



건강 보험 혜택에 대한 청구 제출



고용인 혜택 보장 관리청
미 노동부

본 간행물은 미국 노동부, 근로자 혜택 보장 행정부 (EBSA) 에서 개발되었습니다.

본 간행물과 그 외의 EBSA 의 간행물을 열람하시려면 다음의 정부기관 웹 사이트 (dol.gov/ebsa) 를 방문하십시오.

간행물을 주문하시거나 혜택 고문과 상담하시려면 EBSA의 웹 사이트 (askebsa.dol.gov) 으로 문의하십시오.

또는 **1-866-444-3272** 수신자 부담 전화로 문의하십시오.

본 자료는 요청 시 장애인에게는 대체된 구성 방식으로 제공됩니다.
음성 전화번호는 **(202) 693-8664** 입니다.

만일 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 경우 **7-1-1** 로 전화 연락하셔서 통신 중계 서비스를 이용하십시오.

본 책자는 1996년의 중소기업 규제 시행 공정성법 (Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act of 1996) 의 목적을 위한 소규모 법인 규정 준수 지침서로 구성됩니다.

소개



본 책자는 직장에서 제공하는 건강 보험 혜택에 가입하는 경우 의무 중 일부를 설명하고 건강 보험 청구 절차와 일정을 간략하게 설명합니다.

1974년 근로자 퇴직 소득 보장법(ERISA)은 귀하의 건강 보험 혜택과 귀하의 보험을 관리하는 이에게 기준을 설정합니다. 기타 사항 중 법률 및 관련된 규칙은 다음과 같습니다.

- 보험 혜택 청구 처리를 위한 요구 사항,
- 의사 결정 일정,
- 청구 거부 시 귀하의 권리.

본 책자에서 소개하는 건강 보험금 청구에 대한 규칙은 일반적으로 민간 부문 고용 보험에서 건강 보험금 혜택을 받는 사람들에게 적용됩니다. 다만, 정부나 대부분의 종교 단체가 후원하는 보험에는 예외가 있습니다.

ERISA(근로자 퇴직 소득 보장법)의 적용 여부를 잘 모르실 경우 보험 관리자에게 자세한 내용을 문의하십시오.

보험 정보 검토

고용주의 보험에 처음 가입하면 보험 요약 설명(SPD)이 제공됩니다. 적용 방식, 제공되는 이점, 혜택 청구 방법 및 적용 가능한 제한 사항 등 보험의 자세한 개요를 제공합니다. 또한 ERISA(근로자 퇴직 소득 보장법) 및 귀하의 보험에 따른 귀하의 권리와 책임 사항에 대해서도 설명합니다. 귀하는 또한 많은 질문에 대한 답변을 혜택 및 적용 범위 요약(SBC)에서 귀하의 보험에 따라 이용 가능한 혜택에 관한 간략하고 이해하기 쉬운 요약 및 보장에 대한 본인 부담 비용에 대한 상세한 정보를 찾을 수 있습니다. 단일 고용주 단체 교섭 보험에 든 경우 단체교섭 협약에 따라 귀하의 청구 제출, 고충 사항, 이의 제기 절차 등도 영향을 받을 수 있습니다.

보험 혜택을 신청하기 전에 보험사의 요구 사항을 충족하고 청구 제출 절차를 확인하기 위해 보험 설명 요약서를 자세히 검토 해 주십시오. 때때로 청구 절차가 별도의 책자에 포함되어 있는 경우도 있습니다. 청구 절차 사본이 없는 경우 해당 사본을 제공해야 할 의무를 지닌 보험 관리자에게 문의하십시오. 귀하의 기록에 대한 요청의 사본 또는 유사한 문서를 보관 해 주십시오.

