

자주 이용하는 메디케어 용어 Glossary

Appeal 어필 또는 이의 제기

메디케어, 메디케어 건강 플랜 또는 메디케어 처방약 플랜 등이 결정한 보장 또는 지불 결정에 동의하지 않는 경우 취할 수 있는 조치. Medicare 또는 플랜이 다음 중 하나를 거부하면 이의를 제기 할 수 있음

- 귀하가 받을 수 있다고 생각되는 건강 관리 서비스, 공급품, 품목 또는 처방약에 대한 귀하의 요청
- 귀하가 이미 받은 건강 관리 서비스, 공급품, 품목 또는 처방약에 대한 지불 요청
- 건강 관리 서비스, 용품, 물품 또는 처방약에 대해 지불해야 하는 금액을 변경하라는 요청.

메디케어 또는 귀하의 플랜이 여전히 필요하다고 생각하는 서비스, 공급품, 품목 또는 처방약의 전부 또는 일부를 제공하거나 지불을 중단 한 경우에도 이의를 제기 할 수 있음

Assignment 어사인먼트 할당

의사, 공급자 또는 공급 업체가 메디케어가 직접 지불하고 서비스에 대해 메디케어가 승인 한 지불 금액을 수락하고 메디케어 공제액 및 공동 보험료 이상을 청구하지 않기로 합의한 계약.

Benefit period 혜택 기간

오리지널 메디케어가 수혜자의 병원 및 전문 간호 시설 (SNF) 서비스 사용을 측정하는 방식. 혜택 기간은 병원 또는 SNF에서 입원 환자로 입원 한 날부터 시작됨. 혜택 기간은 60 일 동안 입원 환자 병원 치료 (또는 SNF의 전문 치료)를 받지 않은 경우에 종료. 한 혜택 기간이 종료 된 후 병원이나 SNF에 들어가면 새로운 혜택 기간이 시작됨. 혜택 기간마다 입원 환자 병원 공제액을 지불해야 하며, 혜택 기간의 수에는 제한이 없음.

Coinsurance 코인슈어런스 보험 가입자 부담금

공제액(디덕터블)을 지불 한 후 Maximum-out-of-pocket (분담금 최대액수)에 도달할때까지 서비스 비용 분담액으로 지불해야 할 금액. 공동 보험(코인슈어런스)은 일반적으로 백분율(%)로 표기 (예 : 수술 비용의 20 %).

Copayment 코페이먼트 보험 가입자 부담금

의사 방문, 병원 외래 환자 방문 또는 처방약과 같은 비교적 간단한 의료 서비스 또는 용품 비용을 가입자 또는 수혜자가 분담액으로 지불해야 할 금액. 코페이먼트는 일반적으로 백분율이 아닌 정해진 금액 임 (예: 의사의 방문시 \$10)

Coverage gap 적용 격차

파트 D 처방약 보험에서 치명적인 혜택(catastrophic coverage)을 받을 자격이 있을 때까지 처방약 비용을 더 많이 지불하는 기간. 보장 격차 ("도넛홀"이라고도 함)는 가입자와 가입자의 플랜이 해당 연도 동안 처방약에 대해 정해진 금액을 지불했을 때 시작됨

Creditable prescription drug coverage 신뢰할 수 있는 처방약 보장

최소한 Medicare의 표준, 평균 처방약 보장액만큼 지불 할 것으로 예상되는 처방약 보장 (예 : 고용주 또는 노동 조합). 이런 종류의 혜택을 받는 사람들은 메디케어 자격이 되었을 때 나중에 메디케어 처방약 혜택에 가입하기로 결정하여도 일반적으로 페널티를 지불하지 않고 현재의 혜택을 유지할 수 있음

Custodial care 커스토디얼 케어, 양육

비숙련 개인관리 (예 : 목욕, 옷 입기, 식사, 침대 또는 의자 안팎으로 이동, 이동 및 화장실 사용)와 같은 일상생활 활동의 지원. 또한 안약 사용과 같이

대부분의 사람들이 스스로하는 건강 관련 치료의 종류도 포함될 수 있음.
대부분의 경우, 메디케어는 양육비를 지불하지 않음.

