



귀하의 혜택 설명 (EOB)을 읽어보십시오

귀하는 의료 제공자를 방문하신 후 건강 플랜에서 EOB를 받으실 수 있습니다. 여기에는 귀하의 방문 시 발생하는 총 요금, 그리고 귀하 본인과 건강 플랜이 부담하는 금액이 제시됩니다. EOB는 청구서가 아닙니다. 귀하는 또한 이것을 이용하여 귀하 본인과 가족이 귀하의 보험을 어떻게 이용하는지 추적하실 수 있습니다. 귀하는 의료 제공자로부터 별도의 청구서를 받으실 수 있습니다.

다음은 혜택 설명 예시입니다.

귀하의 건강 플랜 고객 서비스 번호는 플랜 로고 옆에 있거나 EOB 뒷면에 있을 수도 있습니다.

1. 전화번호

의료 제공자를 찾거나 귀하의 보험에 포함된 혜택을 알아보기 위해 귀하의 건강 플랜에 문의하실 수 있습니다.

2. 수취인 초과 납부된 청구 금액을 상환받는 사람입니다.

혜택 설명

1 고객 서비스 번호: 1-800-123-4567

명세서 날짜: XXXXXX
문서 번호: XXXXXXXXXXXX

회원 이름:
주소:
시, 주, Zip:



이것은 청구서가 아닙니다

가입자 번호: XXXXXXXXXXXX

ID: XXXXXXXX

그룹: ABCDE

그룹 번호: XXXXXX

환자 이름: XXXXXX

제공자:

청구 번호: XXXXXXXX

수령일: XXXXXXXXXXXX

수취인: 2

지불 날짜: XXXXXXXX

3. 서비스 설명

의료 방문, 검사, 검진 등 귀하께서 받은 건강 서비스를 표시합니다.

4. 제공자 청구 금액

귀하의 의료 제공자가 귀하에 대해 청구한 금액입니다.

5. 허용된 청구 금액

귀하의 의료 제공자가 지급받을 금액입니다. 이 금액은 제공자 청구 금액과 다를 수 있습니다.

청구 세부사항				귀하의 의료 제공자가 귀하에게 부과할 수 있는 금액		귀하의 책임			총 청구 비용		
행 번호	서비스 날짜	서비스 설명	청구 상태	제공자 청구 금액	허용된 청구 금액	코페이	공제금	공동보험	보험사 지급	납부하실 금액	비고 코드
1	22.3.20 - 22.3.20	진료	지불됨	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2.15	\$0.00	PDC
2	22.3.20 - 22.3.20	진료	지불됨	\$375.00	\$118.12	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$83.12	\$35.00	PDC
			총계	\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$85.27	\$35.00	PDC

비고 코드: PDC-청구된 금액이 보험이 허용한 최대 지급 금액을 초과합니다. 허용된 금액에 대한 지불이 이루어집니다.

6. 보험사 지급

귀하의 건강 플랜이 귀하의 의료 제공자에게 지불하는 금액입니다.

7. 납부하실 금액

귀하의 보험사가 나머지 금액을 지불한 후 귀하께서 지불하셔야 하는 금액입니다. 귀하는 이미 이 금액의 일부를 지불하셨을 수 있습니다. 귀하의 의료 제공자에게 직접 지급된 금액을 이 금액에서 제하지 않았을 수도 있습니다.

8. 비고 코드

귀하의 방문에 대한 비용, 청구 금액, 지불된 금액에 대해 설명하는 건강 플랜의 메모입니다.

청구서 납부

귀하의 청구서를 납부하시고 모든 서류를 안전한 곳에 보관하십시오. 일부 제공자는 귀하에게 미납된 요금이 있는 경우 귀하를 진료하지 않습니다. 귀하는 온라인이나 전화로 청구 요금을 납부하실 수 있습니다. 이것은 귀하의 건강 플랜과 보험에 따라 다를 수 있습니다.

이의제기

귀하께서 건강 플랜의 보장이나 지급 결정에 동의하지 않으신다면, 이의제기를 하실 수 있습니다. 귀하의 보험에서 부담해야 하는 검사나 서비스에 대한 요금을 납부하셨다고 생각하신다면 청구서를 보관하십시오. 바로 귀하의 건강 플랜에 전화하십시오. 건강 플랜은 도움을 제공하기 위한 콜센터와 지원 센터를 운영합니다.

go.cms.gov/c2c

(미국 보건사회복지부) 지불.
개정일: 2022년 5월 발행 #11819-K

