CMS 승인 파트 C 혜택 설명 템플릿

MSA, 월별 EOB 버전

# General Instructions

This is a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) approved Part C Explanation of Benefits (EOB) template. CMS views Part C EOBs as ad-hoc information materials; therefore, they are not subject to CMS review and approval. However, CMS reserves the right, as with other ad-hoc communication, to request and review a sample of the materials to ensure compliance with our requirements.

* This template is for organizations that choose to send monthly EOBs to non-dual eligible members.
* Plans are not required to send an EOB to dual eligible members.
* Plans are responsible for ensuring that members receive the notification of appeal rights within the timeframes specified by CMS. If notification with an EOB would hinder the plan’s ability to provide timely notification, it must be delivered separately, within the required timeframes specified in the MA program regulations.
* The monthly EOB must be sent to members each month there is claims activity, whether or not there is member liability.

**HPMS submission:**

* All plans may be required to submit a Part C EOB to HPMS. CMS will provide more information when available.

# Format Instructions

* Minor grammar or punctuation changes, as well as changes in font type or color, are permissible.
* Text and numbers must be in font size 12 or larger.
* With the exception of charts, which should generally be in landscape formation, either landscape or portrait may be used.
* With the exception of the chart that gives the details on claims, the remaining sections of the document are to be formatted as two-column or three-column text (the main title of a section may extend beyond the first column) to keep line lengths easy to read. Plans may adjust the width of the columns in the template.
* The document may be printed double-sided and, in lieu of a paper mailing, may be sent electronically to members who elect the paperless format.
* The document must have a header or footer that includes the page number. In addition, plans may include any of the following information in the header or footer: member identifiers, month and year, title of the document.
* Charts that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom on the continuing page. In an actual EOB, rows of a chart should not break across the page. Note: in the template language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.

# Content Instructions

* CMS encourages MAOs to use the HCPCS code descriptors and American Medical Association’s CPT code descriptors, followed by the HCPCS or CPT billing code shown in parentheses. Other appropriate billing codes, such as ADA approved dental codes, Medicare revenue codes for in-patient facility claims, and other widely recognized code descriptors may also be used.
* When providing claim information, plans may use date ranges to combine multiple occurrences of a service or item into a single row.
* All claim information provided in the EOB must be HIPAA compliant to protect member health information.

**Claims that must be included within the EOB:**

* Plans must include all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services and optional supplemental benefits. If applicable, claims for optional supplemental benefits are to be displayed separate from medical and hospital claims. Information for all claims includes: billing codes and descriptors, amount providers have billed the plan, total cost (amount the plan has approved), plan’s share, and member’s share (your share). Any benefit information that cannot be included timely must be accounted for in a subsequent reporting period.
* For plans that need additional time to develop systems for obtaining cost information from capitated entities, we are delaying, until January 1, 2015, the required implementation of reporting applicable information in the “Total cost” and “Plan’s share” columns. In the interim period, in lieu of dollar amounts in the “Total cost” and “Plan’s share” columns, plans may state: “This rate has been pre-negotiated. For more information, please contact your health care provider.”

Instructions within the template:

