

의료 보험에 대한 이해

보험 보장 범위 알아보기

자녀에게 특별한 건강 관리가 필요하거나 발달 지연 또는 장애가 있는 경우, 보험 보장 범위를 아는 것이 중요합니다. 건강 보험 혜택에 대해 자세히 알아보고 보험이 자녀의 조기 개입 프로그램 기금 마련에 어떻게 사용될 수 있는지 알아보는 것이 좋습니다. 첨부된 자세한 팁이 있는 보험 확인 워크시트를 이용하여 이러한 정보를 수집하고 Family Resources Coordinator (가족 자원 코디네이터, FRC) 및 조기 개입 팀과 공유할 수 있습니다.



보험 설계에 대해 알아보기

보장 내용에 대해 알아두면 자녀의 필요에 맞는 최선의 결정을 내리는 데 도움이 됩니다. 보험 설계에는 보장 범위에 대한 요약과 보험을 수락하거나 네트워크에 가입한 의료 서비스 제공 기관을 찾는 방법에 대한 지침을 제공하는 문서인 요약 보험 설계 설명서가 있습니다. 귀하의 고용업체 및 보험 제공업체에 따라 종이 문서로 제공되거나 온라인으로 확인할 수 있는 정보입니다. 보험 설계에 대한 정보를 찾으려면 고용업체의 인사부서 또는 보험 카드에 있는 회원 서비스 정보로 문의하시기 바랍니다.

보험 설계에 대한 일반적인 질문

보험 설계가 보장하는 기본적인 내용을 알아두는 것 외에도 보험 적용에 필요한 규정에 대해 알아두는 것이 중요합니다.

- 귀하의 보험 설계는 전문의 진료를 받기 위해 의사나 기타 의료 서비스 제공자의 의뢰가 필요한가요?
- 귀하의 보험 설계는 조기 개입 서비스를 제공하는 특정 치료사/프로그램(예: 물리 치료사, 작업 치료사, 언어 치료사, 영양사)을 만나기 위해 의뢰가 필요한가요?

- 어떻게 의뢰를 받나요? 진료실을 방문하나요? 미리 알림을 받나요? 기타 방법은 무엇인가요?
- 나의 보험 설계는 1년에 몇 번의 치료 방문을 보장하나요? 의뢰를 갱신해야 하나요? 전화로 추가 방문 승인을 받을 수 있나요, 아니면 일차 진료 제공자와 다시 방문 일정을 잡아야 하나요?
- 사전 승인이 필요한 예약, 검사 및 절차에는 어떤 것이 있나요? 의사가 사전 승인을 받을 수 있나요, 아니면 의료 보험사에 직접 문의해야 하나요?
- 보험 설계에서 보장하기로 동의한 의료 서비스 제공자 (네트워크 내부 의료 서비스 제공자)만 이용해야 하나요?
- 보험에 가입하지 않은 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있는 경우(네트워크 외부 보험 보장), 해당 보험에는 이러한 의사 또는 기타 서비스 제공자의 진료에 대한 어떤 규칙이 있나요? 네트워크 외부의 의료 서비스 제공자를 이용하면 비용이 얼마나 드나요?
- 응급 상황이나 여행 중에 보험 설계 네트워크에 속하지 않은 의사나 기타 의료 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있나요? 그런 경우 비용은 얼마인가요?

연락처:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (아동, 청소년 및 가족부 영유아 조기 지원) 프로그램

PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov

www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

의학적 필요성

의료 보험이 보장하는 혜택과 청구 방법을 알고 있더라도 자녀의 조기 개입 서비스를 보장받는 데 여전히 어려움이 있을 수 있습니다. "의학적 필요성"이란 보험회사가 특정 치료 또는 절차에 대한 의학적 필요성을 판단할 때 사용하는 용어입니다. 이 정의는 자녀에게 필요할 수 있는 치료 및 절차에 대한 비용 지불을 결정하기 위한 요소로 사용됩니다.

의학적 필요성에 대한 정의에는 해석의 여지가 있으므로 항상 해당 보험의 의학적 필요성에 대한 정의를 확인해야 합니다. 의학적 필요성을 증명해야 하는 경우, 일차 진료 제공자 또는 서비스를 요청하는 다른 의료 서비스 제공자가 서신을 작성할 수 있습니다.

