



의료보장에서부터 진료까지

보다 나은
진료 및
건강한
삶을 향한
로드맵



4 단계: 의료 제공자 찾기



1



여기서부터 시작하세요

건강을 최우선으로 삼기

- 건강 유지는 나와 내 가족에게 중요합니다.
- 가정과 일터, 커뮤니티에서 건강한 라이프스타일을 유지하세요.
- 받아야 할 건강 검진을 놓치지 말고, 만성 질환을 관리하세요.
- 나의 건강 정보 자료를 한곳에 보관하세요.

2



나의 의료보장 이해하기

- 가입한 보험 플랜이나 해당 주의 메디케이드 또는 CHIP 프로그램을 확인하여 어떤 의료 서비스가 보장되는지 알아보세요.
- 보장에 따르는 비용을 잘 알아두세요 (보험료, 코페이먼트, 본인부담금, 코인슈어런스).
- 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 간의 차이점을 파악하세요.

4



의료 제공자 찾기

- 믿을 만한 사람들에게 묻거나 인터넷 검색을 하세요.
- 가입한 플랜의 의료 제공자 명단을 확인하세요.
- 어떤 의료 제공자에게 배정된 상황에서 다른 의료 제공자로 변경하고자 할 경우, 해당 플랜에 연락하세요.
- 메디케이드 또는 CHIP에 등록된 경우, 거주하시는 주의 메디케이드 또는 CHIP 프로그램에 연락하여 도움을 받으세요.

3



진료를 받을 곳 이해하기

- 생명을 위협하는 상황인 경우, 응급실을 이용하세요.
- 응급 상황이 아닌 경우에는 1차 진료를 받는 것이 좋습니다.
- 1차 진료와 응급 진료 간의 차이점을 파악하세요.

5



의사방문 약속 잡기

- 본인이 신규환자인지, 아니면 기존에 방문한 적이 있는지를 밝히세요.
- 가입한 보험 플랜의 이름을 알려 주고, 그 보험을 받는지 물어보세요.
- 방문하고자 하는 의료 제공자의 이름을 말하고, 방문 이유를 설명하세요.
- 방문 가능한 요일 또는 시간을 문의하세요.

6



방문 준비하기

- 보험 카드를 소지하세요.
- 가족의 병력을 파악하고, 본인이 복용 중인 약의 명단을 작성하세요.
- 질문 목록 및 논의할 사항을 작성하여 지참하고, 방문 시에는 의료 제공자가 설명하는 내용을 필기하세요.
- 누군가의 도움이 필요한 경우, 함께 방문하세요.

아니요

의료 제공자를 변경하고자 할 경우, 4단계로 돌아가세요.

7



나에게 적합한 의료 제공자인지 파악하기

- 방문한 의료 제공자와의 관계가 편안했나요?
- 의료 제공자와 제대로 의사소통을 하고 설명을 잘 이해할 수 있었나요?
- 본인과 의료 제공자가 함께 올바른 의사결정을 내릴 수 있다고 느꼈나요?
- 기억하세요: 다른 의료 제공자로 변경해도 괜찮습니다!

예

8



방문 이후에 취해야 할 단계들

- 의료 제공자의 지시를 따르세요.
- 처방전에 따라 약을 구입하고, 지시에 따라 약을 복용하세요.
- 후속 방문을 해야 할 경우, 방문 일정을 정하세요.
- 보장 혜택 내용을 검토하고, 의료비를 납부하세요.
- 질문이 있으면 의료 제공자, 건강 플랜, 또는 해당 주의 메디케이드나 CHIP 기관에 문의하세요.



4 의료 제공자 찾기.

올바른 의료 제공자를 고르는 것은 건강 관리에 있어 가장 중요한 결정 중 하나입니다. 올바른 의료 제공자를 찾으려면 약간의 노력을 기울여야 합니다.

기억하세요. 의료 제공자를 찾는 일은 여러분이 신뢰할 수 있고, 자신의 건강과 웰빙을 향상하기 위해 함께 협력할 수 있는 파트너를 찾는 것입니다. 그러므로 자신에게 무엇이 필요한지에 대해 시간을 갖고 생각해 보세요. 건강 관리 상의 필요사항이 얼마나 복잡한지에 따라, 여러 유형의 의료 제공자들을 방문해야 할 수도 있습니다. 가장 일반적인 두 가지 유형의 의료 제공자는 아래와 같습니다.

