Aetna Student Health
보험 플랜 설계 및 혜택 요약
선호 제공자 조직**(PPO)**

The New School

보험 연도: 2024~2025
보험 증서 번호: 246794
https://www.aetnastudenthealth.com
(800) 878-1927

이 문서는 Student Health 플랜에 대한 간략한 설명입니다. 학생 건강 플랜은 The New School의 학생 및 자격이 있는 피부양자가 이용할 수 있습니다. 이 플랜은 Aetna Life Insurance Company(Aetna)가 보장합니다. 이 보험에 적용되는 정의를 포함한 정확한 조항은 귀하에게 발행된 증서에 포함되어 있으며, **https://www.aetnastudenthealth.com**에서 온라인으로 확인할 수 있습니다. 이 플랜 요약서와 증서 간에 차이가 있을 경우, 증서가 우선합니다.

Student Health 서비스

응급 상황 발생 시 988로 전화하십시오.

Student Health 서비스는 Aetna Student Health 플랜에 등록되어 있는지 여부와 관계없이 모든 학생을 대상으로 대면 및 원격 진료를 통한 의료 및 상담 서비스를 제공합니다. Student Health 서비스 포털을 통해 온라인으로 예약하거나 (212)229-1671로 전화하여 예약할 수 있습니다. 자세한 내용은 SHS@newschool.edu로 이메일을 보내거나 (212) 229-1671로 전화하여 문의해 주십시오.

업무 시간 및 추가 정보는 https://www.newschool.edu/health-services/에 방문하여 확인해 주십시오.

FONEMED는 미국 내 학생들이 Student Health 서비스의 업무 시간이 종료되었을 때 언제든지 이용할 수 있는 업무 시간 외 간호사 상담 전화입니다. 숙련된 간호사가 의료 지도, 건강 정보, 의사결정 지원, 진료 의뢰를 제공합니다. 평일 오후 5시 이후 및 주말에는 언제든지 (212) 229-1671, 옵션 1로 전화하십시오.

학생 보장

가입 자격

모든 대학원 및 학사 학위 취득(온라인 전용 및 비등록 포함), 방문 학위, 이동(해외 유학), 신분 유지, Lang and Parsons 컨소시엄, ESL + 인증 프로그램, 대학원 인증 프로그램을 수강하는 학생은 건강 보험에 등록해야 하며, 학생 건강 보험 플랜에 등록할 자격이 있습니다.

Optional Practical Training(OPT) 학생: OPT에 참여하는 학생은 최대 1년의 연속되는 기간 동안 학생 건강 보험 플랜에 등록할 자격이 있으며, 초기 등록은 학생으로 플랜에 등록한 직후 학기에 진행해야 합니다. OPT를 승인받고 고용 승인 문서(EAD) 카드를 수령하면 탐색 메뉴의 "등록 양식" 아래에 있는 OPT 건강 보험 등록 양식을 제출할 수 있습니다. OPT를 계속하는 학생은 2024년 가을 학기 동안에만 학생 보험 플랜에 등록할 자격이 있습니다. OPT를 시작하는 학생은 2024년 가을 학기 동안 또는 1년 동안 학생 보험 플랜에 등록할 자격이 있습니다. **가을 학기 등록 마감일은 2024년 10월 1일입니다**.

플랜에 등록했고 봄 학기에 OPT를 시작하는 학생은 봄 학기에 등록할 수 있으며, 2025년 가을 학기에도 등록을 지속할 수 있습니다. 신규 봄 학기 OPT 학생의 등록 마감일은 2025년 4월 1일입니다.

OPT 학생은 Student Health 서비스를 이용할 자격이 없습니다.

등록

온라인으로 등록하려면 www.universityhealthplans.com/tns에 방문하십시오. 등록 마감일: 가을: 2024년 9월 9일 봄: 2025년 2월 10일.

면제

온라인으로 면제받으려면 www.universityhealthplans.com/tns에 방문하십시오. 면제 마감 일: 가을: 2024년 9월 9일 봄: 2025년 2월 10일.

피부양자 보장 자격

보장 대상인 학생은 법적 배우자, 동거 파트너(성별 무관), 만 26세 이하의 부양 자녀와 함께 등록할 수 있습니다.

피부양자 등록

피부양자 등록이 가능합니다. 선택한 경우 피부양자 보장은 학생의 보장과 함께 시작 및 종료되며 학생이 플랜에 등록하는 동시에 구매해야 합니다. 보장 대상 학생의 피부양자를 등록시키려면 www.universityhealthplans.com/tns에 방문하여 피부양자 등록 양식을 선택하고 등록 양식을 작성해 주십시오.

