

 본 자료는 요약 사항만 기술한 것입니다. 보험가입자의 보장 범위와 비용에 대해 더 상세한 정보를 원하면, 홈페이지 www.hne.com이나 전화 800.310.2835번으로 문의하시면 보험 증권 또는 보험플랜 문서의 전문을 받을 수 있습니다.

중요한 질문	답변	본 자료가 중요한 이유
총 자기 부담금은 얼마입니까?	개인당 \$500 / 가족당 \$1,000 - 보험플랜에 속한 예방 진료에는 적용되지 않습니다.	환자가 이용하는 보장된 서비스에 대해 본 보험 플랜이 지불하기 시작하기 전에는 환자가 자기 부담금 최대 한도까지 모든 비용을 지불해야 합니다. 자기 부담금이 언제 다시 시작하는지를 (항상 그렇지는 않으나, 통상적으로 1월 1일) 알아보려면 보험 증권 또는 보험플랜 문서를 참조하십시오. 보험가입자가 자기 부담금을 지불하고 나서 보장된 서비스에 대해 본인이 얼마를 지불하는지에 대해서는 2 페이지에서 시작하는 도표를 참조하십시오.
특정 서비스에 대해 기타 자기 부담금이 있습니까?	아니요.	보험가입자는 특정 서비스에 대해 자기 부담금을 지불할 필요는 없지만, 본 보험플랜이 보장하는 서비스들에 대한 기타 비용에 대해서는 2 페이지에서 시작하는 도표를 참조하십시오.
자기 비용에 대한 본인부담 최대한도가 있습니까?	예. 보험플랜에 속한 경우: 개인당 \$2,500 / 가족당 \$5,000 보험플랜에 속하지 않은 경우: 개인당 \$3,500 / 가족당 \$7,000	본인부담 최대한도는 보장 기간 동안 (통상적으로 1년) 보험가입자가 보장된 서비스 비용의 본인 부담분에 대해 본인이 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 이 한도는 보험가입자가 의료비용에 대한 계획을 세우는 데 도움이 됩니다.
본인부담 최대한도에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?	보험료; 본 보험플랜이 보장하지 않는 의료; 잔액이 청구된 요금; 국가 의료 개혁에 따라 Essential Health Benefits(필수 건강 보험금)이 아닌 보험금에 대한 보험가입자의 비용 부담분	보험가입자가 이러한 비용을 지불하더라도, 그 비용은 본인부담 최대한도에 포함되지 않습니다.
보험플랜에서 지불하는 금액에 대해 총 연간 한도가 있습니까?	아니요.	2 페이지에서 시작하는 도표에는 진료실 방문과 같은 보장된 특정 서비스에 대해 보험플랜에서 지불할 금액의 한도가 표시되어 있습니다.
본 보험플랜은 의료서비스 제공자들의 네트워크를 사용합니까?	예. 네트워크에 참여하는 의료서비스 제공자들의 목록을 원하면 홈페이지 hne.com 을 참조하거나 전화 800.310.2835번으로 문의하십시오.	보험가입자가 보험플랜에 속한 의사나 기타 의료서비스 제공자를 이용하는 경우에는, 본 보험플랜에서 보장된 서비스의 비용 일부 또는 전부를 지불합니다. 보험가입자의 보험플랜에 속한 의사나 병원은 일부 서비스를 위해 보험플랜에 속하지 않은 의료서비스 제공자를 이용할 수도 있다는 것을 유의하십시오. 보험플랜은 자신의 네트워크에 속한 의료서비스 제공자들에 대해 보험플랜에 속한(in-plan), 네트워크에 속한(in-network), 우선(preferred), 또는 네트워크에 참여(participating)라는 용어를 사용합니다. 본 보험플랜이 여러 종류의 의료서비스 제공자들에게 어떻게 대금을 지불하는지에 대해서는 2 페이지에서 시작하는 도표를 참조하십시오.
전문의 진료를 받으려면 진료의뢰서가 필요합니까?	아니요.	보험가입자는 본 보험플랜으로부터 허가를 받지 않고 본인이 선택하는 전문의 진료를 받을 수 있습니다.
본 보험플랜이 보장하지 않는 서비스가 있습니까?	예.	본 보험플랜이 보장하지 않는 서비스들 중 일부는 5 페이지에 열거되어 있습니다. 보장범위에서 제외된 서비스에 대한 추가 정보를 원하면 보험증권이나 보험플랜 문서를 참조하십시오.