* All black text is required information that must be included as shown in the attached EOB template.
* Italicized blue text in square brackets is instruction and guidance specifically for MA plans. This information is not to be included in the beneficiary’s EOB.
* Non-italicized blue text in square brackets is text to be inserted as applicable.
* The first time the plan name is mentioned, the plan type designation (i.e., HMO, PPO, etc.) must be included.
* When instructions say “*[insert month]*”, use a format that spells out the full name of the month, e.g., “January.”
* Plans should make every effort to use a reporting period that aligns with a complete calendar month, however, if your plan uses a reporting period that does not correspond exactly to a calendar month, you may substitute the date range for your reporting period (e.g., “1/1/12 to 2/3/12” OR “January 1 – February 3, 2013”) whenever instructions say to “*[insert month] [insert year]*.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 월별 보고서 *[Insert month] [Insert Year]*에 처리된 의료비 및 병원비 청구  대상자: *[insert member name]*  *[If desired, plans may also insert a member ID number and/or other member numbers typically used in member communications.]*  **이 보고서는 청구서가 아닙니다.**   * 당사가 처리한 청구에 대한 이 월별 보고서는 귀하가 받은 치료, 플랜에서 지불한 비용, 귀하가 지불한 비용(또는 청구될 것으로 예상되는 금액)에 대해 설명합니다. * 지불해야 할 금액이 있다면 담당 의사와 다른 의료 서비스 제공자가 귀하에게 청구서를 보낼 것입니다. * 이 보고서는 의료 및 병원 치료만 다룹니다. * 부정 청구가 의심되는 경우 연중무휴 운영하는  1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화를 걸어 신고하실 수 있습니다. (TTY 사용자는  1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)   *[Plans may include the member’s mailing address on this cover page.]* |  | [Insert plan name and/or logo]  *[Insert Federal contracting statement]*  *[Plans may insert their Web site URL]* |
|  |
| *[Insert plan name]* 가입자 서비스  궁금하신 사항은 다음 주소로 문의해 주십시오.*[Insert phone number]*  도움이 필요하시면 도와드리겠습니다(*[insert days and hours of operation]*).  TTY/TDD 전용:*[Insert TTY/TDD number]* *[Plans may insert other Member Services numbers, e.g., a Spanish customer service number]*  --------------------------  [*Plans that meet the 5% threshold, insert:* 본 정보는 다른 언어로 무료로 이용하실 수 있습니다. 위의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.] 가입자 서비스부는 비영어권 이용자를 위해 무료로 통역 서비스 [또한 *plans that meet the 5% threshold, insert:*] 제공하고 있습니다.  *[Plans that meet the 5% threshold, insert the disclaimer about the availability of non-English translations in all applicable languages.]* |
|  |
| 본 혜택 정보는 대략적인 내용으로서, 혜택을 설명한 상세 전문은 아닙니다. 자세한 정보는 플랜으로 연락해 주십시오.  *[Omit terms in the following sentence that are not applicable to the plan:]* 혜택, 처방집, 약국 네트워크, 의료 서비스 제공자 네트워크, 보험료, 코페이 및 공동보험액은 매년 변경될 수 있습니다.  *[Insert material ID]*허용됨 |

*[In the “totals” section, plans must insert the total amounts for all claims for Part A and Part B services. Amounts for claims for optional supplemental benefits should be excluded from the totals section.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **합계**  **의료비 및 병원비 청구** | 의료 제공자가  플랜에  청구한 금액 | 총 비용(플랜이 승인한 금액) | **플랜 부담금** | **가입자 부담금** |
| **이번 달 합계**(*[insert reporting period start date]*부터 *[insert reporting period end date]*까지 처리된 청구 건) | $*[insert total billed amount for the reporting period]* | $*[insert total approved amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert total plan share amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert total member liability amount for the reporting period]* |
| ***[insert year]*에 대한 총 금액**(*insert reporting period end date]*까지 처리된 모든 청구 건) | $*[insert total billed amount for the year]* | $*[insert total approved amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert total plan share amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert total member liability amount for the year]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **예금:**  *[insert year]*에 Medicare는 귀하의 의료 저축 계좌에 $*[insert deposit amount]*을(를) 입금했습니다. 이 자금은 Medicare가 보장하지 않는 의료 비용을 포함하여 가입자의 의료 서비스 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다. (그러나 Medicare 파트 A 및 파트 B 서비스 비용을 지불하는 데 사용된 금액만 연간 공제액에 포함됩니다.)  *[insert reporting period end date]* 기준 귀하의 의료 저축 계좌에는 의료 서비스 비용을 지불하는 데 이용할 수 있는 *[insert MSA balance]*이(가) 있습니다.  *[If the member has moved their account from the MSA trustee, replace the paragraph above with:*  귀하는 더 이상 의료 저축 계좌에 *[insert MSA trustee name]*을(를) 사용하지 않기 때문에 당사에는 귀하의 계좌 잔액에 대한 정보가 없습니다. 귀하의 계좌 잔액을 확인하려면 귀하가 선택한 은행 또는 금융 기관에 문의하십시오.] |  | **공제액:** |
| ***[insert year]*에 귀하의 플랜 공제액은 $*[insert yearly deductible amount]***입니다. Medicare 보장 서비스에 대해 이 금액을 지불하면 해당 연도의 나머지 기간에 대해 플랜은 Medicare 보장 서비스 비용의 100%를 지불합니다.  *[insert reporting period end date]* 기준 귀하는 연간 플랜 공제액 *[insert deductible amount]* 전체에 대해 *OR [insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*의 금액을*]* 지불했습니다.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *막대 차트 범례 ($0 – $250)*  $ 0 $250  = 가입자의 연간  플랜 공제액] |

