용에 대한 분담 금액입니다. 보험료, 지불해야 하는 벌금 또는 플랜이 보장하지 않는 진료 비용과 같은 기타 비용은 분담 비용으로 간주되지 않습니다.

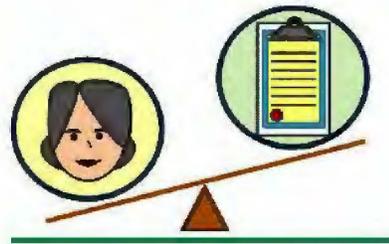
Cost-sharing Reductions (분담 비용 절감)

보험시장을 통해 구입한 개인 플랜으로 보장되는 특정 서비스에 대한 부담 비용을 할인해 주는 것. 소득이 특정 기준 이하이고 실버 단계의 건강 플랜을 선택한 경우 또는 알래스카 원주민 복지법(Alaska Native Claims Settlement Act) 기업의 주주인 경우와 같이 연방 정부에서 인정한 집단인 경우 할인을 받을 수 있습니다.

Deductible

(디덕터블)

플랜이 비용 부담을
게시하기 전에,
보장되는 건강 의료
서비스에 대해 보장
기간(대개 1년)
동안 귀하가 납입할
금액. 포괄적인
디덕터블은 모든
또는 거의 모든 보장
항목 및 서비스에
적용됩니다. 포괄적인 디덕터블이 적용되는 플랜이 특정
서비스에 적용되는 별도의 디덕터블도 적용할 수
있습니다. 플랜은 별도의 디덕터블만을 적용할 수도
있습니다. (예를 들어 디덕터블이 \$1000 인 경우, 해당
디덕터블에 따라 보장되는 건강 의료서비스에 대해
\$1000의 디덕터블에 도달할 때까지 플랜은 비용을
부담하지 않습니다.)



제인 부담	플랜 부담
100%	0%
(자세한 예는 6 페이지 참조)	

Diagnostic Test (진단 검사)

건강 문제가 무엇인지 확인하는 검사. 예를 들어
X-레이는 골절 여부를 확인하기 위한 진단 검사입니다.

Durable Medical Equipment (DME, 내구성 의료 장비)

일상적으로 또는 광범위하게 사용하기 위해
의료제공자가 주문하는 장비 및 의료용품. DME 포함
용품: 산소 장구, 휠체어 및 목발

Emergency Medical Condition (응급 의료 상태)

즉시 의료 조치를 받지 못할 경우 건강에 심각한 위험을
초래할 수 있는 질병, 부상, 증상(심한 통증 포함) 또는
상태. 즉각적인 의료 조치를 받지 못할 경우 다음 중
하나의 결과를 가져올 수 있습니다. 1) 건강이 심각한
상태에 놓이게 되거나 2) 신체 기능에 심각한 문제가
발생하거나 3) 신체 일부 또는 장기에 심각한 손상을
입을 수 있습니다.

Emergency Medical Transportation (응급 의료 후송)

응급 의료 상태가 발생했을 경우 이용하는 구급차
서비스. 응급 의료 교통수단의 종류에는 항공, 육상, 해상
교통수단이 포함됩니다. 플랜이 모든 종류의 응급 의료
교통수단을 다 보장하지 않을 수 있으며, 특정 종류에
대해서는 덜 부담할 수 있습니다.

Emergency Room Care / Emergency Services

(응급실 진료 / 응급 서비스)

응급 의료 상태인지를 확인하고 응급 의료 상태가 더
악화되지 않도록 치료하는 서비스. 이러한 서비스는
허가받은 병원의 응급실이나 응급 의료 상태에 대한
진료를 제공할 수 있는 기타 장소에서 가능합니다.

Excluded Services (제외 서비스)

플랜이 비용을 부담하지 않거나 보장하지 않는 건강
의료 서비스

Formulary (처방약 목록)

플랜이 보장하는 약의 목록. 처방약 목록에는 각 약에
대한 귀하의 비용 부담 정보가 포함될 수 있습니다. 각
플랜마다 약들이 위치한 분담 비용 단계나 계층이 다를
수 있으며 각 계층마다 서로 다른 분담 비용이
적용됩니다. 예를 들어 처방약 목록에는 복제 약품명 및
브랜드 약품 계층이 포함되어 있으며, 각 계층에 따라
각기 다른 분담 비용이 적용됩니다.