질문: 800.310.2835번으로 전화하여 문의하거나 당사 홈페이지 hne.com를 방문하십시오.

8V-CC-ARXEN-CHIR20AE-Y-Group

본 서식에서 사용된 밑줄 친 용어 중에서 잘 이해되지 않는 것이 있으면, Glossary(용어해설)을 참조하십시오. 용어해설은 홈페이지 www.dol.gov/ebsa/healthreform에서 볼 수 있거나 또는 800.310.2835번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.



- **본인 부담금(Copays)**은 보험가입자가 보통 보장된 의료서비스를 받을 때, 당해 의료서비스에 대해 본인이 지불하는 소정의 달러 금액(예: \$15)입니다.
- **공동보험(Coinsurance)**은 보장된 서비스의 비용 중 **보험가입자의 부담분**이며, 당해 서비스에 대한 **허용 금액(allowed amount)**의 퍼센트로 계산됩니다. 예를 들어, 만약 일반 입원에 대한 보험플랜의 **허용 금액**이 \$1,000인 경우, 보험가입자의 20% **공동보험** 지불액은 \$200이 될 것입니다. 만약 **보험가입자가 본인의 자기 부담금(deductible)**을 지불하지 않은 경우에는 이 금액은 달라질 수 있습니다.
- 보장된 서비스에 대해 보험플랜이 지불하는 금액은 **허용 금액**에 기초합니다. 보험플랜에 속하지 않은 **의료서비스 제공자가 허용 금액**을 초과하여 요금을 청구하는 경우에는, 보험가입자가 그 차액을 지불해야 합니다. 예를 들어, 보험플랜에 속하지 않은 병원이 일반 입원에 대해 \$1,500을 청구하고 **허용 금액**은 \$1,000인 경우에는, 보험가입자가 차액 \$500을 지불해야 합니다. (이것은 **잔액 청구(balance billing)**라고 합니다.)
- 본 보험플랜은 보험가입자에게 더 저렴한 **자기 부담금, 본인 부담금 및 공동보험** 금액을 청구하는 보험플랜에 속한 **의료서비스 제공자들**을 이용하도록 권할 수도 있습니다.

흔한 의료 사례	보험가입자에게 필요할 수 있는 서비스	보험가입자가 보험플랜에 속한 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	보험가입자가 보험플랜에 속하지 않은 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	제한 및 예외 사항
보험가입자가 의료서비스 제공자의 진료실 또는 진료소를 방문하는 경우	부상 또는 질환을 치료하기 위한 일차 진료 방문	방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	자기 부담금이 일부 보험플랜에 속한 진료실 서비스에 적용될 수 있습니다.
	전문의 방문	방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	자기 부담금이 일부 보험플랜에 속한 진료실 서비스에 적용될 수 있습니다.
	기타 진료의 진료실 방문	지압요법사 서비스에 대해 \$20	지압요법사 서비스에 대해 \$20 본인 부담금, 그 다음 20%	년 12 회 방문으로 제한.
보험가입자가 검사를 받는 경우	예방 진료 / 선별검사 / 예방 접종	무료	자기 부담금 공제 후 20%	정기 눈 검사 년 1회로 제한. 정기 부인과 검진 년 1회로 제한. 정기 유방조영술 검사 년 1회로 제한. 대장내시경 검진 5년마다 1회로 제한. 영양 상담 년 4회 방문으로 제한.
	진단 검사 (X-선 검사, 혈액검사)	무료 (X-선 검사는 자기 부담금 적용)	자기 부담금 공제 후 20%	-----없음-----
보험가입자가 본인의 질환이나 병태를 치료하는 약이 필요한 경우.	영상검사 (CT/PET 스캔, MRI)	자기 부담금 공제 후 \$150; 년 최대 3회의 본인 부담금	자기 부담금 공제 후 20%	사전 승인 필요.
	제네릭 의약품	처방당 소매 \$10, 통신판매 \$20	처방당 본인 부담금 \$10, 그 다음 소매가의 20%	보장 한도 최대 30일분(소매); 90일분 (통신판매) 일부 약은 HNE의 사전 승인이 필요합니다.