보장 적용 날짜 및 요율

모든 피보험자 학생 및 자격이 있는 피부양자에 대한 보장은 아래 표시된 보장 시작일 오전 12시 01분에 발효되며 표시된 보장 종료일 오후 11시 59분에 종료됩니다. 보험에 가입한 피부양자에 대한 보장은 보장 증서에 설명된 종료 조항에 따라 종료됩니다.

의료 보험료:

	연간 24/08/20~25/08/19 2024/09/09 마감	가을 2024/08/20~2025/01/14 2024/09/09 마감	봄/여름 25/01/15~25/08/19 2025/02/10 마감
학생	$4,103	$1,663.39	$2,439.61
배우자	$4,103	$1,663.39	$2,439.61
자녀	$4,103	$1,663.39	$2,439.61
자녀 2명 이상	$8,206	$3,326.78	$4,879.22

치과 및 시력 플랜을 포함한 전체 요금:

	연간 24/08/20~25/08/19 2024/09/09 마감	가을 2024/08/20~2025/01/14 2024/09/09 마감	봄/여름 25/01/15~25/08/19 2025/02/10 마감
학생	$4,343	$1,761	$2,582
배우자	$4,343	$1,761	$2,582
자녀	$4,343	$1,761	$2,585
자녀 2명 이상	$8,686	$3,522	$5,164

***의료 보험에 등록한 모든 사람은 치과 및 시력 부가 가치 상품에도 등록됩니다.**

Medicare 가입 자격 공지

이 학생 플랜에 등록하는 시점에 Medicare를 가지고 있는 경우에는 Student Health 플랜에 등록할 자격이 없습니다. 이 플랜은 Medicare 수혜자에게 보장을 제공하지 않습니다.

보장 종료

본 증서에 따른 보장은 다음 중 처음으로 적용되는 경우에 따라 자동으로 종료됩니다.

학생이 보험료 납부 기한으로부터 30일 이내에 보험료를 납부하지 못하는 경우. 마지막으로 보험료를 납부한 날을 기준으로 보장이 종료됩니다.

학생이 보험 계약자가 정의한 자격 요건을 충족하지 않게 되는 경우. 그달 말일에 보장이 종료되며 최소 30일 전에 학생에게 서면 통지를 제공합니다.

학생이 사망하는 경우. 학생의 피부양자에 대한 보장이 있는 경우를 제외하면 보장이 종료됩니다.
학생의 피부양자에 대한 보장이 있다면 보험료를 납부한 달의 말일에 보험이 종료됩니다.

이혼한 배우자의 경우. 이혼 당일에 종료됩니다.
만 26세가 된 자녀의 경우. 그해 말일에 종료됩니다.
기타 자격을 상실하는 모든 피부양자의 경우. 그해 말일에 종료됩니다.

학생이 당사에 보험 해지를 요청하는 서면 통지서를 제출하는 경우. 제출한 달의 말일에 종료되거나 통지서로 요청한 말일 이후의 해지 날짜에 종료됩니다.

학생 또는 학생의 피부양자가 사기에 해당하는 행위를 했거나, 학생이 자신의 등록 신청서에 또는 서비스를 보장받기 위해 중요한 사실을 고의로 왜곡한 경우. 당사가 해당 학생 및/또는 학생의 피부양자에게 서면으로 해지 통지서를 전달하는 즉시 보장이 종료됩니다. 학생의 행동으로 인해 해지가 발생하는 경우. 학생과 모든 피부양자에 대한 보장이 종료됩니다. 피부양자의 행동으로 인해 해지가 발생하는 경우. 해당 피부양자에 대한 보장이 종료됩니다.

보험 계약자의 보험이 종료되는 날짜의 경우. 청구 경험이나 건강 관련 상태와 관계없이 당사에서 증서가 속한 특정 유형의 보험 제공을 중단하기로 결정한다면 보험 계약자와 학생에게 최소 90일 전 서면으로 통지합니다.

당사에서 주 단위 지역 내의 모든 학생 사고 및 건강 보험 보장을 중단하기로 결정한다면 보장이 중단되기 최소 180일 전에 보험 계약자에게 서면으로 통지합니다. 보험 계약자가 보험 약관에 따라 사기에 해당하는 행위 또는 관행을 수행했거나 중요한 사실을 고의로 왜곡한 경우.

1996년 건강 보험의 양도 및 책임에 관한 법(Portability and Accountability Act), 공법(Public Law) 104-191호 및 이후 개정 또는 후속 조항, 이 법의 조항을 이행하는 연방 규정이나 규칙에 따라 승인되고 관리자가 수용하는 기타 사유가 있는 경우. 어떠한 경우에도 종료 이전에 발생한 혜택에 대한 청구권은 영향 받지 않습니다.