*[If there are no claims processed during the reporting period, omit the remainder of the document.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[insert month] [insert year]*에 처리된 청구에 대한 상세 정보 | | |
| **청구 내역을 살펴보십시오. 정확합니까?**   * 궁금한 사항이 있거나 착오가 있다고 생각되는 경우, 진료소나 기타 의료 서비스 제공자에게 전화하시기 바랍니다. 청구 내역에 대해 설명해 달라고 요청하십시오. * 궁금하신 사항은 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 1페이지의 상자에 수록되어 있습니다). | **귀하는 이의 또는 불만 사항을 제기할 권리를 가집니다.**   * 이의 제기는 보장에 대한 *플랜의 결정을 변경*하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 당사가 청구 건에 대해 거부하는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 당사가 청구 건을 승인했지만 항목 또는 서비스에 대해 귀하가 지불할 금액에 동의하지 않으시는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기와 관련된 정보는 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 1페이지의 상자에 수록되어 있습니다). | 이 보고서는 청구서가 아닙니다.   * "가입자 부담금"에 표시된 금액을 아직 지불하지 않은 경우, 의료 서비스 제공자로부터 청구서를 받을 때까지 *기다리십시오*. * "가입자 부담금"에 표시된 금액보다 *높은* 청구서를 받으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 1페이지의 상자에 수록되어 있습니다). |

*[Plans may insert the first claim (or part of the claim) on this page or begin claims on the following page. Claims that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom of the page that continues. However, an individual row of a claim should not break across the page. Note: in the model language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.]*

*[Plans must insert information for all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services and optional supplemental benefits.]*