흔한 의료 사례	보험가입자에게 필요할 수 있는 서비스	보험가입자가 보험플랜에 속한 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	보험가입자가 보험플랜에 속하지 않은 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	제한 및 예외 사항
처방약 보장에 대한 더 자세한 정보는 hne.com 에서 입수할 수 있습니다.	처방집에 포함된 브랜드 약	처방당 소매 \$25, 통신판매 \$50	처방당 본인 부담금 \$25, 그 다음 소매가의 20%	보장 한도 최대 30일분(소매); 90일분 (통신판매) 일부 약은 HNE의 사전 승인이 필요합니다.
	처방집에 포함되지 않은 브랜드 약	처방당 소매 \$45, 통신판매 \$135	처방당 본인 부담금 \$45, 그 다음 소매가의 20%	보장 한도 최대 30일분(소매); 90일분 (통신판매) 일부 약은 HNE의 사전 승인이 필요합니다.
	전문약	본인 부담금은 약 카테고리에 따라 결정됩니다.	보장되지 않음	일부 약은 사전 승인이 필요합니다.
보험가입자가 외래 수술을 받는 경우	의료시설 요금 (예: 통원 수술 센터) 및 내과/외과의 진료비	자기 부담금 공제 후 \$250	자기 부담금 공제 후 20%	일부 서비스는 사전 승인이 필요합니다. 진료실 방문에 대한 본인 부담금은 보험플랜에 속한 의사의 진료실에서 의료서비스를 받는 경우에 적용할 수 있습니다.
보험가입자에게 응급치료가 필요한 경우	응급실 서비스	방문당 \$150	방문당 \$150	-----없음-----
	응급 후송	자기 부담금 공제 후 일당, 보험가입자당 \$100	자기 부담금 공제 후 일당, 보험가입자당 \$100	-----없음-----
	긴급 진료	방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	자기 부담금이 일부 보험플랜에 속한 진료실 서비스에 적용될 수 있습니다.
보험가입자가 입원을 하는 경우	의료시설 요금 (예: 입원실 사용료) 및 내과/외과의 진료비	자기 부담금 공제 후 \$500	자기 부담금 공제 후 20%	보험플랜에 속하지 않은 시설 입원을 선택할 경우 사전 승인이 필요합니다.
보험가입자에게 정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 관련 의료서비스가 필요한 경우	정신/행동 건강 외래환자 서비스	방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	-----없음-----
	정신/행동 건강 입원환자 서비스	자기 부담금 공제 후 \$500	자기 부담금 공제 후 20%	-----없음-----
	약물 남용 장애를 위한 외래환자 서비스	방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	-----없음-----
	약물 남용 장애를 위한 입원환자	자기 부담금 공제 후 \$500	자기 부담금 공제 후 20%	-----없음-----
보험가입자가 임신 중인 경우	산전 및 산후 관리	무료	자기 부담금 공제 후 20%	보험플랜에 속한 비정기 서비스에 대해서는 자기 부담금 및 본인 부담금이 적용될 수 있습니다.