참여 제공자

Aetna Student Health는 Aetna의 광범위한 참여 제공자 네트워크를 제공합니다. Aetna에서는 참여 제공자와 특별 요금을 협상했기 때문에 참여 제공자를 이용하면 비용을 절약할 수 있으며, 플랜 혜택이 더 우수하기 때문에 참여 제공자로부터 혜택을 받을 때 일반적으로 본인부담금이 더 낮습니다. 플랜의 일부 혜택은 참여 제공자로부터 받는 경우에만 보장됩니다.

플랜에서 보장되는 진료가 필요하지만 참여 제공자로부터 받을 수 없는 경우, ID 카드 뒷면에 있는 수신자 부담 전화번호를 통해 가입자 서비스 센터에 문의하십시오. 이러한 상황에 Aetna에서는 귀하가 비참여 제공자로부터 진료를 받을 수 있도록 사전에 승인할 수 있습니다. Aetna로부터 사전 승인을 받은 경우 혜택 수준은 참여 제공자와 동일합니다.

사전 승인

일부 서비스는 플랜으로 보장받으려면 Aetna의 사전 승인이 필요합니다. 참여 제공자는 제공할 서비스에 대해 사전 승인을 요청할 책임이 있습니다. 증서의 혜택명세서 섹션에 명시된 서비스에 대해 비참여 제공자의 진료를 받으려는 경우에는 사전 승인을 요청할 책임이 귀하에게 있습니다. New York State Office of Alcoholism & Substance Abuse Services에서 인증한 참여 시설의 경우에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.

사전 승인이 필요한 비참여 제공자의 서비스를 플랜으로 보장받으려는 경우, ID 카드에 있는 전화번호를 통해 Aetna에 전화해야 합니다. 당사에서 사전 승인 요청을 접수하면 계획된 치료의 사유를 검토하고 혜택이 제공될지 여부를 결정합니다.

사전 승인을 요청하려면 다음 시점에 **Aetna**에 문의해야 합니다.

- 제공자가 입원을 권장하는 경우, 계획된 입원 또는 수술 최소 2주 전. 최소 2주 전에 문의하는 것이 불가능하다면 입원하기 전 정규 영업시간 중 가능한 한 빨리.
- 의료서비스 제공자가 병원의 외래 수술실이나 외래 수술 센터에서 수술이나 시술을 받도록 권장하는 경우, 외래 수술 또는 외래 치료 시술을 받기 최소 2주 전.
- 임신 후 초기 3개월 이내 또는 가능한 한 빨리, 그리고 자연 분만으로 인한 입원이 48시간을 초과할 것으로 예상되거나 제왕 절개로 인한 입원이 96시간을 초과할 것으로 예상되는 경우 실제 분만일로부터 48시간 이내에 한 번 더.
- 응급이 아닌 상황에 공중 앰뷸런스 서비스가 제공되기 전.

또한 다음의 경우 **Aetna**에 연락하여 사후에 통지해야 합니다.

- 응급 상황에 공중 앰뷸런스 서비스가 제공되는 경우 가능한 한 빨리.
- 응급 상황으로 인해 입원하는 경우, 입원 후 48시간 이내 또는 그 후 최대한 빨리 Aetna에 전화해야 합니다.

혜택 설명

일부 서비스의 경우 플랜의 보장 대상에서 제외되며, 플랜 부담 금액에 제한 사항이 있습니다. 이 플랜 요약서에 플랜의 몇 가지 중요한 특징에 대해 설명되어 있지만, 귀하에게 중요할 수 있는 다른 내용은 증서에 정의되어 있습니다. 귀하에게 발급된 증서에 포함된 전체 플랜의 설명을 보려면 **https://www.aetnastudenthealth.com**에 방문하십시오.

모든 보장은 **허용 금액**을 기준으로 합니다.

"허용 금액"이란 해당 코페이, 공제액, 공동보험비를 차감하기 전에 Aetna가 증서에 따라 보장되는 서비스 또는 용품에 대해 지불하는 최대 금액을 의미합니다.

- 비참여 제공자의 허용 금액은 다음과 같이 결정됩니다.
- **시설** - 시설의 허용 금액은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 비용 정보를 기준으로 하는 금액의 140%입니다.
- **기타 모든 의료서비스 제공자** - 다른 모든 의료서비스 제공자의 허용 금액은

- Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 비용 정보를 기준으로 하는 금액의 105%입니다.

당사의 허용 금액은 "일반적이고 관습적이며 합리적인 요금"을 기준으로 하지 않습니다. 비참여 제공자의 실제 청구액이 허용 금액보다 높을 경우 차액을 지불할 책임은 귀하에게 있습니다. 비참여 제공자로부터 서비스를 받을 경우 귀하의 재정적 책임에 대한 정보는 ID 카드에 있는 전화번호로 전화하거나 **https://www.aetnastudenthealth.com**에 방문하여 확인해 주십시오.

본 플랜은 일체의 해당 **New York** 보험법(New York Insurance Law) 규정에 따라 보험금을 지불합니다.