이의 제기

건강 보험사가 서비스 비용을 지불하지 않았거나 서비스에 대해 사전에 동의하지 않은 경우, 건강 보험사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. FRC 또는 의료 서비스 제공자가 귀하 및 귀하의 건강 보험사와 협력하여 보험사가 서비스 비용을 지불하지 않는 이유에 대한 정보를 얻을 수 있지만, 이의 제기 절차를 시작할 책임은 귀하에게 있습니다. 건강 보험에 대한 이의 제기 절차에 대한 정보는 보장 범위 증명에 나와 있습니다. 건강 보험사에 대한 이의 제기 절차는 건강 보험사마다 다르므로 보험 혜택을 검토하는 동시에 절차를 숙지해야 합니다. Explanation of Benefits (보험 혜택 설명, EOB) 양식에서 서비스 보장 여부를 확인할 수 있습니다. 건강 보험이 자녀의 모든 서비스를 보장할 필요는 없으며, 먼저 보장 범위 증명 책자를 확인하여 귀하의 보험 설계가 거부된 서비스를 보장하는지 확인해야 합니다. 일반적으로 다음 단계를 수행합니다.

- 서비스가 오류로 거부되었다고 생각되면 해당 보험사에 전화로 연락하여 EOB에 대해 문의할 수 있습니다. 이는 비공식적인 검토 절차입니다. 전화 통화를 통해 이의를 제기할 수 없으므로 비공식 검토 결과를 반드시 서면으로 받아두시기 바랍니다.
 - 통화한 사람의 이름과 대화 내용을 기록하는 등 보험과 관련된 모든 전화 통화를 기록해 두세요. 건강 보험 담당자가 정보를 알려줄 경우, 회신을 받을 것으로 예상되는 합리적인 시기를 확인하고 회신을 받지 못한 경우 건강 보험사에 후속 조치를 취하세요.

- 고객 서비스 담당자가 귀하의 보험 설계에 해당 서비스가 포함되지 않는다고 말하더라도 보험 적용을 요청할 수 있습니다. 공식적인 이의 제기를 진행하려면 서면 작성된 이의 제기가 필요합니다.



- 공식적인 이의 제기를하기로 결정한 경우 반드시 서면으로 제출해야 합니다.
 - 건강 보험사에 이의 제기 양식서가 있을 수 있습니다.
 - 그렇지 않은 경우, 보장 범위 증명에 이의 제기 절차가 설명되어 있습니다.
 - 언제나 서면 이의 제기 사본을 보관하세요.

- 이의 제기 시 제공할 정보

- 귀하의 이름, 주소, 전화번호
- 회원 번호 또는 Social Security number (사회보장 번호)
- Explanation of Benefits (보험 혜택 설명, EOB) 양식 사본 및 의료 서비스 제공자 이름 및 청구 양식
- 보장을 받으려는 서비스 또는 절차에 대한 설명
- 서비스가 보장되어야 하는 이유를 뒷받침하는 정보

지정된 기간 내에 이의신청을 제기해야 할 수도 있습니다. 허용된 기간 외에 제기된 이의 제기는 건강 보험사에서 고려하지 않습니다. 경우에 따라 보험에 긴급한 경우를 위한 특별 절차가 있을 수 있습니다.

Washington 주의 보험 규정에 대한 자세한 내용은 보험 소비자 핫라인 1-800-562-6900으로 문의하시기 바랍니다.

특별한 건강 관리가 필요하거나 발달 지연 또는 장애가 있는 아동을 위한 건강 보험 재정 지원에 대한 자세한 내용은 Washington 주 가족의 소리 1-800-5-PARENT로 전화해 문의하시기 바랍니다.

보험 확인 워크시트

아동 이름: _____ 부모 이름: _____

아동의 DOB: _____ 아동의 진단명: _____

의뢰한 담당 의사: _____

보험 정보: 보험사에 전화하여 이 양식을 최대한 작성해 주세요. 보장 범위에 대해 잘 모른다면 매우 유용한 정보로 활용할 수 있습니다.

보험명: _____ 전화: _____

청구 주소: _____

보험사명: _____ ID #: _____

보험/그룹 #: _____ 정책 발효일: _____

전화로 문의하는 경우 나중에 참조할 수 있도록 통화한 상대방의 이름을 적어주세요.

연락 담당자: _____ 날짜, 통화 시간: _____

"신경 발달 혜택에 대한 혜택과 보장 범위를 정확히 알고자 전화했습니다."라고 말합니다. (상대방이 회원 ID #을 요청할 것입니다.) 모든 정보를 입력할 수 있도록 충분히 질문을 합니다. 정보가 불완전하다면 다시 전화로 문의해야 합니다.