1차 진료 제공자 (Primary Care Provider)란 대부분의 건강 문제에 대해 진료 받기 위해 방문하는 대상입니다. 또한 여러분과의 협력을 통해 1차 진료 제공자는 권고된 검진을 받도록 하고, 건강 기록을 관리해 주며, 만성 질환 관리에 도움을 제공하고, 다른 유형의 의료 제공자가 필요한 경우 이들과 연결시켜 주는 역할을 합니다. 성인 환자의 1차 진료 제공자는 가족 주치의, 내과의, 일반의, 간호사, 또는 의사 보조원이라고 보통 불립니다. 반면 아동 또는 청소년의 1차 진료 제공자는 소아과 의사라고 보통 불립니다. 노년층의 1차 진료 제공자는 보통 노인병 전문의라고 불립니다.

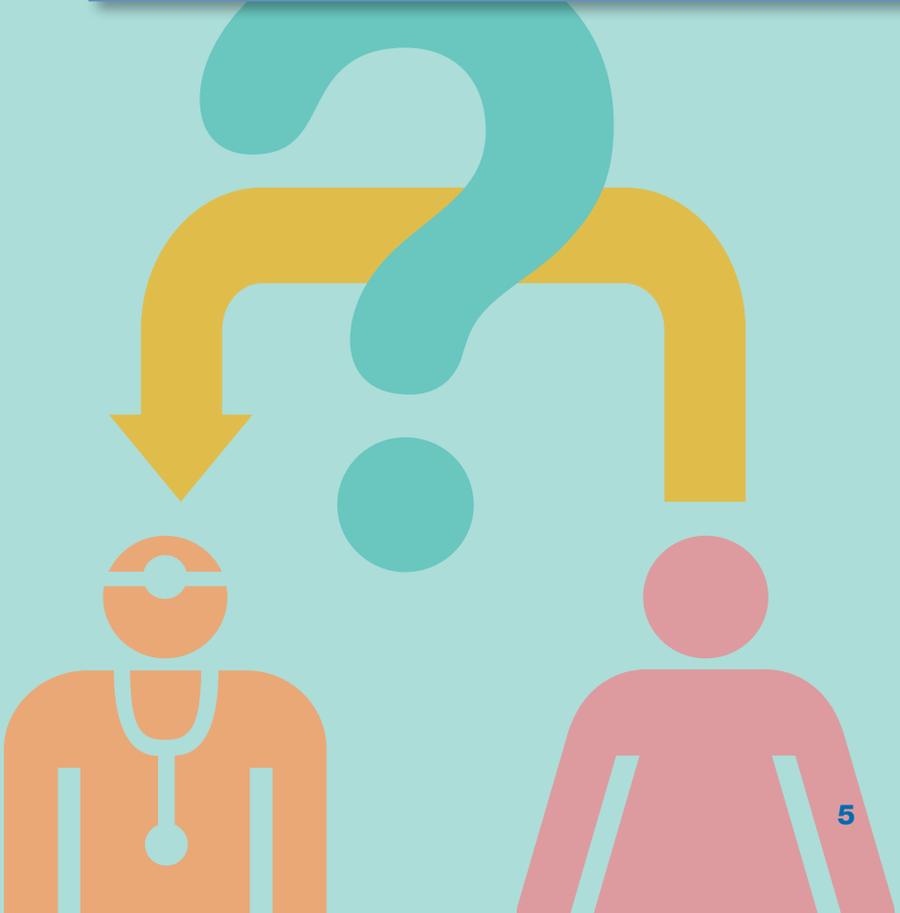
건강 플랜에서 의료 제공자를 지정해 주는 경우도 있습니다. 원하는 경우, 의료 제공자를 변경할 수도 있습니다. 의료 제공자를 변경하는 방법을 문의하려면 건강 플랜에 연락하세요.

전문의 (Specialist)란 특정 의료 서비스가 필요하거나 특정 질환을 치료받고자 할 때 방문하는 의료 제공자입니다. 전문의에는 심장 전문의, 암 전문의, 정신과 의사, 알레르기 의사, 족병 치료 의사, 정형외과 의사 등이 있습니다.