청구서 제출

중요한 첫 단계는 보험 요약 설명과 혜택 및 적용 범위 요약을 확인하여 귀하가 혜택을 받을 수 있는 보험사의 요구 사항을 충족하는지 확인하는 것 입니다. 예를 들어, 보험에 가입하여 혜택을 받으려면 대기 기간이 경과해야 하거나 특정 연령 이후에는 부양 가족이 보상되지 않는 경우가 있습니다. 또한, 귀하의 보험사에 청구를 제기하는데 필요한 사항이 무엇인지 알고 있어야 합니다. 보험 요약 설명 또는 청구 절차 책자에는 제출 장소, 제출 내용 및 귀하의 보험에 대한 질문이 있는 경우 연락 해야 하는 이에 대한 정보가 포함되어야 합니다. 책자에 해당 정보가 없는 경우, 보험 관리자, 고용주의 인사부(또는 일반적으로 보험금 청구를 처리하는 사무소) 또는 고용주에게 보험 청구 사실을 알리십시오. 기록을 위해 해당 서신의 사본을 보관하십시오. 귀하는 또한 배달 증명 우편으로 편지를 보내고, 반송 영수증을 요청하여 귀하의 편지가 누구에 의해 접수 되었는지에 대한 기록을 원 하실 수 있습니다.

권한을 위임받은 대리인이 귀하를 대신하여 청구를 제출하는 경우, 귀하의 보험은 귀하가 대리인의 이름을 지정할 수 있는 양식을 작성하도록 요구할 수 있습니다. 권한을 위임받은 대리인은 보험 요약 설명에 있는 보험 청구 절차를 따라야 합니다. 긴급 치료와 관련된 청구의 경우, 진료 의사는 귀하가 양식을 작성하지 않고도 자동으로 위임 대리인 역할을 수행할 수 있습니다.

청구가 접수되면 기록을 위해 사본을 보관하십시오. 참고: 보험은 일반적으로 청구 및 항소를 제기 하는 데 어떠한 비용도 청구할 수 없습니다.

청구 유형

단체 건강 보험 청구에는 긴급 치료, 사전 서비스, 사후 서비스의 세 가지 유형이 있습니다.

긴급 치료 청구는 서비스 전 청구를 결정하는 데 허용된 정상적인 시간이 걸릴 경우 건강이 위협받을 수 있기 때문에 보다 신속한 결정이 필요한 특별한 종류의 서비스 사전 청구입니다. 귀하의 건강 상태에 대해 잘 알고 있는 의사가 서비스 사전 청구가 긴급하다고 보험사에 전하는 경우, 보험사는 이를 긴급 치료 청구로 처리해야 합니다.

서비스 사전 청구는 사전 승인 또는 치료나 시술이 의학적으로 필요한지에 대한 결정 등 의료 전에 필요한 승인 요청입니다.

서비스 사후 청구는 의료 서비스가 제공된 후의 청구(예: 제공된 서비스에 대한 상환 요청 또는 지불)을 포함하여 집단 건강 보험에 따른 혜택에 대한 기타 모든 청구입니다. 집단 건강 보험에 대한 대부분의 청구는 서비스 사후 청구입니다.

청구에 대한 결정 대기

ERISA(근로자 퇴직 소득 보장법)은 귀하의 청구를 평가하고 결정을 알려주는 것에 대한 구체적인 시간 제한을 설정합니다. 시간 제한은 달력 일로 계산되므로 주말과 공휴일이 포함됩니다. 보험은 청구가 승인된 후 합리적인 시간 내에 지급하거나 혜택을 제공해야 하지만 ERISA(근로자 퇴직 소득 보장법)은 기한을 명시하지 않습니다. 보험 혜택이 지급되는 방법과 시기는 SPD(요약 계획 설명서)를 확인하십시오.

청구 유형	의사 결정 기한
긴급 치료	가능한 한 빨리, 그리고 청구를 받은 지 72시간 이내
서비스 사전 청구	합리적인 기간 내 및 청구 접수 후 15일 이내*
서비스 사후 청구	합리적인 기간 내 및 청구 접수 후 30일 이내*

*참고: 보험은 특정한 상황에서 결정을 내리는 기한을 연장할 수 있습니다.