혼한 의료 사례	보험가입자에게 필요할 수 있는 서비스	보험가입자가 보험플랜에 속한 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	보험가입자가 보험플랜에 속하지 않은 의료서비스 제공자를 이용하는 경우의 본인 비용	제한 및 예외 사항
	분만 및 모든 입원 서비스	자기 부담금 공제 후 \$500	자기 부담금 공제 후 20%	자녀에 대한 보장은 통상적인 신생아실 요금으로 제한됩니다. 지속적 보장을 받으려면, 자녀가 출생 후 30일 내에 보험에 가입되어야 합니다.
보험가입자가 회복하는 데 도움이 필요하거나 기타 특수한 의료서비스가 필요한 경우	자택 의료	자기 부담금 공제 후 무료	자기 부담금 공제 후 20%	사전 승인 필요.
	재활 서비스	자기 부담금 공제 후 치료 유형당, 방문당 \$20	자기 부담금 공제 후 20%	물리치료 또는 작업치료에 대해 역년당, 병태당, 2 개월 또는 25 회 방문 중 더 큰 것으로 제한됨.
	사회복귀 훈련 서비스	무료	자기 부담금 공제 후 20%	출생 후 3세까지의 아동에 대해 보장된 조기 개입 서비스.
	숙련된 간호 서비스	자기 부담금 공제 후 무료	자기 부담금 공제 후 20%	역년당, 100일로 제한; 보험플랜에 속하는 않은 의료시설 입원은 사전 승인이 필요합니다.
	내구성 의료장비	20%	자기 부담금 공제 후 20%	일부 품목은 사전 승인이 필요합니다.
	임종간호 서비스	무료	자기 부담금 공제 후 20%	사전 승인 필요.
자녀에게 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	눈 검사	정기검사는 무료	자기 부담금 공제 후 20%	정기검사는 역년당 1회로 제한됨.
	안경	보장되지 않음	보장되지 않음	-----없음-----
	치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	-----없음-----

보장범위에서 제외된 서비스 및 기타 보장된 서비스:

가입하신 보험플랜이 보장하지 않는 서비스 (이 목록은 완전한 목록이 아닙니다. 기타 보장범위에서 제외된 서비스에 대해서는 보험증권이나 보험플랜 문서를 참조하십시오.)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 침술 • 성형수술 • 치과 진료 (보험플랜 자료에 명시된 제한된 서비스들은 제외) | <ul style="list-style-type: none"> • 안경 • 장기 요양 • 미국 국외 여행 시 비응급 진료 | <ul style="list-style-type: none"> • 개인 간호 • 정기 발 관리 (당뇨병이 있는 경우에는 정기 발 관리 서비스는 보장됨) • 체중 감량 프로그램 |
|---|--|--|

기타 보장된 서비스 (이 목록은 완전한 목록이 아닙니다. 기타 보장된 서비스 및 이들 서비스에 드는 보험가입자의 비용에 대해서는 보험증권이나 보험플랜 문서를 참조하십시오.)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 비만대사 수술 (사전 승인 필요) • 지압요법 진료 | <ul style="list-style-type: none"> • 보청기 - 21세 이하의 보험가입자, 각 36 개월마다 한쪽 귀 보청기당 \$2,000로 제한됨 | <ul style="list-style-type: none"> • 불임 치료 (사전 승인 필요) • 정기 안과 진료 |
|---|---|--|

보험가입자가 보장을 계속 받을 권리:

보험가입자가 보험플랜에 의거한 보장을 계속 받을 수 없게 된 경우에는, 상황에 따라, 연방법과 주법에 의거하여 보험가입자가 의료 보장을 계속 받을 수 있게 하는 보호책을 제공 할 수 있습니다. 그러한 권리는 기간이 제한될 수 있으며 그 권리를 누리려면 보험가입자는 **보험료**를 납부해야 합니다. 이 경우의 보험료는 보험플랜의 의거한 보장을 받는 동안 보험가입자가 납부하는 보험료보다 상당히 높을 수 있습니다. 보험가입자가 보장을 계속 받을 권리에 대한 다른 제한 조건들도 적용될 수 있습니다.

보험가입자가 보장을 계속 받을 권리에 대한 더 상세한 정보를 원하면, 800.310.2835번으로 전화하여 보험 플랜에 문의하십시오. 보험가입자는 또한 전화 866.444.3272번 또는 www.dol.gov/ebsa를 통해 거주지 주정부 보험부, US Department of Labor(미국노동부), Employee Benefits Security Administration(종업원 보험금 보장 관리국), 또는 전화 877.267.2323 x61565번 또는 www.cciio.cms.gov를 통해 U.S. Department of Health and Human Services(미국보건사회복지부)에 문의할 수도 있습니다.

보험가입자가 불만 및 이의를 제기할 권리:

보험가입자가 자신의 보험플랜에 의거한 보험금 청구에 대한 보장이 거부된 것에 대해 불만이 있거나 만족하지 못하는 경우에는, **이의를 제기하거나** 또는 **불만서를** 제출할 수도 있습니다. 보험가입자의 권리, 본 통지서 또는 지원에 관한 질문이 있으면, 다음 연락처로 문의할 수 있습니다.