Deductible 초기 공제액

Original Medicare, 처방약 플랜 또는 기타 보험료가 지불되기 전에 건강 관리 또는 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액.

End-Stage Renal Disease (ESRD)말기 신장 질환 (ESRD)

정기적인 투석 과정이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전.

Exception 예외

메디케어 처방약의 보장 범위를 결정하는 유형으로 “처방약전 예외(formulary exception)”란 의약품 목록에 없는 의약품을 보장하거나, 보험 적용 규칙을 포기하기로 한 처방약 보험의 결정. Tiering exception, 단계적 예외는 선호하지 않는 약품 단계에 있는 약품에 대해 금액을 적게 청구하는 처방약 보험의 결정. 가입자 또는 가입자의 처방자(의사)는 예외를 요청해야 하며, 귀하의 의사 또는 다른 처방자는 예외의 의학적 이유를 설명하는 지지 진술서를 제공해야 함

Excess charge 초과 진료비

가입자가 Original Medicare를 가지고 있을때, 의사 또는 다른 의료 제공자가 청구한 법적으로 허용된 청구비가 메디케어 승인 금액(수가)보다 높은 경우, 그 차이를 초과 진료비 이라 함

Formulary 처방집

처방약 플랜 또는 처방약 혜택을 제공하는 다른 보험 플랜으로 보장되는 처방약 목록. 약물 목록이라고도합니다.

Grievance 불만, 그리븐스

메디케어 건강 플랜 또는 메디케어 약품 플랜이 진료를 제공하는 방식에 대한 불만. 예를 들어, 플랜과 통화에 문제가 있거나 플랜의 직원이 귀하를 향한 행동에 불만이있는 경우 불만을 제기 할 수 있음. 그러나 서비스, 공급품 또는 처방약에 대한 플랜의 거부에 대한 불만이 있는 경우 이의(어필, appeal)를 제기할 수 있음

Guaranteed issue rights (also called "Medigap protections") 보장된 발행 권한 ("Medigap 보호"라고도 함)

개인적 특정 상황에서 보험회사가 Medigap 보험을 반드시 판매 또는 제공하도록 법률에 의해 요구되는 권리. 이러한 상황에서 보험 회사는 당신에게 Medigap 보험 가입을 거부하거나, 기존 병력 등 Medigap 보험에 조건을 제시 할 수 없으며, 과거 또는 현재 건강상 문제로 인해 Medigap 정책에 대해 더 많은 비용을 청구 할 수 없음

Health care provider 건강 관리 제공자

건강 관리를 할 수있는 면허가 있는 사람 또는 조직. 의사, 간호사 및 병원은 의료 제공자의 예.

Lifetime reserve days 평생 예비 일

Original Medicare에서는 90일 이상 병원에 입원해 있을 때 메디케어가 비용을 지불하는 추가 기간으로, 평생 동안 사용할 수 있는 총 60 일의 예비 기간이 있습니다. 각 평생 예비일에 대해 메디케어는 일일 보험분담금(코인슈어런스)을 제외한 모든 보장 비용을 지불 함

Limiting charge 제한 요금

Original Medicare에서는 Assignment, (어사인먼트 할당) 을 수락하지 않는 의사 및 기타 건강 관리 공급 업체가 보장서비스에 대해 청구 할 수 있는 최고 금액. 제한 요금은 메디케어 승인 금액보다 추가적인 15 % 이며, 제한 요금은 특정 서비스에만 적용되며 소모품이나 장비에는 적용되지 않음

Medicaid 메디케이드

제한된 소득 및 자원(자산)의 일부 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부의 공동 프로그램. Medicaid 프로그램은 주별로 다르지만, 메디케어와 Medicaid 자격이 있는 경우 대부분의 의료 비용이 보장 됨

Medical underwriting 의료 보험 계약심사

귀하의 병력에 기초하여, 귀하의 보험 신청 여부, 기존 조건에 대한 대기 기간 추가 (주법이 허용하는 경우) 및 청구 금액을 결정하기 위해 보험 회사가 사용하는 프로세스

Medically necessary 의학적으로 필요

질병, 부상, 상태, 질병 또는 증상을 진단하거나 치료하는 데 필요한 건강 관리 서비스 또는 용품은 허용되는 의학적 표준을 충족 함

Medicare 메디케어

메디케어는 다음에 해당되는 사람들을 위한 연방정부의 건강보험 프로그램입니다.