긴급 치료 청구는 환자의 의료 요구를 고려하여 가능한 한 빨리 결정해야 하며, 청구서가 접수된 후 **72시간** 이내에 결정해야 합니다.

보험사는 추가 정보가 필요한 경우 24시간 이내에 알려주고 회신할 수 있게 최소 48시간을 제공해야 합니다. 그런 다음 보험사는 누락된 정보를 받은 후 48시간 이내 또는 누락된 정보를 제공하는 마감일로부터 48시간 이내에 청구를 결정해야 하며, 어느 쪽이 먼저인지 결정해야 합니다. 해당 보험은 귀하의 동의 없이 최초 결정을 내리기 위해 기한을 연장할 수 없습니다. 해당 보험은 할당된 시간이 끝나기 전에 귀하의 청구가 승인 또는 거부 되었음을 알려주어야 합니다. 해당 보험은 구두 통지 후 3일 이내에 서면 통지를 제공하는 한 구두로 통지할 수 있습니다.

서비스 사전 청구는 의료 상황에 적합한 합리적인 기간 내에 결정되어야 하며, 청구를 받은 후 **15일** 이내에 결정되어야 합니다.

통제할 수 없는 이유로 해당 보험사가 최소 15일 이내에 결정을 내릴 수 없는 경우, 해당 보험사는 그 기간을 최대 15일까지 연장할 수 있습니다. 다만, 해당 보험사는 첫 15일 기간이 끝나기 전에 다음 사항을 귀하에게 통지해야 합니다.

- 지연된 이유 설명,
- 추가 정보 요청,
- 결정을 내릴 것으로 예상되는 시기 알림

해당 보험사가 추가 정보를 요청할 경우 귀하는 최소 45일안에 제공해야 합니다. 해당 보험사는 추가 정보를 받은 후 15일 이내 또는 추가 정보 제공 기한 이후 15일 이내 중 먼저 도래하는 날짜에 청구를 결정해야 합니다. 해당 보험사는 귀하의 동의 없이 기한을 연장할 수 없습니다. 해당 보험사는 결정 기한 전에 귀하의 청구가 승인 또는 거부되었음을 서면으로 통지해야 합니다.

서비스 후 건강 보험 청구는 합리적인 기간 내에 결정되어야 하며 보험금 청구를 받은 후 30일 이내에 결정되어야 합니다.

통제할 수 없는 이유로 처음 30일 이내에 결정을 내릴 수 없는 경우, 해당 보험사는 그 기간을 15일까지 연장할 수 있습니다. 다만, 해당 보험사는 첫 30일 기간이 끝나기 전에 다음 사항을 사용자에게 통지해야 합니다.

- 지연된 이유 설명하고,
- 필요한 추가 정보 요청하고,
- 결정을 내릴 것으로 예상되는 시기 알림

해당 보험사가 추가 정보를 요청할 경우 귀하는 최소 45일안에 제공해야 합니다. 그 이후로 해당 보험사는 추가 정보를 받은 후 15일 이내 또는 추가 정보 제공 마감 후 15일 이내 중 먼저 도래하는 날짜에 청구를 결정해야 합니다. 해당 보험은 귀하의 동의 없이는 기한을 연장할 수 없습니다. 해당 보험사는 결정 마감일 전에 귀하의 청구가 전체 또는 일부가(청구 금액의 100% 미만은 일부 거부됨) 거부되었음을 알려야 합니다.

귀하의 청구가 거부될 경우, 보험 관리자는 서면 또는 전자적으로 귀하에게 통지를 보내야 합니다. 통지에는 다음 사항이 포함되어야 합니다.