건강 플랜에서 의료비를 부담하도록 하려면 전문의를 방문하기에 앞서 1차 진료 제공자에게 **진료의뢰서 (Referral)**(또는 구체적인 지침)를 받아야 합니다. 일부 서비스에 대해, 건강 플랜에서 **사전 허가 (Preauthorization)**를 우선 받으라고 요구할 수도 있습니다. 사전 허가란 의료보장 또는 건강 플랜 측이 건강 관리 서비스, 치료 플랜, 처방약, 또는 내구성 있는 의료장비가 의료 측면에서 필요하다고 하는 결정을 의미합니다. 또한 이것은 사전 허가(prior authorization), 사전 승인, 또는 사전 인증 등으로 불리기도 합니다.

나에게 맞는 의료 제공자

나에게 맞는 의료 제공자를 만나려면 여러 차례 방문해야 할 지도 모릅니다.





오래도록 건강한 삶을 누릴 수 있도록 서로 협력할 수 있는 신뢰 가능한 의료 제공자를 찾으려면 다음의 4가지 단계를 실천하세요.

1. 네트워크에 소속된 의료 제공자들을 찾으세요.

- 보험회사 또는 주 메디케이드와 CHIP 프로그램에 전화하거나, 이들의 웹 사이트를 방문하거나, 가입자 핸드북을 확인하여 네트워크에 소속되어 있으며 내 의료보장을 받아 주는 의료 제공자를 찾으세요.
- 영어 이외의 언어를 구사하는 의료 제공자를 찾거나, 이동 상의 문제나 그 외 기능적 장애 문제를 해결해 줄 수 있는 의료 제공자를 찾고 있다는 등 특수한 요청 사항을 말씀하세요.
- 이미 원하시는 의료 제공자가 있고, 이 제공자에게 계속 진료를 받고 싶은 경우에는 진료실에 연락하여 가입하신 의료보장을 받아 주는지 문의하세요.
- 대부분의 경우, 네트워크 소속 의료 제공자보다 비소속 제공자일 때 더 많은 진료비를 납부해야 한다는 점에 유의하세요.

2. 주변에 물어보세요.

- 친구나 가족에게 선호하는 의료 제공자가 있는지 물어보세요.
- 어떤 유형의 의료 제공자이며, 선호하는 이유에 대해 물어보세요.
- 해당 의료 제공자를 인터넷으로 검색하여 그 지역의 다른 환자들이 올린 의견을 찾아 볼 수도 있습니다.



3. 의료 제공자를 정하세요.

의료 제공자의 진료실에 연락하여 1차 진료 제공자로 누구를 정할 것인지 결정하는데 필요한 질문을 합니다. 다음과 같은 질문들을 할 수 있습니다:

- 의료 제공자가 새 환자를 받아 주는지, 또는 해당 의료보장에 가입한 환자를 받아 주는지? 이 사항은 연중에도 변경될 수 있으므로, 언제든지 질문을 해야 합니다.
- 진료실이 집이나 직장에서 가까운지? 어떻게 찾아가면 되는지?
- 진료 방문 약속 시간이 내 일정과 맞는지?
- 의료 제공자가 내가 사용하는 언어를 구사할 수 있는지, 아니면 통역사를 이용할 수 있는지?
- 이동하기가 어렵거나 다른 기능적 문제가 있는 경우, 의료 제공자의 진료실에 찾아가서 검사대 및 체중계에 올라가고, 나의 필요사항을 충족시켜 주는 방식으로 핵심적인 진료 정보를 얻을 수 있는지?
- 의료 제공자가 어떤 병원과 연계되어 있으며, 내가 그곳에 갈 수 있는지?
- 진료실 직원들이 환자를 올바르게 대우하고 도움을 제공하는지?

4. 한 번 방문해 보세요!

나에게 맞는 의료 제공자를 만나려면 여러 차례 방문해야 할 지도 모릅니다.

의료비용에 대한 도움말

의료 제공자를 방문하기 전에 사전 허가를 받아야 하는지에 대해 건강 플랜에 문의하세요. 사전 허가를 받지 않으면, 건강 플랜이 부담해야 할 부분을 환자가 부담해야 할 수도 있습니다.

