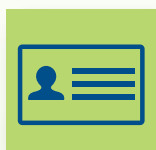




의료보장에서부터 진료까지

보다 나은
진료 및
건강한
삶을 향한
로드맵



2단계: 나의 의료보장 이해하기



1

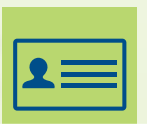


여기서부터 시작하세요

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.

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.

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.

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.

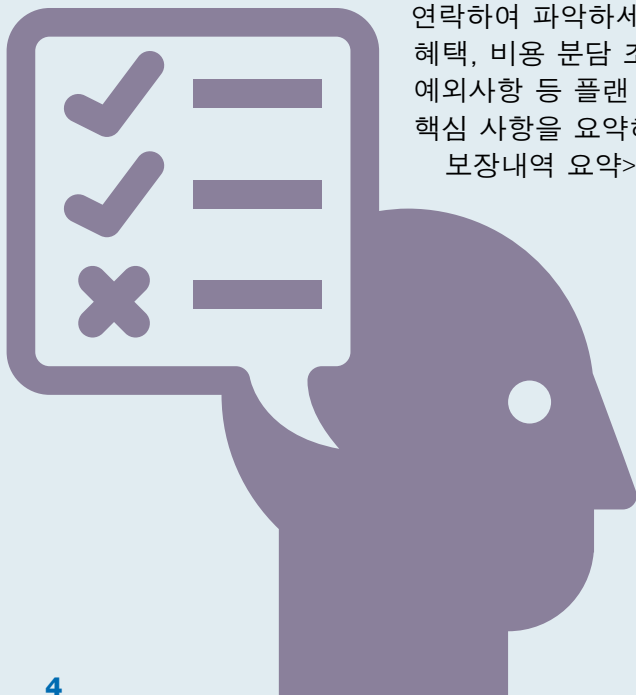


2 나의 의료보장 이해하기.

의료보장은 아플 때 이용한 의료 제공자 서비스, 약, 병원 진료 및 특별한 의료장비에 대한 비용을 부담해 줍니다. 또한 아프지 않은 경우에도 마찬가지로 중요합니다. 대부분의 의료보장에는 아동 및 성인을 대상으로 한 예방접종, 여성 및 노년층의 연간검진, 비만검진, 전 연령층을 위한 상담 및 많은 기타 서비스가 무료로 포함됩니다. 의료보장에 가입된 경우, 보험료를 매월 납부하여 해당 보장을 유지하세요.

방문하는 의료 제공자별로 이용 가능한 보험 플랜 및 여러분이 납부해야 할 비용 규모에 차이가 있을 수 있습니다. 메디케이드 및 CHIP 프로그램 또한 주별로 차이가 납니다. 가입한 플랜이 어떤 의료 서비스 및 의료 제공자 비용을 부담해 주는지, 그리고 매 방문 비용 또는 약 구입비용이 얼마나 드는지를 보험회사 또는

주 메디케이드 및 CHIP 프로그램에 연락하여 파악하세요. 그리고 보장되는 혜택, 비용 부담 조항, 보장 한도 및 예외사항 등 플랜 또는 의료보장의 핵심 사항을 요약해 놓은 <혜택 및 보장내역 요약> 문서를 요청하세요.



다음은 앞으로 접하시게 될 건강보험 핵심 용어에 대한 설명입니다. 다른 핵심 용어들은 이 책자의 뒷부분에 설명되어 있습니다.

- **네트워크 (Network)**란 여러분의 건강보험사가 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺은 시설, 의료 제공자 및 공급자입니다.
- 보험회사에 연락하여 어느 의료 제공자가 “네트워크 소속” 인지 확인하세요. 이들 의료 제공자는 “우선 제공자” 또는 “참여 제공자”라고 불리기도 합니다.
- 의료 제공자가 “네트워크 비소속”인 경우에는 방문 비용이 더 많이 들 수 있습니다.
- 네트워크는 변경될 수 있습니다. 의료 방문 일정을 잡을 때마다 해당 의료 제공자에게 본인의 납부액 규모를 확인하세요.

- **본인부담금 (Deductible)**이란 건강보험 또는 플랜 측에서 건강 관리 서비스에 대한 진료비를 납부하기 전에 여러분이 납부해야 할 금액입니다.

예를 들어, 본인부담금이 \$1,000인 경우, 가입한 플랜에서는 여러분이 받은 서비스에 대해 자신의 부담액이 \$1,000에 도달할 때까지는 전혀 비용을 부담하지 않습니다. 본인부담금은 모든 서비스에 다 적용되는 것은 아닙니다.

- **코인슈어런스 (Co-insurance)**란 보장된 건강 관리 서비스 비용에 대한 여러분의 부담분으로, 해당 서비스에 대해 허용된 금액의 일정 퍼센트(예: 20%)로 산출됩니다. 즉, 코인슈어런스 및 납부해야 할 본인부담금을 지불해야 합니다.