- 거부의 구체적인 이유(예: 의학적으로 필요하지 않거나, 보험에 포함되지 않거나, 보험에 따라 허용되는 최대 치료 금액에 도달한 경우);
- 거부에 의존하는 특정 보험 조항에 대한 참조;
- 정보 부족으로 거부된 경우, 추가로 필요한 자료에 대한 설명 및 필요한 이유에 대한 설명;
- 보험의 검토 절차에 대한 설명(예: 이의 제기 방식 및/또는 이의 제기 방법);
- 규칙, 지침 또는 의례에 따라 거부된 경우 청구를 거부하는 데 사용된 규칙, 지침 또는 의례에 대한 설명 또는 요청 시 해당 항목의 무료 사본이 제공된다는 진술;



- 의학적 필요성이나 실험적 치료 또는 이와 유사한 배제 또는 한계에 근거하여 거부된 경우, 거부에 대한 과학적 또는 임상적 판단에 대한 설명, 귀하의 의학적 상황에 대한 계획의 조건을 적용하거나 요청 시 설명을 무료로 제공한다는 진술;
- 보험에 따라 지급해야 할 혜택을 회복하기 위해 법원에 갈 수 있는 권리에 대한 설명

거부된 청구에 대한 항소

여러 가지 이유로 청구가 거부됩니다. 아마도 귀하는 보험 혜택을 받을 자격이 없을 수 있습니다. 귀하가 받은 서비스는 귀하의 보험에 포함되지 않을 수 있습니다. 아니면, 보험에 귀하의 청구에 대한 더 많은 정보가 필요할 수도 있습니다. 이유가 무엇이든 항소할 수 있는 기간은 최소 180일입니다(보험이 더 오랜 기간을 제공하는지 보려면 보험 설명 요약(SPD) 또는 청구 절차를 확인하십시오).

항소를 준비할 때 청구 거부 통지의 정보를 사용하십시오. 보험사가 청구할 경우 청구와 관련된 문서, 기록 및 기타 정보의 사본을 무료로 제공해야 합니다. 귀하는 또한 보험을 통해 조언을 얻은 의료 전문가 또는 직업 전문가의 신원을 요청할 수 있습니다. 청구와 관련된 모든 정보, 특히 보험사가 고려하기를 원하는 추가 정보 또는 증거를 항소에 포함하고 180일 기간이 끝나기 전에 거부 통지에 명시된 이에게 전달해야 합니다.

항소 검토

항소 시, 제출된 모든 정보를 검토하고 의료 판단이 관련된 경우 자격을 갖춘 의료 전문가와 상담하는 새로운 분이 귀하의 청구를 검토해야 합니다. 이 검토자는 최초 결정을 한 사람이나 그 분의 종속된 분이 될 수 없으며, 검토자는 최초 결정을 고려해서는 안 됩니다.

귀하의 항소를 검토하기 위한 보험 기간은 제출된 청구 유형에 따라 다릅니다.

청구 유형	항소 검토 마감일
긴급 치료	가능한 한 빨리 귀하의 의료적 요구를 고려하여 거부된 청구를 검토하라는 요청을 받은 후 72시간 이내
서비스 사전 청구	의료 상황에 적합한 합리적인 기간 내에, 그리고 거부된 청구에 대한 검토 요청을 받은 후 30일 이내*
서비스 사후 청구	정당한 기간 내에, 그리고 거부된 청구에 대한 검토 요청을 받은 후 60일 이내*

*참고: 보험사는 청구인의 동의를 얻어 항소를 검토하기 위한 일정을 연장할 수 있습니다.

해당 보험사는 귀하의 동의 없이는 기한을 연장할 수 없습니다. 이러한 시간 제한에는 두 가지 예외가 있습니다.

- **단일 고용주 단체 교섭 보험**은 일반적으로 복리후생 청구의 제출, 결정 및 검토에 관한 규정이 있는 경우 집단교섭 고충처리절차를 그들의 청구항소절차에 사용할 수 있습니다.
- **복수 고용주 단체 교섭 보험**은 정기적인 분기별 수탁자 이사회 회의에 대한 서비스 사후청구 항소에 대한 검토 일정을 잡을 수 있는 특별한 기간이 있습니다.

이러한 보험 중 하나에 들고 보험 절차에 대해 궁금한 점이 있는 경우 보험사의 보험 요약 설명 및 단체 교섭 계약을 참조하거나 노동부 직원 복지 보안국(EBSA) **1-866-444-3272**로 문의할 수 있습니다.