Grievance (불만 사항)

귀하가 건강보험사 또는 플랜에 전달하는 불만 사항

Habilitation Services (자활 서비스)

일상 생활을 위한 기술 및 기능을 유지, 습득 또는
향상시키는 데 도움을 주는 건강 의료 서비스. 제 나이에
걸지 못하거나 말하지 못하는 아이를 치료하는 것 등이
여기에 속합니다. 이 서비스에는 입원 및/또는 외래
치료를 통해 물리적, 직업적 치료, 말하기-언어 병리학
및 기타 장애를 가진 사람들을 위한 서비스가
포함됩니다.

Health Insurance (건강보험)

보험료를 내고 건강보험사가 귀하의 건강 의료 비용의
일부 또는 전체를 지불하도록 하는 계약. 건강보험
계약은 “약관” 또는 “플랜”이라고도 합니다.

Home Health Care (홈 헬스케어)

의사의 지시에 따라 가정으로 가져 오는 건강 의료
서비스 및 의료용품. 간호사, 치료사, 사회복지사 또는
기타 면허를 지닌 의료제공자가 해당 서비스를 제공할
수 있습니다. 홈 헬스케어에는 요리, 청소, 운전과 같은
비의료적 도움은 포함되지 않습니다.

Hospice Services (호스피스 서비스)

불치병 마지막 단계의 사람들과 그 가족들에게 위안과
도움을 제공하는 서비스

Hospitalization (입원)

입원 환자로서 입원 수속이 필요하고 밤에 머물러야 하는 병원 내에서의 진료. 일부 플랜의 경우 관찰을 위해 밤에 머무르는 것을 입원 진료 대신 외래 진료로 취급하기도 합니다.

Hospital Outpatient Care (외래 진료)

대개 밤에 머무르지 않고 병원 내에서 당일로 받는 진료

Individual Responsibility Requirement (개인 책임 요건)

“개인적인 강제조항”이라고도 하며, 최소 의료 혜택을 제공하는 건강 보험에 등록해야 하는 의무 조항. 최소 의료 혜택이 없는 경우 건강 보장 면제 자격이 없는 한 연방 소득 세금 정산을 신고할 때 벌금을 내야 할 수 있습니다.

In-network Coinsurance (네트워크 코인슈어런스)

보장받는 건강 의료 서비스에 대한 조정금액의 가입자 부담금(예를 들면 20%). 가입자 부담금은 대개 네트워크 보장 서비스의 경우 더 낮습니다.

In-network Copayment (네트워크 코페이먼트)

보장되는 건강 의료 서비스에 대해 귀하의 건강보험사 또는 플랜과 계약한 의료제공자에게 지불하는 고정 금액(예를 들어 \$15). 네트워크 코페이먼트는 대개 네트워크 비-네트워크 코페이먼트보다 적습니다.)

Marketplace(보험시장)

개인, 가족 및 소규모 자영업자들이 그들의 플랜 옵션에 대해 알아보고, 비용, 혜택 및 기타 중요한 특징들에 근거하여 플랜을 비교하고, 소득에 따라 보험료 및 분담 비용에 대한 재정적 지원을 신청하고 받을 수 있으며, 플랜을 선택하고 보장 혜택에 가입할 수 있는 건강 보험 시장. “보험거래소”라고도 합니다. 어떤 주에서는 주 정부가 보험시장을 운영하고, 다른 주에서는 연방 정부가 운영합니다. 일부 주에서는 유자격 소비자들이 메디케이드(Medicaid)와 CHIP(어린이 건강 보험 프로그램)과 같은 다른 프로그램에 가입하는 것을 도와주기도 합니다. 온라인, 전화 및 직접 가입이 가능합니다.

Maximum Out-of-pocket Limit (가입자부담 최대 한도액)

보장되는 네트워크 서비스에 대해 플랜의 보장 연도 동안 분담 비용으로 개인이나 가족이 납부해야 하는 연간 최고 금액으로 연방 정부가 정해 놓은 금액. 대부분의 유형의 건강 플랜 및 보험에 적용됩니다. 이 금액은 귀하의 플랜에 명시된 가입자 부담 한도액보다 높을 수 있습니다.