| ***[Insert name of provider]***  청구 번호: *[Insert claim number]*  (*[Insert as applicable:*  네트워크 내 *OR* 네트워크 외*]* 의료 제공자) | 서비스  날짜 | 의료 제공자가 플랜에 청구한 금액 | 총 비용(플랜이 승인한 금액) | **플랜 부담금** | **가입자 부담금** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row. Although, date ranges may be used to combine multiple occurrences of a service or item into a single row, e.g., for claims related to inpatient services.*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[As needed, insert explanatory notes, preceded by “NOTE”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note:* 참고: 이 서비스 또는 항목에 대한 비용은 본 청구 건의 다른 부분에서 보장되므로 금액은 $0.00입니다.] | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $[*Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total cost.]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **거부됨**  (이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.)*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  귀하는 [*insert as applicable:* 네트워크 내 *OR*  네트워크 외*]* 의료 제공자]의 서비스에 대해 [총 금액*] [insert if applicable:* 의 *insert percentage]*%를 지불합니다.  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  귀하는 [*insert as applicable:* 네트워크 내 *OR* 네트워크 외*]*의료 제공자]의 서비스에 대해 [*insert copayment amount]*을(를) 지불합니다.  *[If the service is a preventive service that is covered at no cost under Original Medicare, add the following:*  (이것은 Original Medicare에서 무료로 보장되는 예방 서비스 중 하나이며, 플랜은 귀하에게 무료로 네트워크 내 서비스를 보장합니다.)*]*  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  이 서비스는 거부되었지만 귀하는 이 금액을 지불해야 할 수도 있습니다. 이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.] |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **합계:** | **$[*Insert total billed amount for this claim]*** | **$[*Insert total approved amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]***  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **거부됨**  (이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.)*]* | **$[*Insert total plan share amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]*** | **$[*Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **거부된 청구 건에 관해 알아야 할 사항:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * 당사는 이 청구 건의 전체 또는 일부를 거부했으며 **귀하는 이의 제기를 할 권리를 가집니다.** 이의 제기는 귀하의 청구에 대해 당사가 내린 거부 *결정을 변경*하도록 요청할 수 있는 공식적인 방법입니다. 당사의 결정을 변경하는 경우 청구 건을 거부하는 대신 승인하여 당사의 부담금을 지불한다는 것을 의미합니다. * **의료 제공자도 이의를 제기할 수 있으며, 이런 경우 귀하는 비용을 지불을 하지 않아도 됩니다.** 의료 제공자에게 연락하여 당사에 이의 제기를 요청할지 알아보고 싶을 수도 있습니다. 의료 제공자가 정당하게 이의 제기를 요청할 경우, 귀하는 일반적인 비용 분담액을 제외하고는 지불할 책임이 없으며 직접 이의 제기를 할 필요가 없습니다. | * **당사가 청구 건의 전체 또는 일부를 거부할 경우, 당사는** 서비스 또는 항목이 보장되지 않는 이유를 설명하는 **서신**("지불 거부 통지서")**을 발송합니다.** 이 서신은 또한 당사의 결정에 이의를 제기하고 재검토를 원하시는 경우 해야 할 일에 대해서도 설명합니다. * **중요 사항**: 본 서신이 없을 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 1페이지의 상자에 수록되어 있습니다). | * **궁금하신 사항이 있거나 이의 제기에 도움이 필요한 경우, 다음에 연락하실 수 있습니다.** * 가입자 서비스부 (전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).  (TTY 사용자는  1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **거부된 청구 건에 관해 알아야 할 사항:** | |
| * **참고: 당사는 이 청구 건의 전체 또는 일부를 거부했습니다.** 하지만 *[insert as applicable:* 제공자로부터 이러한 *[insert plan name]* 서비스를 받았거나 OR *[insert plan name]* 제공자*].]* 의 진료 추천을 바탕으로 이용했기 때문에 귀하는 청구된 금액을 납부할 책임이 없습니다. | * **궁금하신 사항은 다음 연락처로 문의해 주십시오.** * 가입자 서비스부(전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **청구 건에 대해 알아야 할 사항:** | |
| * 참고: 당사는 처음에 이 [*insert as applicable:* item *OR* service]을(를) 거부했으며 거부에 대한 이의 제기 요청을 받았습니다. [*Insert as applicable:* 이의 제기 요청을 검토한 후, 당사의 거부를 기각하고 [*insert as applicable:* item *OR* service]을(를) 승인했습니다. *OR* 당사의 거부는 기각되었으며 이 [*insert as applicable:* item *OR* service]은(는) 이제 승인되었습니다.] 즉, [*insert as applicable:* item *OR* service]이(가) 보장되며 플랜이 분담액을 [*Insert as applicable:* 지급했습니다 OR 지급할 것입니다]. | * **궁금하신 사항은 다음 연락처로 문의해 주십시오.** * 가입자 서비스부(전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 사용자는  1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |

*[If there are no claims for optional supplemental benefits processed during the reporting period, delete the remainder of this document.]*

*[If a claim for optional supplemental benefits was processed during the reporting period, it must be included in the EOB. Claims for optional supplemental benefits should appear after the claims for Part A and Part B services. Plans should include the section header provided below before the first claim for optional supplemental benefits. The format for the claims chart is provided below. In this section, deductible amounts may be included in the “Your share” column. Please note that the format is the same as for other Part C benefits, except for the additional text describing optional supplemental benefits which appears in the first column header.]*

|  |
| --- |
| 선택적 보조 서비스: *[insert month] [insert year]* 에 처리된 청구에 대한 상세 정보  (선택적 보조 서비스에 대한 금액은 2페이지에 표시된 합계에 포함되지 **않습니다**.) |