보험 청구 절차를 마치려면 거부된 건강 보험 청구에 대한 두 가지 수준의 검토가 필요할 수 있습니다. 이 경우 각 검토의 최대 기간은 일반적으로 한 검토에 허용되는 기간의 절반입니다. 예를 들어, 한 번의 항소의 경우, 단체 건강 보험은 의료 상황에 적합한 합리적인 기간 내에 그리고 보험사가 귀하의 호소를 접수한 후 30일 이내에 서비스 사전 청구를 검토해야 합니다. 보험사에 두 번의 항소가 필요한 경우, 서비스 전 청구에 대해 각 검토를 15일 이내에 완료해야 합니다. 1차 검토 후에도 항소가 기각될 경우, 보험사는 2차 검토를 신청할 수 있는 합리적인 기간(완전한 180일은 아님)을 허용해야 합니다.

일단 보험사가 귀하의 청구에 대해 최종 결정을 내리면, 보험사는 결정에 대한 서면 설명을 귀하에게 보내야 합니다. 이는 다음 사항을 포함해야 합니다.

- 청구가 상고에서 기각된 구체적인 이유;
- 결정의 근거가 되는 계획 조항에 대한 참조;
- 보험사가 청구 분쟁을 해결하기 위해 제공하는 자발적인 과정에 대한 설명;

- 귀하의 보험 청구와 관련된 문서(결정의 근거가 되는 문서 및 기록, 그 과정 중에 작성되거나 또는 사용된 기타 문서)를 무료로 받을 수 있는 권리에 대한 설명;
- 보험사의 결정에 대한 사법적 검토를 요청할 수 있는 권한에 대한 설명

건강보험개혁법에 따른 비기득권 보험에 관한 추가규정

건강보험개혁법에는 기득권이 아닌 단체건강보험에 대한 청구처리 요건이 추가로 포함돼 있습니다. 기득권이 부여되지 않는 보험은 2010년 3월 23일 이후에 수립되었거나 특정 중대한 변경이 이루어진 보험입니다. 청구 및 항소 절차에는 보상의 취소(소급적인 취소)와 기타 보험 혜택에 대한 거부 사항이 포함되어야 합니다. 그들 또는 그들의 보험자들은 꼭 다음을 수행해야 합니다.

- 청구에 대한 최종 결정을 내리기 전에 새로운 또는 추가 증거 또는 근거와 이에 대응할 수 있는 합리적인 기회를 제공합니다.
- 청구 및 항소가 독립적이고 공정한 방식으로 판결되도록 보장합니다.
- 관련된 청구에 대한 모든 청구 거부 통지, 거부 이유(거부 코드 및 의미 포함), 사용 가능한 내부 및 외부 항소 과정 및 소비자 지원 정보에 대한 세부 정보를 제공합니다.
- 요청 시 거부된 청구에 대한 진단 및 치료 코드(및 그 의미)를 제공합니다.
- 문화적, 언어적으로 적절한 방식으로 통지합니다.
- 보험이 내부 청구 요구 사항을 따르지 않는 경우 외부 검토 과정을 시작할 수 있도록 허락합니다 (보험의 위반이 미미한 경우 제외).
- 특정 상황에서 외부 검토자에 의해 즉시 외부 검토 요청이 거부되는 경우 내부 청구 과정을 통해 청구를 다시 제출할 수 있도록 허락합니다.

또한, 건강보험개혁법에 따라 조부되지 않은 보험사는 독립 당사자의 청구 거부에 대한 외부 검토를 제공해야 합니다. 요금제가 사용하는 외부 검토 과정은 요금제가 자체 재원인지, 보험사를 통해 혜택을 제공하는지에 따라 달라집니다. 요금제의 청구 거부 통지는 외부 과정과 사용자의 권리를 설명합니다. 외부 검토를 요청하려면 거부 통지에 제공된 단계를 따르십시오.