나의 치료사/티 프로그램, _____ 은 참여 의료 서비스 제공자 목록에 있나요?

선택한 치료사/티 프로그램이 해당 네트워크에 없는 경우 다음 질문을 하세요.

"내 보험 정책에 따라 치료사를 직접 선택할 수 있나요?" _____

"네트워크 또는 제공자 목록 이외의 의료 서비스 제공자에게 진료를 받을 수 있나요?" (그렇다면, "보장 범위가 달라지나요, 어떤 차이가 있나요? 차액이 청구되나요?") _____

그 다음 질문합니다. "나에게 해당하는 다음 사항은 무엇인가요?"

코페이: _____ % 또는 \$ _____ /세션. 코페이 또는 공동 보험은 일별 또는 치료별 청구되나요?

예를 들어, 자녀가 OT 및 언어 치료를 받는데 코페이가 \$15인 경우, 치료 당 \$15씩 총 \$30을 내야 하나요, 아니면 치료 횟수에 관계없이 하루에 \$15만 내야 하나요?

공제 되나요? 아니요 예 공제 금액은 \$ _____ / 가족 또는 개인인가요?

연도별 공제 되나요? 예 아니요 월별 공제 시작: _____

올해 공제액이 충족되었나요? 예 아니요 예에 해당하는 경우 얼마인가요? _____

혜택 연도 날짜는 어떻게 되나요: _____ 에서 _____

최대 본인 부담금은 얼마인가요? _____

평생 최대 금액은 얼마인가요? \$ _____ 현재까지 얼마나 이용되었나요? \$ _____

가족당 평생 한도인가요, 아니면 개인당 한도인가요? _____

연도별, 치료별로 몇 번의 방문이 허용되나요(자녀에게 한 가지만 필요하더라도 모든 치료 - Occupational Therapy (작업 치료, OT), Physical Therapy (물리 치료, PT), Speech Therapy (언어 치료, ST) -에 대해 문의해야 나중에 다시 전화할 필요가 없습니다? _____
OT 방문, _____ PT 방문, _____ 언어 치료 방문.

지금까지 사용한 혜택이 있나요? 예 아니요 예에 해당하는 경우, 설명: _____

일차 진료 제공자의 사전 승인이 필요한가요? 예 아니요

OT, PT, 언어 치료 등 특정 서비스를 이용하려면 일차 진료 제공자의 사전 승인이 필요한가요? 예 아니요

일차 진료 제공자의 처방전이 필요한가요? 예 아니요

OT, PT, 언어 치료와 같은 특수 서비스를 받으려면 일차 진료 제공자의 처방전이 필요한가요? 예 아니요

예에 해당하는 경우 방문을 사전 승인하거나 처방전을 발급하기 위해 필요한 서류(예: 의료 기록, 처방전, 평가서, 의학적 필요성 증명서 등)가 무엇인지 물어보세요. _____

승인/처방이 적용되는 진료 세션 수: _____

승인/처방이 적용되는 기간: _____ 에서 _____

방문 가능 세션이 모두 소진된 후 추가 방문을 승인받을 수 있나요? 예 아니요

다음 코드가 적용되나요?

치료	코드	예	아니요

내 보험에 "사고, 질병 또는 부상으로 인한 결손액이 발생한 경우에만 치료가 보장됩니다"와 같은 제외 조항이 있나요? 예 아니요

예에 해당하는 경우, 해당 조항: _____

청구 내용을 어떤 주소로 우편 발송하나요? _____

***보조 보험이 있는 경우 해당 보험에 대해서도 이 양식 중 하나를 작성하세요.

의학적 필요성이 있는 서비스 비용을 지불하는 건강 저축 계좌 또는 기타 유형의 계좌가 있는 경우, 이러한 혜택을 조기 개입 서비스에 사용할 수 있는 방법에 대해 의료 서비스 제공자와 상담하세요.

DCYF는 인종, 피부색, 성별, 종교, 신조, 결혼 여부, 출신 국가, 성적 지향, 나이, 퇴역 군인 신분 또는 신체적, 감각적, 정신적 장애 유무와 관계없이 모든 사람을 차별하지 않으며 모든 사람에게 프로그램 및 서비스에 대한 평등한 접근권을 제공합니다.

이 전단지 다른 형식이나 다른 언어로 된 무료 사본을 원하시면 DCYF Constituent Relations(DCYF 주민관계실)에 1-800-723-4831

번으로 전화하시거나 이메일을 보내주세요. communications@dcyf.wa.gov.

DCYF PUBLICATION FS_0034 KO (07-2023) Korean