- 65 세 이상인 사람
- 장애가 있는 특정 젊은이들

- 말기 신장질환이있는 사람 (투석 또는 이식이 필요한 영구 신장 장애, ESRD)

Medicare Advantage Plan (Part C) 메디케어 어드밴티지 플랜 (파트 C)

메디케어와 계약을 맺고있는 민간회사가 제공하는 메디케어 건강플랜의 유형. 메디케어 어드밴티지 플랜은 모든 파트 A 및 파트 B 의 혜택을 제공하며, 이 플랜에는 다음이 포함 됨

- HMO
- PPO
- PFFS Plans
- Special Needs Plans
- Medicare Medical Savings Account Plans

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 한 경우 :

- 대부분의 메디케어 서비스는 해당 플랜을 통해 보장
- 메디케어 서비스는 Original Medicare가 지불하지 않음

대부분의 Medicare Advantage 플랜은 처방약 보장을 제공 함

Medicare-approved amount 메디케어 승인 금액

Original Medicare에서 이는 assignment 을 수락하는 의사 또는 공급자가 받을 수 있는 금액으로, 의사 또는 공급자가 청구하는 실제 금액보다 적을 수 있음. 메디케어는 이 금액의 일부를 지불하며 그 차이에 대한 책임은 수혜자에게 있음.

Medicare-certified provider 메디케어 인증 제공자

메디케어에서 승인한 의료 제공자 (가정 보건기관, 병원, 요양원 또는 투석 시설 등). 제공자는 주 정부기관에서 수행한 검사를 통과한 경우 메디케어의 승인 또는 "인증"을 받음. 메디케어는 인증된 제공자가 제공하는 치료만 보장 함

Medicare Health Maintenance Organization (HMO) Plan 메디케어 건강 유지 관리 조직 (HMO) 플랜

국가의 일부 지역에서 이용 가능한 Medicare Advantage 플랜 (파트 C) 유형. 대부분의 HMO에서는 응급 상황을 제외하고 플랜 목록의 의사, 전문의 또는 병원에만 갈 수 있으며, 대부분의 HMO는 주치의에게 진료 의뢰(referral)를 요구합니다.

Medicare health plan 메디케어 건강 플랜

일반적으로, 민간회사가 제공하는 플랜으로 메디케어와 계약을 맺고 메디케어에 가입 한 사람들에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공 함. 메디케어 건강 플랜에는 모든 메디 케어 어드밴티지 플랜, Medicare Cost Plan 및 데모 / 파일럿 프로그램이 포함. 노인을 위한 포괄적 케어 프로그램 (PACE) 프로그램은 특별한 유형의 메디케어 건강 플랜으로 PACE 플랜은 공공 또는 민간회사가 제공 할 수 있으며 파트 A 및 파트 B 혜택 외에 파트 D 및 기타 혜택을 제공 할 수 있음.

메디케어 Part A (Hospital Insurance) 메디케어 파트 A (병원 보험)

파트 A 는 입원 환자 입원, 전문요양시설에서의 치료, 호스피스 관리 및 일부 가정 건강 관리에 대해 다름

Medicare Part B (Medical Insurance) 메디케어 파트 B (의료 보험)

파트 B는 특정 의사 서비스, 외래 환자 치료, 의료 용품 및 예방 서비스를 다름

Medicare plan 메디케어 플랜

Original Medicare 이외의 다른 방법으로 Medicare 건강 또는 처방약 혜택을 받을 수 있습니다. 이 용어에는 모든 메디케어 건강 플랜 및 메디케어 처방약 플랜이 포함

