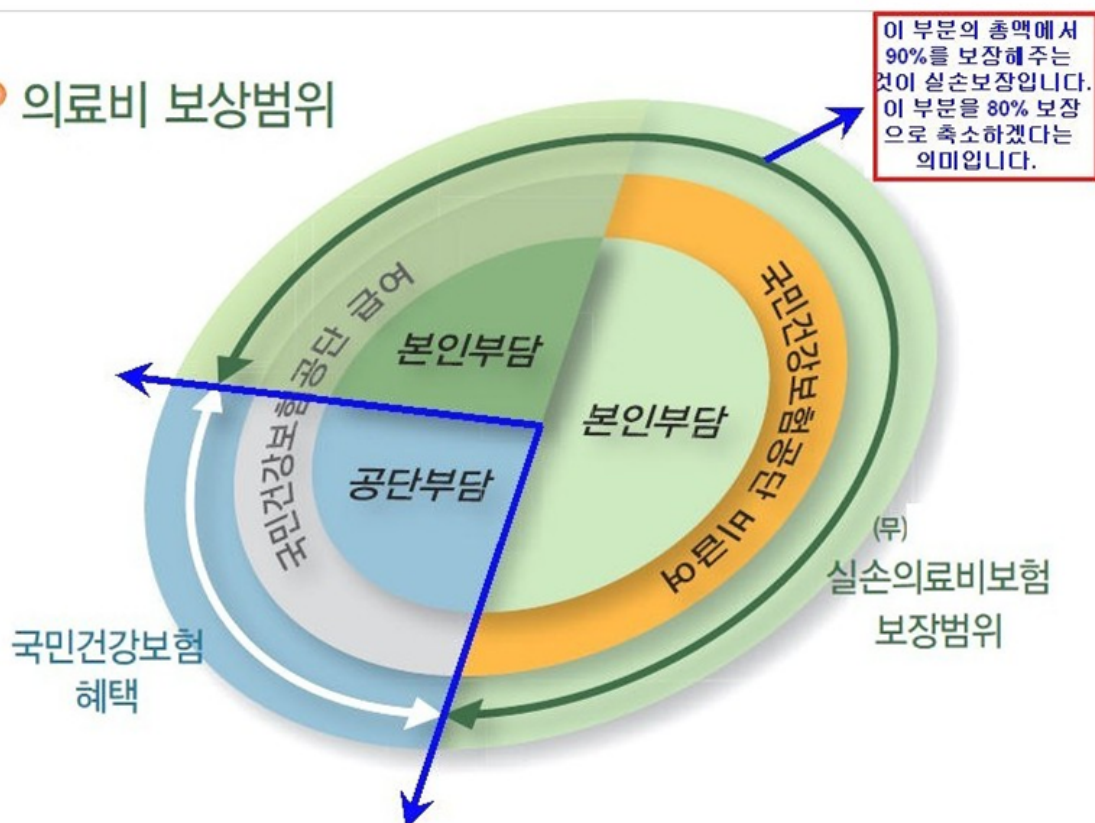


# 실손보험

## ● 의료비 보상범위




요양급여 대상 의료서비스		요양비급여 대상 의료서비스	
요양급여비 (68,886개 항목)	본인일부부담금 상한액 이하	비급여비 (2,608개 항목)	임의비급여비
전액 본인부담금(74개 항목)			

## 보장되지 않는 진단명들

1. 정신과질환 및 행동장애(F04-F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96-N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00-O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00-Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60-K62)
8. 주로 성행위로 전파되는 감염

## 필요서류

## ▶ 보험금 청구서류

입원	<p>➡ 진단서</p> <p>※ 단, 본인부담 치료가 50만원 이하인 경우 : 진료확인서 (진단명 및 입원기간 포함)</p> <p>➡ 진료비계산서(영수증) 및 진료비 세부 내역서</p>
통원*	<p> <b>청구금액별로 상이합니다</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 청구금액이 3만원 이하 : 영수증</li> <li>● 청구금액이 3만원 초과 10만원 이하 : 영수증, 질병분류코드가 기재되어 있는 처방전</li> <li>● 청구금액이 10만원 초과 : 영수증, 진단명 및 통원일자/기간이 포함된 서류*등</li> </ul> <p>*진단명 및 통원일자/기간을 확인할 수 있는 서류라면 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등이 모두 가능합니다.</p>

\* '15년 1월부터 「통원의료비 청구 간소화」에 따라 3만원~10만원 통원 의료비에 대해 진단서 없이 질병분류 코드가 기재된 처방전만으로 보험금 청구가 가능해졌습니다.

※ 보험사는 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요하다고 판단되는 때에는 별도의 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

- 3만원이하 →영수증
- 3-10만원 →병명 포함 처방전 +영수증
- 10만원 초과 →영수증+진단명 및 통원일자 기간이 포함된 서류[진단서, 소견서, 통원확인서, 진료차트, 통원일자별 처방전]
- 비급여 항목 발생시 진료비 세부내역서 필요

## 산부인과 응용

- 질염환자 방문 →STD6 등 실손처리
- 혈뇨가 유독 심한 방광염 환자 →full work up 후 실손처리
- 아랫배 통증 환자 →골반초음파 후 실손처리
- 생리통과 생리과다로 미레나 삽입한 환자 →실손처리
- 캔디다 질염 환자 →PCR or Culture 후 실손처리
- 희발월경 환자 →Hormone full work up 후 실손처리
- 골반염 환자 →full work up 후 실손처리

이렇게 함으로써 병원 비싸다는 불만 감소, 경쟁의원간 가격 스트레스 감소될수 있음.