Medically Necessary (의학적으로 필요한)

질병, 부상, 상태, 질환 또는 그 증상을 예방, 진단 또는 치료하고(자활 포함), 의약품 기준을 충족시키는 건강 의료 서비스 또는 의료 용품

Minimum Essential Coverage (최소 의료 혜택)

개인 책임 요건을 충족시키는 건강 보장 혜택. 최소 의료 혜택은 대개 보험시장을 통해 가입할 수 있는 플랜 및 건강보험과 기타 개인적인 보험시장 정책, Medicare, Medicaid CHIP, TRICARE 및 기타 특정 혜택들이 포함됩니다.

Minimum Value Standard (최소 가치 기준)

플랜이 보장하는 허용 비용의 비율을 측정하기 위한 기본적인 기준. 만일 보장 혜택에 대해 전체 허용 비용의 최소 60%를 지불하는 고용주 플랜을 선택할 경우, 해당 플랜은 최소 가치를 제공하며, 보험시장에서 플랜을 구매하기 위한 보험료 세금 혜택 및 분담비용 절감의 자격은 얻지 못할 것입니다.

Network (네트워크)

건강 의료 서비스를 제공하기 위해 건강보험사나 플랜이 계약한 시설, 의료제공자 및 의료용품.

Network Provider (Preferred Provider)

(네트워크 의료제공자(지정 의료제공자))

플랜의 가입들에게 서비스를 제공하기로 귀하의 건강보험사 또는 플랜과 계약한 의료제공자. 네트워크 소속 의료제공자인 경우 부담 액수가 적습니다. “지정 의료제공자” 또는 “참여 의료제공자”라고도 합니다.

Orthotics and Prosthetics(의수족 보조기)

다리, 팔, 척추 및 목 보조기, 인공 다리, 인공 팔 및 인공 안구, 유방절제술 후의 인조 유방 등을 의미합니다. 이러한 서비스에는 파손, 마모, 유실 또는 환자의 신체적 상태의 변화에 따른 조정, 보수 및 교체로 인해 요구되는 조정, 보수, 교체 등이 포함됩니다.

Out-of-network Coinsurance

(비-네트워크 코인슈어런스)

귀하의 건강보험 또는 플랜과 계약하지 않은 의료제공자에게 지불하는 보장되는 건강 의료 서비스에 대한 조정금액의 부담금액(예를 들어 40%). 비-네트워크 코인슈어런스는 대개 네트워크 코인슈어런스보다 높습니다.

Out-of-network Copayment (비-네트워크 코페이먼트)

귀하의 건강보험 또는 플랜과 계약하지 않은 의료제공자로부터 받는 보장되는 건강 의료 서비스에 대해 지불하는 고정 금액(예를 들어 \$30). 비-네트워크 코페이먼트는 대개 네트워크 코페이먼트보다 비쌉니다.

Out-of-network Provider (Non-Preferred Provider)

(비-네트워크 의료제공자(비지정 의료제공자))

귀하의 플랜과 의료서비스 제공을 계약하지 않은 의료제공자. 귀하의 플랜이 네트워크 비소속 서비스를 보장할 경우 대개 지정 의료제공자보다 비-네트워크 의료제공자에게 진료를 받는 것이 더 비쌉니다. 보험 약관에 그러한 비용의 의미가 명시되어 있을 것입니다. “비-네트워크 의료제공자”라는 표현 대신 “비지정” 또는 “비참여”라고도 합니다.

Out-of-pocket

Limit(가입자 부담 한도액)

보장되는 의료서비스 비용의 사용자 부담 금액에 있어 보장 기간(대개 1년) 동안 지불할 수 있는 최고 금액. 이 한도액에



Jane pays	Her plan pays
재인 부담	플랜 부담
0%	100%

(자세한 예는 6 페이지 참조)

도달하면 대개 플랜이 조정금액의 100%를 지불합니다. 이 한도액은 건강 의료 비용을 계획하는 데 도움이 됩니다. 이 한도액에는 보험료, 청구된 잔액, 또는 귀하의 플랜이 보장하지 않는 건강 의료 서비스는 포함되지 않습니다. 어떤 플랜은 이 한도액에 코페이먼트, 디덕터블, 코인슈어런스, 비-네트워크 지불 금액 또는 기타 비용을 포함시키지 않습니다.