비용 분담	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	
의료 서비스 공제액 ● 개인 ● 가족	$150 없음	$300 없음	
최대 본인부담금 ● 개인 ● 가족	$9,100 $9,100	무제한 무제한 당사에서 허용 금액을 계산하는 방법에 대한 설명은 증서의 비용 분담 및 허용 금액 섹션을 참조하십시오. 비참여 제공자의 허용 금액을 초과하는 모든 청구에는 공제액 또는 최대 본인부담금이 적용되지 않습니다. 비참여 제공자의 허용 금액을 초과하는 청구액은 가입자가 부담해야 합니다.	

진료실 방문	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
1차 진료실 방문(또는 재택 방문)	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
전문의 진료실 방문(또는 재택 방문)	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
예방 의료	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
어린이 방문 및 예방 접종*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	설명은 혜택 참조
성인 연간 건강 검진*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	설명은 혜택 참조
성인 예방 접종*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
정기 산부인과 서비스/여성 건강 검진*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
유방암 탐지를 위한 유방 조영술, 검사 및 진단 촬영	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
여성용 불임 시술*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
정관절제술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
선택에 의한 불임 수술의 취소와 관련된 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.			

예방 의료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
골밀도 검사*	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
전립선암 검사	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
대장암 검사	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
United States Preventive Services Task Force(USPSTF)와 Health Resources and Services Administration (HRSA)에서 요구하는 기타 모든 예방 서비스.	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
*예방 서비스가 USPSTF 및 HRSA에서 지원하는 포괄적인 지침에 따라 제공되지 않는 경우.	적절한 서비스(1차 진료실 방문, 전문의 진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 실험실 절차, 진단 테스트)에 비용 분담 적용	적절한 서비스(1차 진료실 방문, 전문의 진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 실험실 절차, 진단 테스트)에 비용 분담 적용	
응급 진료	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
병원 방문 전 응급 의료 서비스(앰뷸런스 서비스)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	참여 제공자와 동일한 비용 지불	설명은 혜택 참조
비응급 앰뷸런스 서비스	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	설명은 혜택 참조

제한 사항/보장 조건

- 의사가 처방했더라도, 당사가 승인한 시설 이전에 따른 경우나 응급 상황과 관련된 경우를 제외하면 이동 또는 교통 비용은 당사에서 보장하지 않습니다.
- 앰뷸런스가 아닌 특수차, 승합차, 택시를 통한 이송은 당사에서 보장하지 않습니다.
- 응급 상황과 관련된 공중 앰뷸런스 이송 또는 응급 상황과 무관한 공중 앰뷸런스 이송에 대한 보장은 귀하의 의료 상태로 인해 육상 앰뷸런스로 이송하는 것이 적절하지 않고, 귀하의 의료 상태로 인해 육상 앰뷸런스로 제공할 수 없는 즉각적이고 신속한 앰뷸런스 이송이 필요하며, 다음 중 한 가지 조건을 충족하는 경우 제공됩니다.
  - 픽업 지점에 육상 차량으로 접근하는 것이 불가능한 경우, 또는
  - 먼 거리나 기타 장애물(예: 교통 체증)로 인해 적절한 시설을 갖춘 가장 가까운 병원으로 적시에 이송하는 것이 불가능한 경우.