- HNE Member Service (보험가입자 서비스부), 전화 800.310.2835.
- U.S. Department of Labor (미국노동부)의 Employee Benefits Security Administration(종업원 보험금 보장 관리국), 전화 866.444.EBSA (3472). 또는 dol.gov/ebsa/healthreform.
- Massachusetts Division of Insurance(매사추세츠 주 보험과), 전화 617.521.7777.

또한, 소비자 지원 프로그램은 보험가입자가 자신의 **이의서를** 제출하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

연락처: Health Care for All
30 Winter Street, Suite 1004
Boston, MA 02108
800.272.4232

또는 www.massconsumerassistance.org

본 보험 보장은 최소 필수 보장을 제공합니까?

Affordable Care Act(부담 적정 보험법)에 의거하여 대다수 사람들은 “최소 필수 보장(Minimum Essential Coverage)”으로서 자격이 되는 건강보험 보장을 받아야 합니다. 본 보험플랜은 **최소 필수 보장을 제공합니다.**

본 보험 보장은 최소 가치 기준을 충족합니까?

Affordable Care Act는 건강 보험플랜의 보험금의 최소 가치 기준(minimum value standard)을 정해 놓고 있습니다. 최소 가치 기준은 60%입니다(보험계리적 가치). **본 건강보험 보장은 본 보험플랜에서 제공하는 보험금에 대한 최소 가치 기준을 충족합니다.**

————— 본 보험플랜이 본보기 의학적 상황에 드는 비용을 어떻게 보장할 수 있는지의 사례들을 보려면, 다음 페이지를 참조하십시오. —————

본 보험 보장에 관한 사례:

이 사례들은 본 보험플랜이 일정 상황에서 의료를 어떻게 보장할 수 있는지를 보여줍니다. 이 사례들을 통해, 여러 보험플랜들에 의거하여 그 사례들이 보장을 받는 경우, 일반적으로 본보기 환자가 얼마나 많은 재정적 보호를 받을 수 있는지를 알아보십시오.



이것은 비용을 추산하기 위한 것이 아닙니다.

이 예들을 본 보험플랜에 따른 보험가입자의 실제 비용을 추산하는 데 사용하지 마십시오. 보험가입자가 받는 실제 의료서비스는 이 예들과는 다를 것이며, 따라서 당해 의료서비스의 비용도 다를 것입니다.

이 예들에 대한 중요 정보를 원하면 다음 페이지를 참조하십시오.

아기를 낳는 경우 (정상 분만)

- 의료서비스 제공자에 지불할 금액: \$7,540
- 보험플랜이 지불하는 금액: \$6,470
- 환자가 지불하는 금액: \$1,070

본보기 의료 비용:

입원비 (산모)	\$2,700
정기 부인과 진료	\$2,100
입원비 (아기)	\$900
마취	\$900
검사실 검사비	\$500
처방약	\$200
방사선비	\$200
백신, 기타 예방접종	\$40
합계	\$7,540

환자가 지불하는 금액:

자기 부담금	\$500
본인 부담금	\$570
공동보험	\$0
제한 또는 제외 사항	\$0
합계	\$1,070

제2형 당뇨병 관리 (잘 관리된 병태의 정기 유지요법)

- 의료서비스 제공자에 지불할 금액: \$5,400
- 보험플랜이 지불하는 금액: \$4,490
- 환자가 지불하는 금액: \$910

본보기 의료 비용:

처방약	\$2,900
의료 기기 및 용품	\$1,300
진료실 방문 및 시술	\$700
교육	\$300
검사실 검사비	\$100
백신, 기타 예방접종	\$100
합계	\$5,400

환자가 지불하는 금액:

자기 부담금	\$0
본인 부담금	\$900
공동보험	\$10
제한 또는 제외 사항	\$0
합계	\$910

보험 보장 사례들에 관한 질문과 답변:

보험 보장 사례들의 이면에 있는 가정들중 일부는 무엇입니까?

