



귀하의 지역에 있는 의료 제공자 네트워크는? Covered California로 신뢰하는 의료 제공자로부터 사립 보험 플랜을 선택 및 구입할 수 있습니다. 모든 보험 회사에서 동일한 등급의 보장을 제공하지만 플랜의 유형과 의료 제공자 네트워크(귀하의 지역에서 귀하의 보장을 받는 의사 및 병원)는 다양합니다. 현재 담당 의사를 계속해서 보기 원하시면, 그의 네트워크가 포함되어 있는 플랜이 무엇인지 알아 보십시오.

어떤 플랜이 귀하의 가족에게 가장 적합합니까? 대부분의 보험 회사에서는 3가지 유형의 보장 플랜을 제공합니다. 이에는 HMO(health maintenance organization), PPO(preferred provider organization) 그리고 EPO(exclusive provider organization)가 포함됩니다. 방문할 수 있는 의사 또는 병원, 이용 가능한 특정 의료 서비스 등 플랜 유형별로 정의되어 있습니다.

- **HMO**는 플랜 네트워크 내부의 의사와 병원을 방문하는 진료만 보장합니다. HMO의 회원이 전문의를 보려면 주치의로부터 의뢰서를 받아야 합니다.
- **PPO**는 플랜 네트워크의 내외부에 있는 의사를 방문하는 진료를 부담하지만, 회원이 네트워크 외부의 의사를 볼 경우 지불하는 비용이 더 높습니다.
- **EPO**는 전반적으로 플랜의 네트워크 외부 진료는 보장하지 않으나 네트워크 내부의 전문의를 보는 데에는 의뢰서가 필요하지 않을 수 있습니다.

모든 PPO, HMO, EPO들이 다 같지 않다는 것을 잊지 마십시오. 어느 의사 및 병원이 보험 보장에 해당되는지 그리고 네트워크 외부 의사를 볼 때 드는 비용이 무엇인지 등 플랜에 대해 선택하기 전에 상세히 알아 보십시오.

단계 3: 필요한 정보를 수집하십시오.

귀하에게 잘 맞는 플랜을 선택한 후, 등록 절차를 밟습니다. 신청할 때 정확한 서류와 정보를 준비하도록 하십시오.

건강 플랜에 의해 보장되는 각 가족 인원(본인 포함)에 대한 정보를 다음과 같이 준비합니다.



소득 정보* - 2015년 세금 보고서, 최근 급여 명세서 및/또는 W-2 양식

신원 증명서 - 캘리포니아 운전 면허증, 캘리포니아 ID 카드, 미국 여권 또는 기타 유형의 ID 카드.

시민권 또는 합법 거주 증명서 - 미국 여권, 합법 거주자 카드 또는 귀화 서류

또한, 신청대상 모든 가족 인원들은 다음의 정보를 인지하고 있어야 합니다.



Social security number**
(미국 시민의 경우)

생년월일

거주지 zip code

보험은 단지 귀하의 건강을 위해서만이 아닙니다 - 이는 법입니다.



2014년 1월부터 대부분의 사람들은 건강 보험이 필수적으로 있어야 하며 없을 경우 세금 벌금을 물게 됩니다.

2016년에는 그 벌금이 귀하의 연간 가구 소득의 2.5% 또는 성인 1명당 \$695(그리고 18세미만의 어린이 1명당\$347.50) 가운데 더 높은 금액입니다.

* 신청대상 모든 가족 인원들의 현 소득 증명서(부양자 소득은 세금 보고를 요구하는 수준의 소득일 경우에 한하여 포함됩니다.) 한 가족이란 호주로서 세금 보고를 하는 사람과 그 호주의 세금 보고서에 신고된 모든 부양자들로 정의합니다. 세금을 보고하지 않을 지라도, Medi-Cal을 통해 무료 또는 저가격의 보험에 가입할 자격이 있을 수 있습니다.

** 불법 체류자가 포함된 가족들도 신청할 수 있습니다. 본인이 보험에 가입될 자격이 되지 않을 지라도 귀하의 자녀를 대신해 신청할 수 있습니다.



단계4: 계정을 만들고 가입하십시오.

www.CoveredCA.com에서 플랜에 가입할 수 있습니다. 사용자 계정을 만든 후 단계 3에서 수집한 정보를 가지고 가입 절차를 따르면 됩니다.

가입 시 도움을 원하시는 경우, 가까운 곳의 Covered California에서 무료로 비밀이 보장된 도움을 드릴 수 있습니다. 가까운 곳에서 도움을 찾으려면 www.CoveredCA.com/enrollment-assistance을 방문하셔서 귀하의 zip code를 입력하십시오. 또한 (800) 300-1506으로 전화하실 수 있습니다.

단계 5: 중요한 정보를 저장하십시오.

향후 보험 보장에 관해 질문이 있을 경우, 신청서와 보험 플랜에 기재된 특정한 이름 및 번호 등 기록을 보관하고 있는 것이 중요합니다. 이런 중요한 정보를 기록해 두도록 하십시오.

신청서 ID 번호	
<input type="text"/>	
케이스 번호	건강 보험 회사명
<input type="text"/>	<input type="text"/>
보험 플랜 정보(플랜 번호, 그룹 번호 등)	
<input type="text"/>	
Certified Enrollment Counselor (CEC), Certified Insurance Agent 또는 가입하는 데 도움을 준 Plan Based Enroller (PBE)의 이름 및 연락처	
<input type="text"/>	

단계 6: 보험료를 지불합니다.

귀하가 선정하는 납기일까지 Covered California가 아닌 해당 건강 보험 회사에 매달 보험료를 지불합니다.



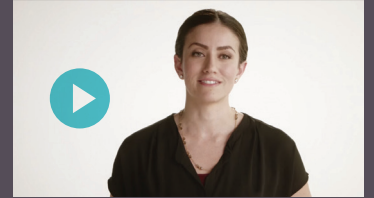
더 자세한 정보나 무료로 비밀이 보장되는 현지의 도움을 찾기 원하시면 다음으로 연락하시기 바랍니다.



CoveredCA.com | (800) 300-1506

추가 질문이 있으십니까?

CoveredCA.com/FAQs에서 "Welcome to Answers" 동영상 시리즈를 시청하십시오.



(유의: "Welcome to Answers"는 정보 제공 동영상 시리즈로서 영어로만 제공됩니다)

다루는 주제들:

- Covered California란 무엇인가?
- 가입을 어떻게 하나?
- Covered California가 30세 미만의 사람들을 어떻게 도울 수 있는가?
- Covered California로 어떻게 적절한 보험을 구할 수 있나?
- 건강 보험이 Affordable Care Act로 인해 어떻게 변화하고 있나?



다른 언어로 전화를 통해 도움을 청하는 사람들을 위해 통역사가 있습니다