예를 들어, 건강보험 또는 플랜이 의료기관 방문에 대해 허용하는 금액이 \$100이고 여러분이 본인부담금 한도를 충족했다면, 20% 코인슈어런스의 금액은 \$20가 됩니다. 건강보험 또는 플랜에서는 허용된 금액의 나머지 부분을 부담하는 것입니다.



- **코페이먼트 (Copayment)** 또는 코페이란 의사 방문, 병원 외래 방문, 또는 처방약 등 의료 서비스나 의료용품 비용에 대해 납부해야 할 여러분의 부담분입니다. 일반적으로, 코페이먼트는 퍼센트가 아니라 정해진 금액입니다.

예를 들어, 의사 방문, 검사, 처방에 대해 \$10나 \$20를 납부합니다. 코페이먼트는 보통 보험 플랜 및 방문이나 서비스 유형에 따라 \$0 ~ \$50 사이에서 정해집니다.

- **보험료 (Premium)**란 건강보험 또는 플랜을 이용하기 위해 납부해야 하는 금액입니다. 일반적으로, 여러분 본인 및/또는 고용주가 매월, 매 분기, 또는 매년 납부합니다. 보험료는 본인부담금, 코페이먼트, 또는 코인슈어런스에 포함되어 있지 않습니다. 보험료를 납부하지 않으면 의료보장을 상실할 수 있습니다.

- **가입자 부담 최대한도액 (Out-of-pocket maximum)**

이란 보장되는 필수 건강 혜택의 100%를 건강보험 또는 플랜에서 부담하기 전에 여러분이 보험기간(보통 1년)

동안 납부하는 총액의 상한선입니다. 여기에는 본인부담금,

코페이먼트, 코인슈어런스, 또는 유사한 청구비 및 기타

합당한 의료비로 개인이 지출하는 금액이 모두

포함됩니다. 이 상한선에는 보험료 또는

필수적이지 않은 건강 혜택은

포함할 필요가 없습니다.

2014년도 마켓플레이스 플랜의 가입자 부담 최대한도액은 개인 플랜의 경우 \$6,350, 가족 플랜의 경우 \$12,700를 넘지 않습니다.

- **혜택 설명서 (Explanation of Benefits 또는 EOB)**란 가입자가 의료 제공자를 방문하거나 의료 서비스를 받은 후 건강 플랜에서 가입자에게 보내 주는 건강 관리 청구비에 대한 요약 설명서입니다. 혜택 설명서는 비용 청구서가 아닙니다. 이 서류는 가입자 본인, 또는 건강보험의 피부양자가 받은 의료 서비스이자 해당 의료 제공자가 건강 플랜 측에 청구하는 금액에 대한 기록입니다. 해당 진료비를 더 내야 할 경우, 의료 제공자가 별도의 청구서를 보내올 것입니다.





보험 카드 또는 기타 문서

아마 여러분은 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램으로부터 의료보장에 대한 정보가 수록된 가입자 가입 자료집을 받으셨을 것입니다. 이 정보를 잘 읽으셔야 하는데, 그 이유는 의료 제공자를 방문할 때 또는 보험회사에 연락하여 질문을 할 때 필요하기 때문입니다. 이 정보를 읽을 수 없거나 이해가 안 되는 경우, 가입하신 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램에 연락하여 설명을 해 달라고 요청하세요.

또한 보험 가입을 증명하는 카드 또는 기타 문서를 받으셨을 것입니다. 소지하신 카드는 이것과 형태가 다를 수 있지만 표시된 정보는 동일해야 합니다. 일부 건강 플랜에서는 카드를 발급하지 않습니다. 단, 다른 방식으로 이 정보를 받으셨을 것입니다. 카드를 받지 못하신 경우에는 건강 플랜에 연락하여 카드를 받아야 하는지 확인하세요.

보험회사 이름

플랜 유형

4

유효일

처방전 그룹 번호 XXXXX

처방전 코페이

\$15.00 복제약

\$20.00 브랜드 약

7

가입자 이름: Jane Doe

1

가입자 번호: XXX-XX-XXX

2

그룹 번호: XXXXX-XXX

3

PCP 코페이 \$15.00

전문의 코페이 \$25.00

응급실 코페이 \$75.00

5

가입자 서비스: 800-XXX-XXXX

6

건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램으로부터 받은 보험 카드 또는 기타 문서에는 다음과 같은 정보가 표시되어 있을 것입니다.

