

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

용어	정의
보험계리적 가치	<p>보장된 혜택에 따른 총 평균 비용을 백분율로 나타낸 값입니다. 예를 들어, 보험계리적 가치가 평균 70%인 플랜을 사용할 경우 보장된 모든 혜택에 대해 가입자가 30%의 책임을 부담합니다. 그러나, 실제 의료 서비스 요구와 보험 정책 조건에 따라 1년 동안 보장된 총 서비스 비용보다 높거나 낮은 비율로 혜택을 받을 수도 있습니다.</p>
부담적정 보험법(Affordable Care Act)	<p>종합적인 의료 서비스는 2010년 3월에 제정한 법률을 개정한 것입니다. 법률은 다음 두 부분으로 제정되었습니다. 즉, 환자 보호 및 부담적정 보험법은 2010년 3월 23일에 법안이 통과되었고 2010년 3월 30일 의료 서비스 및 교육 조정법에 의해 수정되었으며 "부담적정 보험법"은 최종 수정된 버전의 법률을 참조로 하는 데 사용됩니다.</p>
허용 비용	<p>보험사에서 환자가 지불한 금액에 대해 책임을 져야 하는 모든 금액을 포함하여 서비스에 대한 지불로 간주됩니다. 네트워크 내 제공 기관의 경우 허용 비용은 제공 기관과의 계약을 기준으로 합니다. 네트워크 외 제공 기관의 경우 허용 비용은 다음 범위에 해당할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 네트워크 내 제공 기관과 동일</li> <li>• Medicare 가 동일 서비스에 대해 지불하는 요율(%) 기준</li> <li>• 일반, 통상, 합리적 비용(UCR)으로, 플랜에서 결정된 금액은 지역 내 해당 서비스에 대해 합당한 수준이어야 함</li> </ul>

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

허용 금액/허용 수치	보장된 의료 서비스를 기준으로 한 최대 지불 금액입니다. 이를 "인정 비용", "지불 수당" 또는 "합의된 요금"이라고도 합니다. 제공 기관이 허용 금액 이상을 부과할 경우 차액을 지불해야 할 수도 있습니다.
항소 범위	보험회사나 플랜에서 결정 또는 불만처리를 다시 검토할 것을 요구하는 요청입니다.
불만/민원	의료 서비스 제공 기관이 인종, 국적, 장애 또는 연령에 따라 귀하(또는 제 3 자)를 차별했다고 생각하는 경우 시민권에 준하는 불만을 제기할 수 있습니다.
공동부담금/본인일부부담금	보장된 의료 서비스에 대해 지불하는 고정 금액(예: 15 달러)입니다(일반적으로 이 서비스를 받은 경우). 금액은 보장된 의료 서비스 종류에 따라 다를 수 있습니다.
공동보험	허용된 서비스 금액의 비율(예: 20%)에 따라 계산된 의료 서비스 보장 비용의 분담액입니다. 공동 보험과 지불 대상의 모든 공제액을 지불합니다. 예를 들어, 건강보험이나 플랜의 사무실 방문 허용 금액이 100 달러이고 공제액을 충족한 경우 공동보험 지불액의 20%는 20 달러가 됩니다. 건강보험이나 플랜에서 나머지 허용 금액을 지불합니다.
분담금 인하	공제액, 공동보험 및 공동지불에 대해 전액 본인이 부담해야 하는 금액을 낮추는 할인 제도입니다. 마켓플레이스를 통해 건강보험에 가입하거나 소득이 특정 수준 미만이며 실버 플랜 범주에서 건강 플랜을 선택할 경우 이와 같은 인하 혜택을 받을 수 있습니다. 연방정부가 인정하는 그룹에 속할 경우 추가 비용 부담 혜택에 대한 자격을 얻을 수 있습니다.
서비스 보장	보험사가 해당 플랜 하에서 제공하는 의료 서비스, 절차, 처방약 및 기타 건강보험 서비스입니다. 모든 서비스가 보장되는 것은 아니라는 점에 유의하십시오. 예를 들어, 일부