귀하의 건강 보험 청구가 거부된 경우

만약 보험사의 최종 결정이 귀하의 청구를 거부한다면, 귀하는 법정에서 그 부인에 대해 이의를 제기할 권리에 대해 법률적 조언을 구하는 것을 권장합니다. 일반적으로, 귀하는 청구 거부에 이의를 제기하기 위해 법원에 소송을 제기하기 전에 귀하의 보험 청구 절차를 완료해야 합니다.

그러나, 만약 귀하의 보험사가 부서의 규칙에 부합하는 청구 절차를 수립하거나 따르지 못했다고 생각한다면, 귀하는 해당 보험사의 결정을 기다리지 않고 법원에 귀하의 이익 청구를 검토하도록 요청할 수 있는 귀하의 권리에 관한 법률적 조언을 구하는 것을 권장합니다. 만약 보험사가 귀하의 보험 청구를 처리하는데 ERISA의 어떤 요구 사항도 따르지 않았다고 생각한다면 귀하는 자신의 권리에 대해 가까운 EBSA 사무소에 연락하기를 원할 수도 있습니다.

청구 제출 - 요약

- 청구를 제출하기 전에 귀하의 보험의 혜택 및 청구 절차를 확인하십시오. 요약 보험 설명 및 이점과 적용 범위 요약을 읽어 보십시오. 질문이 있는 경우 보험 관리자에게 문의하십시오.
- 일단 귀하의 청구가 접수되면, 결정에 대한 최대 허용 대기 기간은 청구 유형에 따라 72시간에서 30일까지 다양합니다. 귀하의 보험사는 특정 기간을 연장할 수 있지만, 일정 기간을 연장하기 전에 귀하에게 통지해야 합니다. 귀하는 일반적으로 이 기간 내에 결정을 받게 됩니다.
- 청구가 거부된 경우 청구가 거부된 이유와 이의 제기 신청 방법에 대한 구체적인 정보가 포함된 서면 통지를 받아야 합니다.
- 거부된 청구에 대한 완전하고 공정한 검토를 요청할 수 있는 기간은 최소 180일입니다. 귀하의 보험사에 이의 제기 절차를 하고 보험사가 청구를 검토하는 데 도움이 되는 새로운 증거 또는 정보를 수집하고 제출해야 할 수도 있음을 인식하셔야 합니다.
- 청구 유형에 따라 귀하의 항소를 검토하는 데 72시간에서 60일이 소요될 수 있습니다. 연장하려면 귀하의 허가가 필요합니다. 해당 보험사는 항소가 승인되었는지 또는 거부되었는지를 여부를 서면 통지로 보내야 합니다.
- 항소가 기각될 경우 서면 통지서는 거부된 이유를 설명하고, 보험사-에 의해 제공되는 추가 항소 수준 또는 자발적 항소 절차를 설명하며, 보험사의 결정에 대한 사법적 검토를 요청할 수 있는 권리에 관한 진술이 포함되어야 합니다.
- 항소가 기각되고 귀하의 보험이 기득권을 가지지 못한 경우, 거부 통지는 거부된 청구에 대한 독자적인 외부 검토 권한을 설명합니다. 외부 검토를 요청하려면 공지사항에 제공된 다음 단계를 따르십시오.
- 청구의 항소가 거부되거나 보험이 합리적인 청구 절차가 수립되지 못한 경우 법률 자문을 구하실 수 있습니다. 귀하가 해당 보험이 ERISA(근로자 퇴직 소득 보장법)의 요구사항을 따르지 못했다고 판단될 경우 EBSA(노동부 직원 복지 보안국)에 문의하여 논의할 수 있습니다.

참고 자료

본 문서와 다른 EBSA(노동부 직원 복지 보안국)의 간행물을 보려면 dol.gov/ebsa 로 방문하세요.

출판물을 주문하거나 보험 상담사에게 도움을 요청하려면 askebsa.dol.gov 으로 방문 또는 수신자 부담 전화 **1-866-444-3272**로 문의하십시오.



고용인 혜택 보장 관리청
미 노동부

2023년 2월