응급 진료	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
응급의학과 병원 입원 시 코페이/공동보험비 면제.	공제액을 적용한 후 공동보험료 15% 공중보건법 제2805-I조(Public Health Law § 2805-I)에 따라 수행된 의료법의학적 검사는 비용 분담을 적용하지 않음	참여 제공자와 동일한 비용 지불 공중보건법 제2805-I조(Public Health Law § 2805-I)에 따라 수행된 의료법의학적 검사는 비용 분담을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
병원 응급실에서 제공되는 사후 관리 또는 정기 진료는 당사에서 보장하지 않습니다.			
긴급치료 센터	$50 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	설명은 혜택 참조
전문 서비스 및 외래환자 진료	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
침술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$20 코페이 후 40% 가입자 부담, 공제액을 적용한 후	
고급 영상 서비스 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
고급 영상 서비스 ● 독립형 영상의학과 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
고급 영상 서비스 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
알레르기 검사 및 치료 ● **PCP 진료실에서 수행됨**	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
알레르기 검사 및 치료 ● **전문의 진료실에서 수행됨**	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
이동 수술 센터 시설 요금	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
마취 서비스(모든 환경)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
심장 및 폐 재활 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
심장 및 폐 재활 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
심장 및 폐 재활 ● 입원환자 병원 서비스로 수행됨	입원환자 병원 서비스 비용 분담의 일부로 포함됨	입원환자 병원 서비스 비용 분담의 일부로 포함됨	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
항암화학요법 및 면역요법 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
항암화학요법 및 면역요법 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
항암화학요법 및 면역요법 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
카이로프랙틱 서비스	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
임상 시험	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용	설명은 혜택 참조
당사에서 보장하지 않는 항목: 임상 시험용 약물 또는 장치 비용, 치료를 받는 데 필요한 건강 서비스 이외의 서비스 비용, 연구 관리 비용, 임상 시험 중 제공되는 시험적이지 않은 치료에 대한 이 증서에 따라 보장되지 않는 비용.			
진단 테스트 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
진단 테스트 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
진단 테스트 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
투석 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
투석 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
투석 ● 독립형 센터에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
투석 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● 외래환자 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
재택 건강 관리	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	플랜 연도당 40회 방문
불임 서비스	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용(진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 수술, 실험실 및 진단 절차)	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용(진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 수술, 실험실 및 진단 절차)	설명은 혜택 참조
당사에서 보장하지 않는 항목: ● 체외 수정, ● 생식세포 자궁관내 이식 또는 접합체 자궁관내 이식, ● 기증자의 의료비를 포함한 난자 또는 정자 기증과 관련된 비용, ● 생식력 보존 서비스로서 수행되지 않은 정자와 난자의 냉동보존 및 보관, ● 배아의 냉동보존 및 보관, ● 배란 예측 키트, ● 난관결찰 복원, ● 정관 절제 복원, ● 이 증서에 따라 달리 보장되지 않는 대리모에 관한 비용 및 서비스, ● 복제, ● 실험적 또는 조사적 의료 및 수술 절차(당사의 거부가 외부 이의 제기 대리인에 의해 번복되는 경우 제외).			
주입 요법 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
주입 요법 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
주입 요법 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
주입 요법 ● 재택 주입 요법	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	재택 주입은 재택 건강 관리의 방문 횟수에 포함
입원환자 진료	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
임신 중절 ● 임신 중절 서비스	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	설명은 혜택 참조
실험실 절차 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
실험실 절차 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
실험실 절차 ● 독립형 실험실 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
실험실 절차 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
임산부 및 신생아 진료 ● **산전 진료** ● USPSTF 및 HRSA에서 지원하는 포괄적인 지침에 따라 제공되는 산전 진료	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	설명은 혜택 참조
임산부 및 신생아 진료 ● USPSTF 및 HRSA에서 지원하는 포괄적인 지침에 따라 제공되지 않는 산전 진료	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용(1차 진료실 방문, 전문의 진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 실험실 절차 및 진단 테스트)	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용(1차 진료실 방문, 전문의 진료실 방문, 진단 영상의학과 서비스, 실험실 절차 및 진단 테스트)	설명은 혜택 참조
임산부 및 신생아 진료 ● 입원환자 병원 서비스 및 출산 센터	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	산모가 조기 퇴원하는 경우, 1회의 재택 건강 관리 방문이 비용 분담 없이 보장됨
임산부 및 신생아 진료 ● 출산을 위한 의사 및 조산사 서비스	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
임산부 및 신생아 진료 ● 모유수유 지원, 상담, 유축기 등의 용품	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	모유수유 기간 동안 보장됨
임산부 및 신생아 진료 ● 산후조리	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
외래환자 병원 수술 시설 비용	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
입원 전 검사	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
진료실에서 투여되는 처방약 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$25 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
진료실에서 투여되는 처방약 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$25 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
진단 영상의학과 서비스 ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
진단 영상의학과 서비스 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
진단 영상의학과 서비스 ● 독립형 영상의학과 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
진단 영상의학과 서비스 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
방사선종양학과 서비스 ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
방사선종양학과 서비스 ● 독립형 영상의학과 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
방사선종양학과 서비스 ● 외래환자 병원 서비스로 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● PCP 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● 전문의 진료실에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
재활 서비스(물리치료, 작업치료, 언어치료) ● 외래환자 시설에서 수행됨	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
암, 수술, 기타 진단에 대한 2차 의견	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후 암 진단에 대한 2차 의견은 의뢰서를 받은 경우 비참여 전문의에게도 참여 비용 분담으로 보장됩니다.	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
수술 서비스(구강 수술, 유방 재건 수술, 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 포함) ● 입원환자 병원 수술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조 모든 이식은 지정된 시설에서 수행되어야 함
당사에서 보장하지 않는 항목: 기증자 또는 문병인의 교통/숙박/식사/기타 숙식, 장기 이식 수술과 관련된 기증자 수수료, 신생아 제대혈 줄기세포의 정기적 채취 및 보관.			
수술 서비스(구강 수술, 유방 재건 수술, 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 포함) ● 외래환자 병원 수술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
수술 서비스(구강 수술, 유방 재건 수술, 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 포함) ● 외래 수술 센터에서 진행되는 수술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
수술 서비스(구강 수술, 유방 재건 수술, 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 포함) ● 진료실 수술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