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

	플랜의 경우 처방 시 사용할 수 있는 의약품은 지불 대상이 되지 않습니다. 또한, 서비스 보장 범위에 속하더라도 공동 부담금 혹은 공동보험 부담, 사전 승인 요청, 또는 보험사 지불 전 일차 의료진으로부터 의뢰서를 받아야 하는 경우가 있습니다. 보험 증권에는 보장 범위와 보장 외 범위가 상세하게 명시되어 있어야 합니다.
서비스 날짜	의료 서비스를 받거나 의료 서비스 제공 기관 혹은 시설을 방문하는 날짜입니다.
공제액	건강보험이나 플랜이 지불을 시작하기 전에 건강보험이나 플랜에서 보장하는 의료 서비스에 대한 지불 금액입니다. 예를 들어, 공제액이 1,000 달러인 경우 공제 대상 의료 서비스에 대한 공제액 1,000 달러를 충족시킬 때까지 플랜에서는 어떠한 항목도 지불되지 않습니다. 공제액은 모든 서비스에 적용되지 않을 수도 있습니다.
거부/거절	서비스, 검사 또는 치료와 관련하여 해당 내역이 건강보험 플랜 범주에 속하지 않거나 건강 플랜 혜택 또는 규칙에 따라 의학적으로 필요한 것으로 간주되지 않기에 이에 대해 지급하지 않도록 하는 건강보험 회사의 결정입니다.
중단/취하	특정 의료보험 플랜의 제공을 중단하는 건강보험 회사의 조치입니다.
응급 의료 상태	사리분별이 가능한 사람이 극심한 손상을 방지하기 위해 즉각적인 치료를 받으려고 할만큼 심각한 질병, 부상, 증세 또는 상태를 의미합니다.
제외	건강보험이나 플랜이 보장 대상으로 지불하지 않는 의료 서비스입니다.
독점 제공자 조직 (Exclusive Provider Organization (EPO))	플랜 네트워크 내의 의사, 전문가 또는 병원으로 이송하는 경우에만(긴급 시 제외) 서비스가 보장되는 관리 치료 프로그램입니다.

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

면제/공제	부담적정 보험법과 관련하여 면제는 특정 상황에 속하는 특정 사람들의 경우 건강보험을 소지할 필요가 없음을 의미하는 일종의 권리의 포기를 의미합니다. 면제 자격을 얻을 수 있는 경우에 대한 자세한 목록을 보려면 <a href="http://healthcare.gov">healthcare.gov</a> 를 참조하십시오.
혜택 설명서	보험사는 보험사에 의료 서비스 청구를 제출한 후나 제공 기관이 귀하를 대신하여 보험사에 청구를 제출한 후 혜택 설명서(EOB)를 제공합니다. EOB 에는 보험사/관리자가 특정 의료 서비스에 대해 제공 기관 또는 귀하에게 제시했던 환급액을 결정하는 방식에 대한 상세한 설명이 포함됩니다. EOB 는 또한 보험사의 환급액 결정에 항소하거나 이의를 주장하는 방법에 대한 정보도 포함합니다. 이러한 서비스에 대해 귀하로부터의 지급이 필요 없을 경우 보험사 네트워크에 해당하는 제공 기관 또는 시설로부터 입수한 서비스에 대해 EOB 를 받지 못할 수도 있음을 유념해야 합니다.
재정 지원	NY State of Health 를 통해서만 이용할 수 있으며 건강보험비를 낮추는 건강보험 프리미엄에 맞게 사용하는 사람에게 주어지는 세금 공제액(달러)입니다.
처방집	처방약 혜택을 제공하는 처방약 플랜이나 기타 보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 의약 목록이라고도 합니다.
기득권에 입각한/새 규칙 적용에 제외된	부담적정 보험법과 연계하여 사용되며 이 법의 특정 조항에서 면제되는 형태입니다.
의료서비스 개혁	부담적정 보험법(Affordable Care Act) 참조
건강 관리 조직 (Health Maintenance Organization (HMO))	일반적으로 HMO 와 계약을 맺거나 이에 근무하는 의사로부터의 건강관리 보장을 제한하는 건강보험 계획 유형입니다. 일반적으로 긴급 시를 제외하고 네트워크에 속하지 않는