Medicare Preferred Provider Organization (PPO) Plan 메디케어 우선 제공자 조직 (PPO) 플랜

플랜의 네트워크에 속한 의사, 병원 및 기타 건강 관리 서비스 제공자를 이용하는 경우 더 적은 비용을 지불하는 국가의 일부 지역에서 이용 가능한 메디케어 Advantage 플랜 (파트 C)의 한 유형. 추가 비용을 지불하면 네트워크 외부의 의사, 병원 및 제공자를 이용할 수 있음

Medicare prescription drug coverage (Part D) 메디 케어 처방약 보장 (파트 D)

추가 비용을 지불하면 Medicare에 가입한 모든 사람들에게 처방약에 대한 선택적 혜택이 제공. 이 보험은 메디케어에서 승인한 보험회사 및 기타 개인 회사에서 제공 함

Medicare Prescription Drug Plan (Part D) 메디 케어 처방약 플랜 (파트 D)

파트 D는 다음의 플랜에 처방약 보장을 추가합니다.

- 오리지널 메디케어
- 일부 메디케어 비용 플랜 Some Medicare Cost Plans
- 일부 Medicare 개인 서비스 요금제 Some Medicare PFFS
- 메디케어 의료 저축 계정 플랜

이러한 플랜은 메디케어에서 승인한 보험회사 및 기타 개인회사에서 제공합니다. Medicare Advantage 플랜은 메디케어 처방약 플랜과 동일한 규칙을 따르는 처방약 보장을 제공 할 수도 있습니다.

Medicare Special Needs Plan (SNP) 메디 케어 특별 요구 플랜 (SNP)
메디케어와 Medicaid를 모두 가지고 있거나 요양원에 거주하거나 특정 만성질환을 앓고 있는 사람들과 같은 특정 그룹의 사람들에게 보다 집중적이고 전문적인 건강 관리를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage Plan (Part C).

Medicare Summary Notice (MSN) 메디 케어 요약 통지 (MSN)
의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 공급 업체가 Original Medicare에서 파트 A 또는 파트 B 서비스에 대한 청구를 제기한 후에 받은 통지. 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 공급자가 청구한 사항, 메디케어 승인 금액, 메디케어 지불 금액 및 지불해야 할 사항에 대해 설명

Medigap policy 메디 갭
메디케어 보조보험은 개인 보험회사가 Original Medicare 보험의 "갭", 비급여 내역을 채우기 위해 판매

Medigap Open Enrollment Period 메디 갭 오픈 등록 기간
연방법에 따라 주에서 판매하려는 Medigap 정책을 구매할 수 있는 6 개월 동안의 기간. 파트 B 에 포함되고 65 세 이상인 첫 달에 시작 됨. 이 기간 동안 과거 또는 현재 건강 문제로 인해 보험회사는 Medigap보험의 판매를 거부하거나 더 많은 비용을 청구 할 수 없음. 일부 주에서는 주법에 따라 추가적인 공개 등록 권한이 있을 수 있음

Original Medicare 오리지널 메디케어

Original Medicare는 파트 A (병원 보험)와 파트 B (의료 보험)의 두 부분으로 구성된 서비스 별 유료 건강플랜 임. 공제액을 지불 한 후, 메디케어는 메디케어 승인 금액의 분담금을 지불하고 귀하의 분담금 (공동 분담금 및 공제액)을 지불 함.

Out-of-pocket costs 본인 부담 비용

메디케어 나 다른 보험이 적용되지 않기 때문에 스스로 지불해야하는 건강 또는 처방약 비용.

Power of attorney 위임장

의료 위임장은 귀하가 귀하의 의료에 관한 결정을 내릴 수 있도록 신뢰할 수 있는 사람을 임명 할 수 있는 문서. 이러한 유형의 사전 의료 지시서는 건강 관리 대리인, 건강 관리 대리인의 임명 또는 건강 관리를 위한 "파워 오브 어토니" 라고 함

Pre-existing condition 기존 병력

새로운 건강 보험이 적용되기 전의 건강 문제.