추가 서비스, 장비 및 장치	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
당뇨병 장비, 용품, 자가 관리 교육 • 당뇨병 장비 및 용품	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품, 자가 관리 교육 • 당뇨병 교육	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품, 자가 관리 교육 • 당뇨병 인슐린(30일분)	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않으나 인슐린 약물 30일분의 비용 분담이 $100를 초과할 수 없습니다.	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않으나 인슐린 약물 30일분의 비용 분담이 $100를 초과할 수 없습니다.	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품, 자가 관리 교육 • 경구용 항당뇨제 및 주사형 항당뇨제(30일분)	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
제한 사항 의사가 귀하를 위해 세운 치료 계획에 따른 분량만 제공됩니다. 시력 저하, 시력 상실 등의 특별한 필요성이 있거나 달리 의학적 필요가 있는 경우를 제외하면 기본 혈당 모니터 모델만 보장됩니다.			
내구성 의료 장비 및 보호대	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
편의를 위해 설계된 장비(예: 수영장, 온수 욕조, 에어컨, 사우나, 가습기, 제습기, 운동 기구)는 내구성 의료 장비의 정의에 부합하지 않으므로 당사에서 보장하지 않습니다. **보호대.** 귀하의 오용 또는 남용으로 인해 발생하는 수리 또는 교체 비용은 당사에서 보장하지 않습니다.			
체외 보청기 • 처방 보청기	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	3년당 1회의 구매

추가 서비스, 장비 및 장치	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
달팽이관 삽입물	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	플랜 연도당 1회
호스피스 케어 ● 입원환자	공제액을 적용한 후 0% 공동보험료	공제액을 적용한 후 0% 공동보험료	플랜 연도당 365일
호스피스 케어 ● 외래환자	공제액을 적용한 후 0% 공동보험료	공제액을 적용한 후 0% 공동보험료	가족 사별 상담을 위한 방문 5회
당사에서 보장하지 않는 항목: 장례 준비, 목회자/재정/법률 상담, 가사/간병/임시 간호.			
의료 보급품	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
처방이 불필요한 용품은 당사에서 보장하지 않습니다.			
보철 장치 ● 체외	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	하나의 팔 또는 다리에 플랜 연도당 1개의 보철 장치
합성 가발 소재에 알레르기가 있는 경우를 제외하면 인모 가발은 당사에서 보장하지 않습니다. 건강한 자연 치아에 대한 우발적 부상 또는 선천적 질환이나 이상으로 인해 필요한 경우를 제외하면 치아와 관련하여 사용되는 의치나 기타 장치는 당사에서 보장하지 않습니다. 안경 및 콘택트렌즈는 증서의 이 섹션에 따라 보장되지 않으며 이 증서의 소아 시력 관리 섹션에 따라만 보장됩니다. 제품 보증에 따라 보장되는 수리 또는 교체 비용과 귀하의 오용 또는 남용으로 인해 발생하는 수리 또는 교체 비용은 당사에서 보장하지 않습니다. 신발 깔창은 당사에서 보장하지 않습니다.			

추가 서비스, 장비 및 장치	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
보철 장치 ● 체내	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	[설명은 혜택 참조]
입원환자 서비스 및 시설	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
자가혈액은행	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
입원환자 병원의 지속적인 격리(유방절제술 관리, 심장 및 폐 재활, 임종 관리를 위한 입원환자 체류 포함)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
관찰 체류	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
전문간호시설(심장 및 폐 재활 포함)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	플랜 연도당 365일
입원환자 재활 서비스(물리치료, 언어치료, 작업치료)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	

추가 서비스, 장비 및 장치	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
입원환자 재활 서비스(물리치료, 언어치료, 작업치료)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	언어치료 및 물리치료는 입원 또는 수술 후에만 보장됨
정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**제한**
병원에 지속적으로 격리된 입원환자의 정신 건강 관리(거주형 치료 포함)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조
외래환자 정신 건강 관리(부분 입원 및 집중 외래환자 프로그램 서비스 포함) ● 진료실 방문	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	설명은 혜택 참조
외래환자 정신 건강 관리(부분 입원 및 집중 외래환자 프로그램 서비스 포함) ● 기타 모든 외래환자 서비스	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 0%	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	설명은 혜택 참조
병원에 지속적으로 격리된 입원환자의 약물 사용 서비스(거주형 치료 포함)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	설명은 혜택 참조

정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
외래환자 약물 사용 서비스(부분 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 지원 치료 포함) ● 진료실 방문	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$20 코페이 후 30% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	플랜 연도당 최대 20회의 가족 상담을 위한 방문
외래환자 약물 사용 서비스(부분 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 지원 치료 포함) ● 기타 모든 외래환자 서비스 - 오피오이드 치료 프로그램	전체 보장	공제액을 적용한 후 공동보험료 30%	
외래환자 약물 사용 서비스(부분 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 지원 치료 포함) ● 기타 모든 외래환자 서비스	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 0%	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	
자폐 스펙트럼 장애에 대한 ABA 치료	전체 보장	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	설명은 혜택 참조
자폐 스펙트럼 장애를 위한 보조 의사소통 장치	전체 보장	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	설명은 혜택 참조