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

	서비스는 보장되지 않습니다. HMO 는 보장범위 자격을 얻기 위해 서비스 구역에 거주하거나 이에 근무해야 할 수도 있습니다. HMO 는 종종 통합 서비스를 제공하며 예방 및 웰빙에 중점을 둡니다.
건강저축계좌 (Health Savings Account (HSA))	공제금액이 높은 의료서비스에 등록된 납세자가 사용할 수 있는 의료저축계좌입니다. 계좌에 저축되는 자금은 예금 시 연방 소득세가 부과되지 않습니다. 자금은 적격 의료 비용을 지불하는 데 사용되어야 합니다. 고용주를 선택한 경우 직원은 다음 연도에 500 달러까지 이월할 수 있습니다.
네트워크 안/협력병원	플랜에서 회원에 대해 서비스를 제공하도록 계약을 체결한 의사, 클리닉, 건강 센터, 병원, 의료행위 및 기타 제공 기관에 속하는 대상입니다. 일반적으로 네트워크 내 제공 기관으로부터 치료를 받는 경우 본인 부담 대상보다 적은 금액을 지불합니다.
보험	프리미엄에 대한 대가로 건강 보험사에 모든 또는 일부 의료 서비스 비용을 지불해야 함을 명시한 계약입니다.
Marketplace (마켓플레이스)	개인, 가족 및 소기업이 건강 보장범위 옵션에 대해 살펴보고 비용, 혜택 및 기타 중요한 기능을 기반으로 건강보험을 비교하며 플랜을 선택하고 보장범위에 가입할 수 있는 장소를 말합니다. 마켓플레이스는 또한 보장범위에 맞게 소득 및 자원에 대한 지급액을 완화시키도록 도와주는 프로그램에 대한 정보를 제공합니다. 여기에는 마켓플레이스를 통해 사용 가능한 보장범위에 따른 월별 보험료와 자기 부담 비용을 절감하는 방법을 알려주고 Medicaid 및 CHIP(어린이 건강 보험 프로그램, Children's Health Insurance Program)에 대한 기타 정보를 제공합니다. 마켓플레이스는 민간 건강 플랜 간의 경쟁을

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

	장려하고 웹 사이트, 콜 센터 및 방문 지원을 받도록 도와줍니다.
보험 등급	마켓플레이스에서 제공되는 건강 플랜은 보험 등급이라는 범주에 해당합니다. 보험 등급은 브론즈, 실버, 골드 및 플래티늄으로 구성되어 있으며 이는 보험계리적 가치와 연관이 있습니다. 보험계리적 가치란 플랜이 보장하는 혜택에 따른 총 평균 비용을 백분율로 나타낸 값입니다. 예를 들어, 보험계리적 가치가 평균 70%인 플랜을 사용할 경우 소비자가 보장된 모든 혜택에 대해 30%의 책임을 부담합니다. 그러나, 실제 의료 서비스 요구와 보험 정책 조건에 따라 1년 동안 보장된 총 서비스 비용보다 높거나 낮은 비율을 받을 수도 있습니다. 프리미엄은 골드, 실버, 브론즈 다음으로 가장 높은 수준의 보장범위에서 제공됩니다.
의학적으로 불필요한	질환, 상해, 증상, 질병 또는 징후를 예방, 진단 또는 치료할 필요가 없다고 결정된 상태로 의학의 허용 기준을 충족하는 의료 서비스 또는 지급품입니다.
오바마케어(Obamacare)	부담적정 보험법을 경우에 따라 오바마케어라고 합니다.
네트워크 밖/비협력병원 (out of network (OON))	회원에게 서비스를 제공할 수 있는 계약을 건강보험사와 체결하지 않은 의사, 클리닉, 건강 센터, 병원, 의료행위 및 기타 제공 기관에 속하는 대상입니다. 일반적으로 네트워크에 속하지 않는 제공 기관으로부터 치료를 받을 경우 본인 부담 대상보다 많은 금액을 지불합니다.
네트워크에 속하지 않는 혜택 (out of network (OON) benefit)	건강 계획과 계약을 체결 중이 아닌 의사 및 기타 의료 전문가에 의해 제공되는 서비스의 혜택 플랜 보장범위입니다.
본인부담금	보험에서 상환되지 않는 의료 비용입니다. 본인부담금에는 보장되는 서비스 및 보장되지 않는 모든 서비스 비용에 대한 공제액, 공동 보험 및 공동 지불이 포함됩니다.

