



# 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](https://go.cms.gov/c2c)

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