제한 사항. New York 교육법(New York Education Law)의 개별화된 교육 계획에 따라 위에 명시된 서비스 또는 치료가 제공된 경우 당사에서 보장하지 않습니다. New York 공중 보건법(New York Public Health Law) 제2545조에 따른 개별화된 가족 서비스 계획, New York 교육법(New York Education Law) 제89조에 따른 개별화된 교육 계획, 또는 New York State Office for People With Developmental Disabilities 규정에 따른 개별화된 서비스 계획에 따라 서비스가 제공된 경우, 면허를 소유한 의사 또는 정신과 의사의 처방으로 교육 환경 외부에서 보충적으로 제공된 서비스는 이 증서에 따른 보장에 영향을 미치지 않습니다.			
성확정 지원			
의학적으로 필요한 수술, 호르몬 대체 요법, 상담 이 혜택에 관해 자격 및 의학적 필요성 요건 등 자세한 내용을 확인하려면 https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html에 방문하십시오. ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 문의하셔도 됩니다.	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용	적절한 서비스에 대해 비용 분담 적용	
성확정 지원 추가 서비스	**참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	**비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임**	
귀하의 보장 증서에 따라 보장되는 성확정 지원과 관련된 의학적으로 필요한 서비스 외에, 성별 불쾌감과 관련된 다음 추가 서비스도 당사에서 보장합니다. 여기 해당하는 추가 서비스는 다음과 같습니다.			
갑상선 축소 연골 성형술(기관 절제)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
유방 수술과 관련되지 않은 유두 재건	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
생식기 수술에 사용되는 피부 이외의 제모(예: 전기 분해, 레이저 제모)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	

성확정 지원 추가 서비스	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	
음성 및 의사소통 치료, 발성 교육	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	$15 코페이 후 40% 가입자 부담 공제액을 적용한 후	
가슴 압박복	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
안검성형(눈꺼풀 및 눈 주위 수술) 눈썹 거상술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
볼 삽입물 턱 삽입물 얼굴뼈 축소 또는 확대 이마 거상술 입술 확대 또는 축소	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
모발 이식	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
코 성형 또는 코 삽입물	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
주름 성형(안면 거상술, 안면 지방 흡입술, 목 주름 제거)	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	
음성 변형 수술, 후두 성형술	공제액을 적용한 후 공동보험료 15%	공제액을 적용한 후 공동보험료 40%	

처방약 *특정 처방약은 HRSA에서 지원하는 포괄적인 지침에 따라 제공되거나 해당 품목 또는 서비스가 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급을 받았고 참여 약국에서 구매된 경우 비용 분담을 적용하지 않습니다	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
약물 사용 장애를 치료하는 데 사용되는 보장 대상 처방약에는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 여기에는 오피오이드 금단 증상을 관리 및 안정화하기 위한 처방약과 오피오이드 과다복용을 회복하기 위한 처방약이 포함됩니다.			
플랜은 세 가지 유형군으로 설계되어 있습니다. 본인부담금은 일반적으로 1군 처방약에 대해 가장 적고, 3군 처방약에 대해 가장 많습니다. 2군 처방약에 대한 본인부담금은 일반적으로 1군보다 많지만 3군보다 적습니다.			
소매 약국 30일분 1군(복제약)	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
소매 약국 30일분 2군(처방집 상표)	$40 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
소매 약국 30일분 3군(처방집 상표 외)	$50 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조

처방약	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
우편 주문 약국 최대 90일 공급분 1군(복제약)	$37.50 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 전액 가입자 부담	설명은 혜택 참조
우편 주문 약국 최대 90일분 2군(처방집 상표)	$100 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 전액 가입자 부담	설명은 혜택 참조
우편 주문 약국 최대 90일분 3군(처방집 상표 외)	$125 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 전액 가입자 부담	설명은 혜택 참조
장관 영양제 1군(복제약)	$15 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
장관 영양제 2군(처방집 상표)	$40 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조
장관 영양제 3군(처방집 상표 외)	$50 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공동보험비 30% 공제액을 적용하지 않음	설명은 혜택 참조