용어

이의 제기 (Appeal)

이의 제기는 보장, 또는 건강 플랜의 지급 결정에 대해 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치입니다. 건강 플랜이 다음 중 하나를 거부할 때, 이에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다:

- 여러분이 당연히 받을 수 있다고 생각하는 건강 관리 서비스, 의료용품, 또는 처방약에 대한 요청
- 여러분이 이미 받은 건강 관리 또는 처방약의 비용 지급에 대한 요청
- 처방약 구입 시 지불해야 할 금액을 변경해 달라고 요청
- 이미 보장을 받고 있는 상태에서 건강 플랜이 지급을 중단하는 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

코인슈어런스 (Co-insurance)

환자가 본인부담금(deductible)을 납부한 후, 의료 서비스 비용의 환자 부담분으로써 납부해야 할 금액. 코인슈어런스는 보통 퍼센트로 표시됩니다(예: 20%).

코페이먼트 (Copayment)

의사 방문, 병원 외래 방문, 또는 처방약 등 의료 서비스나 의료용품 비용에 대해 환자가 납부해야 할 부분. 일반적으로, 코페이먼트는 퍼센트가 아니라 정해진 금액입니다. 예를 들어, 의사 방문 또는 처방에 대해 \$10나 \$20를 납부합니다.

본인부담금 (Deductible)

건강보험 또는 플랜이 납부를 시작하기에 앞서 이 두 대상이 보장하는 건강 관리 서비스에 대해 환자가 납부해야 할 금액.

응급 서비스 (Emergency Services)

질병, 상해, 증상, 또는 질환이 매우 심각하여 합리적인 사람이라면 누구나 즉시 진료 및 치료를 받아 해당 상황의 악화를 방지하고자 하는 상황에서, 이러한 질병, 상해, 증상, 또는 질환에 대한 평가.

제외 서비스 (Excluded Services)

환자의 의료보장 또는 건강 플랜에서 비용을 지급하지 않는 건강 관리 서비스.

혜택 설명서 (Explanation of Benefits 또는 EOB)

가입자가 의료 제공자를 방문하거나 의료 서비스를 받은 후 보험회사에서 가입자에게 보내 주는 건강 관리 청구비에 대한 요약 설명서입니다. 혜택 설명서는 비용 청구서가 아닙니다. 혜택 설명서는 가입자 또는 피부양자가 받은 건강 관리 및 의료 제공자가 보험회사에 청구하는 금액에 대한 기록 자료입니다.

처방약 목록 (Formulary)

처방약 플랜 또는 처방약 혜택을 제공하는 기타 보험 플랜으로 보장되는 처방약에 대한 목록. 처방약 목록은 "약 목록"이라고 불리기도 합니다.

병원 외래환자 진료 (Hospital Outpatient Care)

일반적으로 입원을 요하지 않는 병원 진료.

네트워크 소속 코인슈어런스 (In-network Co-insurance)

보장 받는 건강 관리 서비스의 허용된 금액에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺은 의료 제공자에게 지급하는 퍼센트 (예: 20%). 일반적으로, 네트워크 소속 코인슈어런스는 네트워크 비소속 코인슈어런스에 비해 낮습니다.

네트워크 소속 코페이먼트 (In-network Co-payment)

보장 받는 건강 관리 서비스에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺은 의료 제공자에게 지급하는 일정액(예: \$15). 일반적으로, 네트워크 소속 코페이먼트는 네트워크 비소속 코페이먼트에 비해 낮습니다.

네트워크 (또는 "네트워크 소속") (Network 또는 In-network)

여러분의 건강보험사 또는 건강 플랜이 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺은 시설, 의료 제공자 및 공급자.

네트워크 비소속 (Out-of-network)

가입된 건강보험사 또는 건강 플랜과 의료 서비스 제공 계약을 맺지 않은 의료 제공자. 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하면 더 많은 의료비가 발생합니다.