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

<p>본인부담금 한도</p>	<p>건강보험 또는 플랜이 허용 금액의 100% 지불을 시작하기 전에 증권 명시 기간(보통 1 년) 동안 지불하는 최대한도입니다. 이 한도에는 프리미엄, 밸런스 청구 요금(balance-billed charges: 보험사에서 병원 또는 의사가 요구하는 수준의 병원비를 지불하지 않은 경우 본인에게 청구되는 잉여 병원비)은 포함되지 않으며 건강보험 또는 플랜도 포함되지 않습니다. 일부 건강보험이나 플랜은 공동지불, 공제액, 공동 보험 지불, 네트워크에 속하지 않는 지불 또는 이 한도에 임박한 기타 비용은 계산하지 않습니다. Medicaid 및 CHIP 의 한도에는 프리미엄이 포함됩니다. 보험 등급이 가장 낮은 경우에도 대부분 6,350 달러는 본인부담금입니다(대부분의 가족의 경우 본인부담금은 12,700 달러임). 기타 보험 등급에게 있어 본인부담금은 더 낮습니다.</p>
<p>협력 제공사</p>	<p>특정 요금 수준에서 회원들에게 서비스를 제공하는 건강보험사와 계약을 체결한 의사, 치과 의사 또는 다른 의료 전문가를 말합니다.</p>
<p>POS 보험 (Point of Service (POS) Plan)</p>	<p>플랜의 네트워크 내에 속하는 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공 기관을 이용할 경우 보다 적은 요금을 지불하는 플랜 유형을 말합니다. POS 플랜의 경우 전문가와 면담하기 위해 일차 치료 의사로부터 의뢰서를 받아야 합니다.</p>
<p>선호 제공자 조직/특약 의료 기구 (Preferred Provider Organization (PPO))</p>	<p>병원 및 의사와 같은 의료 제공 기관과 참여 제공 기관의 네트워크를 구축하도록 계약을 체결한 건강 계획 유형입니다. 플랜의 네트워크에 속하는 제공 기관을 이용할 경우 비용이 줄어들 수 있습니다. 추가 비용으로 네트워크에 속하지 않는 의사, 병원 및 제공 기관을</p>

### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

	이용할 수도 있습니다.
보험료	건강보험 또는 플랜을 보장받기 위해 지불해야 하는 금액입니다. 보험 대상자와 고용주는 일반적으로 보험료를 월별, 분기별 또는 연간 기준으로 납부합니다.
유자격 건강보험	2014 년부터 시작된 부담적정 보험법 하에서 건강보험 마켓플레이스에서 인증 받은 보험 플랜은 필수 의료 혜택을 제공하고 비용 부담에 따라 설정된 한도(공제액, 공동보험 및 본인부담금 최대 금액)를 준수하며 다른 요구조건을 충족합니다. 적격 건강보험 플랜은 이를 판매하는 각 마켓플레이스에서 인증을 받아야 합니다.
의뢰서	전문가에게 면담을 받거나 특정 의료 서비스를 받도록 일차 치료 의사가 작성한 서면상의 명령입니다. 대부분의 건강 관리 조직(HMO)에서는 일차 치료 의사를 제외한 누군가로부터 의료 서비스를 받기 전에 의뢰서를 받아야 합니다. 먼저 의뢰서를 받지 않은 경우 플랜에서 해당 서비스에 대해 지불되지 않을 수도 있습니다.
자가 보험	일반적으로 고용주가 등록자로부터 보험료를 수취하여 직원 및 부양가족의 의료 청구 지불에 대해 책임지는 대기업에서 볼 수 있는 플랜 유형입니다. 이러한 고용주는 가입, 청구 처리 등에 대해 보험회사와 계약을 맺고 제 3 관리자와 네트워크 관계를 구축하거나 자체 관리되는 방식으로 진행될 수 있습니다.
소기업 마켓플레이스	소기업 마켓플레이스는 NY State of Health의 일부이며 50명 미만의 직원을 보유한 소기업을 위해 낮은 비용의 건강 플랜을 제공하고 있습니다.
세금 공제	개인과 소기업 소유자들은 건강보험 비용을 줄일 수 있는 세금 공제 자격을 얻을 수 있습니다. 이러한 세금 공제 혜택은 NY State of Health 를 통해서만 부여됩니다.





### 일관된 번역을 위한 보험 용어 및 정의 목록

공식 건강보험 마켓플레이스 (The Official Health Plan Marketplace)	NY State of Health 의 태그라인입니다. 뉴욕인들은 NY State of Health 를 통해 저렴하면서 경제적인 건강비용 플랜을 둘러보고 비교한 후 가입할 수 있습니다.
사용평가/부당이득 환수처분	환자가 받은 의료 서비스를 검사하는 프로세스입니다.