Premium 프리미엄

건강 또는 처방약 보장을 위한 메디케어, 보험 회사 또는 건강 관리 플랜에 납부하는 정기적 지불액.

Preventive services 예방 서비스

치료가 가장 효과가 있을 수 있는 초기 단계에서 질병을 예방하거나 질병을 감지하기위한 건강 관리 (예 : 예방 서비스에는 자궁 경부 세포진 검사, 독감 예방 주사 및 유방 촬영 사진 검사등이 포함).

Prior authorization 사전 승인

처방약 보험에서 보장을 받으려면 처방약 구입전 받아야 한다는 승인.
처방약 보험은 특정 약품에 대한 사전 승인이 필요할 수 있음.

Referral 추천

전문의를 만나거나 특정 의료 서비스를 받기 위한 주치의의 서면 명령. 많은 HMO (Health Maintenance Organizations)에서는 주치의를 제외한 다른 사람으로부터 진료를 받기 전에 진료 의뢰를 받아야 함. 먼저 진료 의뢰를 받지 않으면 플랜이 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있음.

Rehabilitation services 재활 서비스

몸이 아프거나 다치거나 장애를 겪고 있거나 잃어버린 일상 생활의 기술과 기능을 유지, 회복 또는 향상시키는 데 도움이 되는 건강 관리 서비스.
이러한 서비스에는 다양한 입원 환자 및 / 또는 외래 환자 환경에서의 물리 치료 및 작업 치료, 언어 병리 및 정신 재활 서비스가 포함될 수 있음.

Respite care 임시 간호

요양원, 호스피스 입원 환자 시설 또는 병원에서 임시 간호를 제공하여 환자의 간병인 인 가족이나 친구가 휴식을 취하거나 휴식을 취할 수 있음.

Secondary payer 보조 지불인

의료 청구에 대해 두 번째로 지불하는 보험 플랜, 계획 또는 프로그램.
상황에 따라 메디케어, Medicaid 또는 기타 보험이 될 수 있음.

Service area 서비스 가능 지역

건강 보험 플랜이 사람들의 거주 지역에 따라 회원 자격을 제한하는 경우 회원을 받아들이는 지역. 귀하가 사용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 계획의 경우, 일반적으로 응급 (비 응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 함. 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사하면 플랜이 해지 될 수 있음.

Skilled nursing facility (SNF) 전문 간호 시설 (SNF)

전문 간호 서비스 및 대부분의 경우 숙련된 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스를 제공하기 위해 직원과 장비를 갖춘 간호 시설.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 주 건강 보험 지원 프로그램 (SHIP)

메디케어를 가진 사람들에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 돈을 받는 주 프로그램.

State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) 주 처방약 보조 프로그램 (SPAP)

재정적 필요, 연령 또는 의학적 상태에 따라 약물 보장 비용을 지불하는 데 도움을 주는 주 프로그램.

Step therapy 단계 치료

플랜이 처방약을 보장하기 전에 귀하의 상태를 치료하기 위해 하나 이상의 유사하고 저렴한 약을 먼저 시도해야 하는 일부 Medicare 처방약 플랜에서 사용하는 보장 규칙.

Tiers 계층

각 그룹마다 비용이 다른 처방약 그룹. 일반적으로 하위 계층의 의약품은 상위 계층의 의약품보다 비용이 적게 듭.

Urgently needed care 긴급히 필요한 치료

의료 서비스가 필요하지만 생명을 위협하지 않는 갑작스런 질병이나 부상에 대해 메디케어 건강 플랜 서비스 지역 밖에서 받는 치료. 플랜 의사로부터 치료를 받기 위해 집에 돌아올 때까지 기다리는 것이 안전하지 않은 경우, 건강 플랜은 치료 비용을 지불해야 함

Note 노트

This glossary explains terms in the Medicare program, but it isn't a legal document. The official Medicare program provisions are found in the relevant laws, regulations, and rulings. 이 용어집은 메디케어 프로그램의 용어를 설명하지만 법적 문서는 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 규정은 관련 법률, 규정 및 판결에 나와 있습니다. Source :

<https://www.medicare.gov/glossary>