Physician Services (의사의 진료)

M.D.(의학박사) 또는 D.O.(정골의학박사)와 같은 면허를 지닌 의사가 제공하거나 연결해 주는 건강 의료 서비스.

Plan (플랜)

특정 건강 의료 비용을 보장하는 건강 보장 보험으로, 귀하가 직접 가입하거나(개별 플랜), 고용주, 노조 또는 기타 단체 후원자(고용주 단체 플랜)를 통해 가입합니다. “건강보험 플랜”, “약관”, “건강보험 약관” 또는 “건강보험”이라고도 합니다.

Preauthorization (사전 허가)

건강보험사 또는 플랜이 건강 의료 서비스, 치료 계획, 처방약 또는 내구성 의료 장비(DME)가 의학적으로 필요한지 여부를 결정하는 것입니다. 때로 사전 승인, 사전 인증이라고도 합니다. 귀하의 건강보험 또는 플랜은 특정 서비스를 받기 전에 사전 허가를 받아야 할 수도 있습니다(응급 치료는 제외). 사전 허가를 받는 것이 귀하의 건강 보험이나 플랜이 비용을 부담하겠다고 약속하는 것은 아닙니다.

Premium (보험료)

건강보험 또는 플랜에 대해 납부해야 하는 금액. 대개 귀하 및/또는 귀하의 고용주가 매달, 분기별 또는 매년 납부합니다.

Premium Tax Credits(보험료 세금 혜택)

귀하 및 가족의 개인 건강보험 보험료 납부를 지원하기 위해 세금을 낮추어 주는 재정적 지원. 보험시장을 통해 건강보험을 취득했고, 소득이 일정 수준 이하인 경우 이 지원을 받을 수 있습니다. 세액 공제 사전 납부를 통해 매달 납부하는 보험료 비용을 절감할 수 있습니다.

Prescription Drug Coverage(처방약 혜택)

처방약에 대한 비용 부담을 지원하는 플랜 혜택. 플랜의 처방약 목록이 “단계”(레벨)로 구분되어 있을 경우 처방약은 유형 또는 비용별로 분류됩니다. 분담비용에서 부담할 금액은 보장되는 처방약의 각 단계에 따라 다릅니다.

Prescription Drugs (처방약)

법적으로 처방을 필요로 하는 약품

Preventive Care (Preventive Service)

(예방 진료(예방 서비스))

검사, 건강검진, 환자 상담 등, 질병, 질환 또는 기타 건강상의 문제를 예방하고 발견하기 위한 일상적인 건강 관리

Primary Care Physician (1 차 진료 의사)

M.D.(의학박사) 또는 D.O.(정골의학박사)와 같이, 다양한 건강 의료 서비스를 제공하거나 연결해 주는 의사

Primary Care Provider (1 차 진료 제공자)

주 법과 플랜에 의거하여 다양한 건강 의료 서비스를 제공, 조정하고 이를 받을 수 있도록 도와주는 M.D.(의학박사) 또는 D.O.(정골의학박사) 등의 의사와 임상간호사, 임상전문간호사 또는 보조의사를 말합니다.

Provider (의료제공자)

건강 의료 서비스를 제공하는 개인 또는 시설. 의료제공자의 예로는 의사, 간호사, 카이로프랙터, 보조의사, 병원, 수술센터, 노인전문요양시설, 재활센터 등이 있습니다. 플랜에 의거하여 의료제공자는 주법이 지정하는 면허, 인증 또는 신임을 받은 자이거나 기관이어야 합니다.

Reconstructive Surgery (재건 수술)

선천성 결함, 사고, 부상 또는 의료 상태 등으로 인해 신체의 일부를 교정 또는 개선하기 위해 필요한 수술 및 사후 치료

Referral (의뢰서)

전문의의 진료를 받거나 특정한 건강 의료 서비스를 받도록 1 차 진료 제공자가 작성한 서면 지시서. 다수의 건강 관리 기관(HMO)에서 귀하의 1 차 진료 제공자가 아닌 다른 의료제공자의 건강 의료 서비스를 받으려면 먼저 의뢰서를 받아야합니다. 의뢰서가 없으면 해당 서비스에 대해 플랜이 비용을 부담하지 않습니다.