네트워크 비소속 코인슈어런스 (Out-of-network Coinsurance)

보장 받는 건강 관리 서비스의 허용된 금액에 대해 건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자에게 지급하는 퍼센트 (예: 40%). 일반적으로, 네트워크 비소속 코인슈어런스는 네트워크 소속 코인슈어런스에 비해 높습니다.

네트워크 비소속 코페이먼트 (Out-of-network Copayment)

건강 보험 또는 건강 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자로부터 받는 보장되는 건강 관리 서비스에 대해 지급하는 일정액(예: \$30). 일반적으로, 네트워크 비소속 코페이먼트는 네트워크 소속 코페이먼트에 비해 높습니다.

가입자 부담 최대한도액 (Out of-pocket Maximum)

보장되는 필수 건강 혜택의 100%를 건강보험 또는 플랜에서 부담하기 전에 가입자가 보험기간(보통 1년) 동안 납부하는 총액의 상한선. 가입자 부담 최대한도액에는 연간 본인부담금 (deductible)이 포함되며, 본인부담금 적용 후에 발생하는 모든 비용 부담 또한 포함됩니다. 대부분의 2014년도 건강 플랜의 가입자 부담 최대한도액은 개인의 경우 \$6,350, 가족의 경우 \$12,700입니다. 이들 금액은 2015년도에 상향 조정됩니다.

사전 허가 (Preauthorization)

건강 관리 서비스, 치료 플랜, 처방약, 또는 내구성 있는 의료장비가 의료적으로 필요한 것인지에 대해 건강보험사 또는 건강 플랜이 내리는 결정. 일부의 경우, 사전 허가 (prior authorization), 사전 승인, 또는 사전 인증 등으로도 불립니다. 건강보험 또는 건강 플랜은 응급 상황을 제외하고 일부 의료 서비스를 받기 전에 사전 허가를 받을 것을 요구합니다. 사전 허가는 건강보험 또는 건강 플랜이 해당 의료비를 부담하겠다고 약속하는 것은 아닙니다.

보험료 (Premium)

보험회사 또는 건강 관리 플랜이 제공하는 의료보장 또는 처방약 보장에 대해 이들에게 주기적으로 지급하는 금액.

예방 서비스 (Preventive Services)

치료가 최선의 방법인 경우, 질환, 질병, 또는 기타 건강 상의 문제를 예방하거나 질환을 조기에 발견하기 위해 실시하는 스크리닝, 정기 검진, 환자 카운셀링 등 정기적인 건강 관리 (여기에는 독감 및 폐렴 주사, 백신, 그리고 유방암 검사, 우울증/행동건강 스크리닝 또는 혈압 테스트와 같은 스크리닝이 포함됩니다).

1차 진료 제공자 (Primary Care Providers)

대부분의 건강 문제가 발생할 때 처음으로 방문하는 의사.

1차 진료 제공자는 건강을 지키기 위해 필요한 진료를 반드시 받도록 해 줍니다. 또한 다른 의사 및 의료 제공자와 진료에 대해 협의하여 이들에게 추천을 해 주기도 합니다. 많은 건강 플랜에서는 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 1차 진료 제공자를 반드시 방문하도록 요구합니다.

전문의 (Specialist)

내과전문의는 특정 유형의 증상 및 질환을 진단, 관리, 예방 또는 치료하기 위해 특정한 약 분야 또는 환자군에 중점을 둡니다.

내과전문의 이외의 전문의는 건강 관리의 특정 분야에 대해 더 많은 교육 및 훈련을 거친 의료 제공자입니다.



중요한 정보



이 로드맵 책자의 소지자 정보 _____

건강 플랜 이름 _____

보험증권 번호 _____

그룹 번호 _____

건강 플랜 전화번호 _____

1차 진료 제공자 _____

다른 의료 제공자 _____

약국 _____

알레르기 _____

응급 상황 시 연락처 _____

복용 의약품 _____

기타 _____

자신의 신원을 보호하세요: 지면 자료, 온라인, 컴퓨터, 모바일 기기 등 어디에 있든지 관계없이 자신의 개인 정보를 안전하게 관리하세요. 특히 사회보장번호와 같은 개인 정보를 안전하게 저장하고 자료가 불필요해진 경우 안전하게 폐기하세요.



CMS 제품 번호
11841-K 2015년 1월

go.cms.gov/c2c