| ***[Insert name of provider]***  청구 번호: *[Insert claim number]*  (*[If applicable, insert: [Insert as applicable:* 네트워크 내 *OR*네트워크 외*]*  의료 제공자 *[plans may add the type of optional supplemental benefits, e.g., “of dental services.”]*) *[Insert type of optional supplemental benefits]*은(는) “선택적 보조 서비스”입니다. 별도의 보험료를 납부하는 추가 서비스입니다. | 서비스  날짜 | 의료 제공자가 플랜에 청구한 금액 | 총 비용(플랜이 승인한 금액) | **플랜 부담금** | **가입자 부담금** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row.]*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[As needed, insert explanatory notes, preceded by “NOTE”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note.* 참고: 이 서비스 또는 항목에 대한 비용은 본 청구 건의 다른 부분에서 보장되므로 금액은 $0.00입니다.] | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $[*Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total amount]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **거부됨**  (이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.)*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  귀하는 [*insert as applicable:* 네트워크 내 *OR* 네트워크 외*]* 의료 제공자]의 서비스에 대해 [총 금액의 *insert percentage]*%*[insert if applicable:* 를 지불합니다.  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  귀하는 *[insert as applicable:* 네트워크 내 *OR* 네트워크 외] 의료 제공자]의 서비스에 대해 $[*insert copayment amount]* 의 코페이 *[insert if applicable:* 를 지불합니다.  *[If there is a deductible charged for the service or item, insert:*  이 서비스 또는 항목에 대해 귀하는 $[*insert copayment amount*]의 공제액을 지불합니다]  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  이 서비스는 거부되었지만 귀하는 이 금액을 지불해야 할 수도 있습니다. 이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.] |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **합계:** | **$[*Insert total billed amount for this period claim]*** | **$[*Insert total approved amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]***  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **거부됨**  (이의 제기 권리에 대한 정보는 아래를 참조해 주십시오.)*]* | **$[*Insert total plan share amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* 이 요율은 사전 협상되었습니다. 자세한 정보는 의료 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*]*** | **$[*Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **거부된 청구 건에 관해 알아야 할 사항:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * 당사는 이 청구 건의 전체 또는 일부를 거부했으며 **귀하는 이의 제기를 할 권리를 가집니다.** 이의 제기는 귀하의 청구에 대해 당사가 내린 거부 *결정을 변경*하도록 요청할 수 있는 공식적인 방법입니다. 당사의 결정을 변경하는 경우 청구 건을 거부하는 대신 승인하여 당사의 부담금을 지불한다는 것을 의미합니다. * **의료 제공자도 이의를 제기할 수 있으며, 이런 경우 귀하는 비용을 지불을 하지 않아도 됩니다.** 의료 제공자에게 연락하여 당사에 이의 제기를 요청할지 알아보고 싶을 수도 있습니다. 의료 제공자가 정당하게 이의 제기를 요청할 경우, 귀하는 일반적인 비용 분담액을 제외하고는 지불할 책임이 없으며 직접 이의 제기를 할 필요가 없습니다. | * **당사가 청구 건의 전체 또는 일부를 거부할 경우, 당사는** 서비스 또는 항목이 보장되지 않는 이유를 설명하는 **서신**("지불 거부 통지서")**을 발송합니다.** 이 서신은 또한 당사의 결정에 이의를 제기하고 재검토를 원하시는 경우 해야 할 일에 대해서도 설명합니다. * **중요 사항**: 본 서신이 없을 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 1페이지의 상자에 수록되어 있습니다). | * **궁금하신 사항이 있거나 이의 제기에 도움이 필요한 경우, 다음에 연락하실 수 있습니다.** * 가입자 서비스부 (전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **거부된 청구 건에 관해 알아야 할 사항:** | |
| * **참고: 당사는 이 청구 건의 전체 또는 일부를 거부했습니다.** 하지만 *[insert as applicable:* 제공자로부터 이러한 *[insert plan name]* 서비스를 받았거나 OR *[insert plan name]* 제공자*].]* 의 진료 추천을 바탕으로 이용했기 때문에 귀하는 청구된 금액을 납부할 책임이 없습니다. | * **궁금하신 사항은 다음 연락처로 문의해 주십시오.** * 가입자 서비스부(전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **청구 건에 대해 알아야 할 사항:** | |
| * 참고: 당사는 처음에 이 [*insert as applicable:* item *OR* service]을(를) 거부했으며 거부에 대한 이의 제기 요청을 받았습니다. [*Insert as applicable:* 이의 제기 요청을 검토한 후, 당사의 거부를 기각하고 [*insert as applicable:* item *OR* service]을(를) 승인했습니다. *OR* 당사의 거부는 기각되었으며 이 [*insert as applicable:* item *OR* service]은(는) 이제 승인되었습니다.] 즉, [*insert as applicable:* item *OR* service]이(가) 보장되며 플랜이 분담액을 [*Insert as applicable:* 지급했거나 OR 지급할 것입니다]. | * **궁금하신 사항은 다음 연락처로 문의해 주십시오.** * 가입자 서비스부(전화번호는 1페이지의 상자에 기재되어 있습니다) * 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 사용자는  1-877-486-2048로 전화해 주십시오.)] |