- 1 가입자 이름 및 생년월일.** 보통의 경우, 카드 상에 인쇄되어 있습니다.
- 2 가입자 번호.** 이 번호는 의료 제공자가 가입자의 건강 플랜에 청구하는 방법을 알아낼 수 있도록 가입자를 식별하는 데 사용됩니다. 배우자 또는 자녀가 피부양자로 등록되어 있는 경우, 가입자 본인과 이들의 가입자 번호가 서로 비슷할 것입니다.
- 3 그룹 번호.** 이 번호를 사용하여 건강 플랜에서 제공하는 특정 혜택들을 알 수 있습니다. 또한 이 번호는 의료 제공자가 가입자의 건강보험에 청구하는 방법을 알아낼 수 있도록 가입자를 식별하는 데 사용됩니다.
- 4 플랜 유형.** 가입자 카드에는 HMO, PPO, HSA, Open, 또는 기타 단어로 된 라벨이 표시되어 있을 것입니다. 이것은 가입하신 플랜 유형을 나타냅니다. 이 라벨을 통해 가입하신 플랜이 어떤 유형의 네트워크에 해당하는지, 그리고 "네트워크에 소속된" 어떤 의료 제공자를 방문할 수 있는지 알 수 있습니다.
- 5 코페이먼트.** 코페이먼트란 가입자가 건강 관리를 받은 경우 납부해야 하는 금액입니다.
- 6 전화번호.** 의료 제공자를 찾아보거나 의료보장에 포함된 사항에 대해 질문이 있는 경우, 이 번호로 연락하여 해당 건강 플랜에게 질문을 하면 됩니다. 전화번호가 카드 뒷면에 기재되어 있는 경우도 있습니다.
- 7 처방 코페이먼트.** 처방 코페이먼트란 가입자가 매번 처방약을 구입할 때마다 납부해야 하는 금액입니다.



아래 질문들은 의료보장에 대해, 그리고 건강 관리를 받을 때 납부해야 하는 금액에 대해 더 잘 이해하는 데 도움이 되기 위해 마련되었습니다. 질문에 대한 답변을 모를 경우에는 가입하신 보험 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 기관에 연락하세요.

- 1차 진료 방문 비용으로 얼마를 납부해야 하나요? 전문의 방문이란 무엇인가요? 정신/행동 건강 방문이란 무엇인가요?
- “네트워크 소속” 의료 전문가를 방문할 때와 “네트워크 비소속” 의료 전문가를 방문할 때의 납부비용이 서로 다른가요?
- 처방약 구입 시 얼마를 지불해야 하나요?
- 예를 들어 행동 건강 의료 전문가나 물리치료사와 같은 의료 제공자를 방문할 때 방문 회수의 제한이 있나요?
- 응급 상황이 아닌데도 응급실에 간 경우, 비용이 얼마나 드나요?
- 나의 본인부담금은 얼마인가요?
- 전문의를 방문하려면 소개서가 있어야 하나요?
- 내 플랜으로 보장 받지 못하는 의료 서비스에는 어떤 것이 있나요?

의료보장 관련 사기 예방

누군가가 내 보험카드 또는 가입자 번호를 사용하여 처방약이나 의료를 받으려고 한다면, 그 사람은 사기를 저지르는 것입니다. 의료보장 관련 사기를 예방합니다.

- 다른 사람이 절대로 내 보험카드를 사용하지 못하도록 하세요.
- 내 개인 정보를 안전하게 관리하세요.
- 보험카드를 분실하거나 사기로 의심되는 상황이 벌어지면 보험회사에 즉시 연락하세요.



다음은 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램이 여러분의 의료 서비스 사용을 보장하기 위해 이 섹션에서 다룬 용어들을 어떻게 사용하는지 보여 주는 사례입니다.

- 모든 건강 플랜은 플랜이 의료 서비스 비용을 납부하는 데 어떻게 도움이 되는지를 보여 주는 이와 같은 사례가 소개된 혜택 설명서를 가입자에게 반드시 제공해야 합니다.
- 실제 비용 및 진료는 건강 관리 상의 필요사항 및 의료보장에 따라 달라집니다.
- 자세한 정보를 얻으려면 건강 플랜 또는 주 메디케이드나 CHIP 프로그램에 연락하세요.

임신 및 출산 (정상 분만)

- **의료 제공자에게 납부해야 할 금액:**
\$7,540
- **플랜 부담분** \$5,490
- **환자 부담분** \$2,050

진료비 예시:

병원 측 청구액(산모)	\$2,700
산부인과 정기 진료	\$2,100
병원 측 청구액(신생아)	\$900
마취	\$900
실험실 검사	\$500
처방전	\$200
방사선	\$200
예방접종, 기타 예방 의료	\$40
합계	\$7,540

환자 납부액:

본인부담금	\$700
코페이	\$30
코인슈어런스	\$1,320
합계	\$2,050

제2형 당뇨병 관리 (잘 관리된 만성 당뇨병에 대한 1년 간의 정기 관리)

- **의료 제공자에게 납부해야 할 금액:**
\$5,400
- **플랜 부담분** \$3,520
- **환자 납부액** \$1,880

진료비 예시:

처방전	\$2,900
의료장비 및 용품	\$1,300
의료기관 방문 및 시술	\$700
교육	\$300
실험실 검사	\$100
예방접종, 기타 예방 의료	\$100
합계	\$5,400

환자 납부액:

본인부담금	\$800
코페이	\$500
코인슈어런스	\$580
합계	\$1,880

상기 수치는 실제 비용 금액이 아니며, 모든 핵심 정보를 포함하고 있지는 않습니다.

출처 : <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf>

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 _____

보험번호 _____

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
11839-K 2015년 1월