- 비용에는 **보험료**가 포함되지 않습니다.
- 본보기 의료 비용은 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건사회복지부)가 제공한 국가 평균에 근거한 것이며, 특정 지역이나 건강보험의 고유 사례가 아닙니다.
- 환자의 병태는 보장 범위에서 제외된 또는 선제성 병태가 아니었습니다.
- 모든 서비스와 치료는 동일한 보장 기간 동안에 시작 및 종료되었습니다.
- 본 보험플랜에 따라 보장을 받는 보험가입자에게 발생한 다른 의료비용은 없습니다.
- 본인 부담 비용은 당해 사례에서 당해 병태를 치료한 것에만 근거한 것입니다.
- 당해 환자는 네트워크에 속한 **의료서비스 제공자**들에게서 모든 의료서비스를 받았습니. 만약 환자가 네트워크에 속하지 않은 **의료서비스 제공자**들에게서 의료서비스를 받았다면, 비용이 더 많았을 것입니다.

질문: 800.310.2835번으로 전화하여 문의하거나 당사 홈페이지 hne.com를 방문하십시오.

본 서식에서 사용된 강조표시한 용어 중에서 잘 이해되지 않는 것이 있으면, Glossary(용어해설)을 참조하십시오. 용어해설은 홈페이지 www.dol.gov/ebsa/healthreform에서 볼 수 있거나 또는 800.310.2835번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

보험 보장 사례는 무엇을 보여줍니까?

각 치료 상황에서, 보험 보장 사례는 보험가입자가 **자기 부담금, 본인 부담금 및 공동보험**이 어떻게 합산될 수 있는지를 파악하는 데 도움이 됩니다. 또한 그 사례는 보험가입자가 서비스나 치료가 보장되지 않거나, 또는 지불액이 제한되어 있기 때문에 보험가입자가 지불할 비용으로서 어떤 비용들이 남아 있을 수도 있는지를 파악하는 데 도움이 됩니다.

보험 보장 사례를 통하여 내게 필요한 의료서비스가 예측됩니까?

✗ **아니요.** 보여드린 치료 서비스는 단지 사례일 뿐입니다. 보험가입자가 이 병태에 대해 받게 되는 진료는 담당의사의 조언, 보험가입자의 나이, 병태의 심각성 및 기타 많은 요인들에 근거하여 다를 수도 있습니다.

보험 보장 사례를 통하여 내가 앞으로 지불할 비용이 예측됩니까?

✗ **아니요.** 보험 보장 사례들은 비용을 추산하기 위한 것이 **아닙니다.** 보험가입자는 이 사례들을 실제 병태에 대한 비용을 추산하는 데 사용할 수 없습니다. 그 사례들은 오직 비교 목적만을 위한 것입니다. 보험가입자 자신의 비용은 자신이 받는 진료, **의료서비스 제공자**가 청구하는 가격 및 보험플랜이 허용하는 변제금액에 따라 다를 것입니다.

저는 보험 보장 사례들을 이용하여 보험플랜들을 비교할 수 있습니까?

✓ **예.** 다른 보험플랜들의 보험금 및 보장범위의 요약(Summary of Benefits and Coverage)을 살펴보면, 동일한 보험 보장 사례들을 볼 수 있습니다. 보험플랜들을 비교할 때, 각 사례에서 “Patient Pays (환자가 지불하는 금액)”란을 확인하십시오. 그 난의 숫자가 작을수록, 더 많은 보장을 당해 보험플랜이 제공합니다.

보험플랜들을 비교할 때 제가 고려해야 하는 다른 비용이 있습니까?

✓ **예.** 한 가지 중요한 비용은 보험가입자가 납부하는 **보험료**입니다. 일반적으로, **보험료**가 낮을수록, 보험가입자는 **본인 부담금, 자기 부담금 및 공동보험**과 같은 본인 부담 비용을 더 많이 지불할 것입니다. 보험가입자는 자신이 본인 부담 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Health Savings Accounts(HSAs: 건강 저축 계좌), Flexible Spending Arrangements(FSAs: 유연한 지출 대책) 또는 Health Reimbursement Accounts(HRAs: 의료비 변제 계좌)와 같은 계좌에 납입되는 개인 부담금도 고려해야 합니다.

외국어 번역문은 오직 예의상 제공되는 것입니다. 영어 원문이 우선합니다.