Rehabilitation Services (재활 서비스)

아프거나 다치거나 장애를 입어 유실 또는 손상된 일상 생활의 기술과 기능을 유지, 회복 또는 개선시키는 데 도움을 주는 건강 의료 서비스. 이 서비스에는 입원 및/또는 외래 진료를 통한 신체적, 직업적 치료, 말하기-언어 병리학 및 신경정신과적 재활 서비스가 포함됩니다.

Screening (검사)

대개 아무런 증상, 징후 또는 질병이나 상태의 병력이 없는 경우, 문제가 있는지 여부를 알아내기 위한 검사 또는 검진을 포함하는 예방 진료 서비스의 일종입니다.

Skilled Nursing Care (전문 요양원 보호)

가정 또는 요양원에서 면허가 있는 간호사에 의해 수행 또는 관리되는 서비스. 전문 요양원 보호는 “전문 보호 서비스”와는 다른 것으로, 전문 보호 서비스는 가정이나 요양원에서 (유면허 간호사가 아닌) 치료사나 기술자에 의해 서비스가 제공되는 것입니다.

Specialist (전문

의) 특정한 유형의 증상 및 상태를 진단, 관리, 예방 또는 치료하는 데 있어서 특정한 약품 분야나 환자 집단에 집중하는 의료제공자

Specialty Drug (특정 질병 치료제)

처방약의 일종으로, 일반적으로 건강 의료 전문가에 의한 특수한 취급과 지속적인 감독 및 평가가 필요하며, 비교적 조제가 어렵습니다. 일반적으로 특정 질병 치료제는 처방약 목록에서 가장 비싼 약품입니다.

UCR (Usual, Customary and Reasonable, 일반, 통상, 합리적 금액)

어떤 지역에서 의료제공자가 동일하거나 유사한 의료 서비스에 대해 통상 청구하는 비용에 근거하여 해당 지역에서 해당 의료 서비스에 대해 지불하는 금액. UCR 금액은 대개 조정금액을 결정하는데 사용됩니다.

Urgent Care (긴급 치료)

질환, 부상 또는 합리적인 사람이라면 즉시 치료 방법을 모색할 심각한 상태이나 응급실 진료가 필요할 정도로 심각하지는 않은 치료

귀하와 보험사의 비용 분담 - 예

제인의 플랜 디덕터블: \$1,500

코인슈어런스: 20%

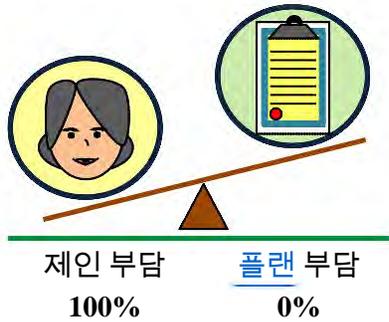
가입자부담한도액: \$5,000

1월1일

보장 기간 시작일

12월31일

보장 기간 종료일

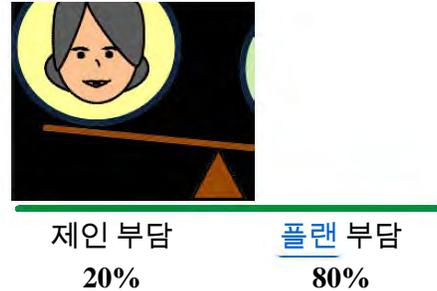


제인은 아직 **디덕터블 \$1,500** 를 충족하지 못했으므로 **플랜** 은 비용을 부담하지 않습니다.

진료소에서의 진료 비용: \$125

제인 부담: \$125

플랜 부담: \$0



제인은 **디덕터블 \$1,500** 를 충족했고 **코인슈어런스** 가 개시됩니다.

제인은 몇 차례의 의사 진료를 받아 모두 \$1,500 를 지불했고 **디덕터블** 을 충족했습니다. 따라서 **플랜** 이 차후 진료 비용의 일부를 부담하게 됩니다.

진료소에서의 진료 비용: \$125

제인 부담: \$125 의 20% = \$25

플랜 부담: \$125 의 80% = \$100



제인은 **가입자부담한도액 \$500** 를 충족했습니다.

그간 자주 의사의 진료를 받아 총 \$5,000 를 지불했습니다. **플랜** 은 해당 연도의 남은 기간 동안 보장되는 건강 의료 서비스에 대한 비용을 전액 부담합니다.

진료소에서의 진료 비용: \$125

제인 부담: \$0

플랜 부담: \$125