제한 사항/보장 조건

1. 당사는 용납 가능한 의학적 기준 및/또는 FDA 권장 지침을 포함하여 의학적 필요성에 따라 특정 약물의 수량, 공급 일수, 조기 재조제 여부 및/또는 치료 기간을 제한할 권리를 보유합니다.
2. 당사에서 귀하가 처방약을 유해하거나 남용적인 방식으로 또는 유해한 빈도로 사용하고 있다고 판단하는 경우, 참여 약국의 선택폭이 제한될 수 있습니다. 이러한 상황이 발생하는 경우, 당사는 귀하에게 향후 모든 약국 서비스를 제공하고 조정할 참여 약국을 한 곳 선택하도록 요구할 수 있습니다. 선택한 참여 약국을 이용하는 경우에만 혜택이 지급됩니다. 당사에서 통지한 날로부터 31일 이내에 귀하가 약국을 선택하지 않을 경우, 당사에서 귀하를 대신하여 참여 약국을 한 곳 선택합니다.
3. 복합 처방약은 보장 대상인 적법한 처방약 성분이 최소 1종 이상 포함되고, 제조사의 처방약과 본질적으로 동일하지 않으며, 복합 처방이 승인된 약국에서 구입한 경우에만 보장됩니다.
4. 의약품이 적절히 사용되도록 하기 위해 때때로 각종 구체적이거나 일반적인 “사용 관리” 프로토콜이 적용됩니다. 이러한 프로토콜은 표준 의료/약물 치료 지침에 따릅니다. 프로토콜의 주요 목표는 회원들에게 품질 중심의 처방약 혜택을 제공하는 것입니다. 사용 관리 프로토콜이 실행되고 귀하가 프로토콜의 영향을 받는 약물을 복용하는 경우 사전에 통지해 드립니다.
5. 주사제(자가투여 주사제는 제외), 당뇨용 인슐린, 경구 혈당강하제, 당뇨병 용품 및 장비는 이 섹션에 따라 보장되지 않으나 이 증서의 다른 섹션에 따라 보장됩니다.
6. 처방약의 투여나 주사에 드는 비용은 당사에서 보장하지 않습니다. 의사의 진료실에서 제공 또는 투여되는 처방약은 이 증서의 외래환자 및 전문 서비스 섹션에 따라 보장됩니다.
7. 법적으로 처방이 필요하지 않은 약물은 금연용 약물, HRSA에서 지원하는 포괄적인 지침에 따라서나 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급을 받아서 제공되는 처방이 불필요한 약물 또는 장치, 이 본 증서에 달리 명시된 약물의 경우를 제외하면 당사에서 보장하지 않습니다. 약물 처방집에 보장 대상으로 명시된 경우를 제외하면, 처방이 불필요한 동등한 약물이 있는 처방약은 당사에서 보장하지 않습니다. 처방이 불필요한 동등한 약물이란 처방 없이 구입할 수 있으며 명칭 또는 화학적 실체가 처방약과 동일한 약물입니다. 치료 키트 또는 편의 팩과 같이 재포장된 제품은 보장 대상 처방약이 포함되어 있더라도 해당 처방약을 오직 치료 키트 또는 편의 팩의 일부로만 구매할 수 있는 경우를 제외하면 당사에서 보장하지 않습니다. 치료 키트 또는 편의 팩에는 하나 이상의 처방약이 포함되어 있으며 장갑, 손가락 골무, 위생 물티슈, 국부 연화제와 같은 처방이 불필요한 물품이 함께 포장되었을 수 있습니다.
8. 분실 또는 도난당했을 수 있는 처방약을 대체하기 위한 처방약은 당사에서 보장하지 않습니다.
9. 병원, 요양원, 기타 기관 및 시설에 있는 동안 또는 재택 건강 관리를 받는 동안 조제된 처방약은 귀하가 또는 귀하를 대신하여 병원, 요양원, 재택 건강 관리 기관, 재택 건강 관리 서비스 기관 또는 기타 기관에 지불한 금액에 약물 서비스가 포함되지 않는 경우를 제외하고 당사에서 보장하지 않습니다.
10. 당사는 표준 의료 관행에 반하는 방식으로 처방되거나 조제된 약물에 대해 의학적으로 필요하지 않거나 실험적 또는 시험적이라는 사유로 혜택을 거부할 권리를 보유합니다. 보장이 거부된 경우, 귀하는 본 증서의 이용 검토 및 외부 이의 제기 섹션에 설명된 대로 이의를 제기할 권리가 있습니다.
11. 약국은 약사의 전문적인 판단상 이행되지 말아야 할 처방전에 따라 조제할 필요가 없습니다.

웰니스 혜택	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임
운동 시설 환급	6개월당 최대 $200, 배우자의 경우 추가로 6개월당 최대 $100	

환급은 실제 운동 시설 방문에만 적용됩니다. 다음 비용은 당사에서 환급하지 않습니다.

- 테니스 클럽, 컨트리클럽, 체중 감량 클리닉, 스파 또는 이와 유사한 시설의 회원권,
- 종신 회원권,
- 시설에서 제공할 수 있는 장비, 의류, 비타민 또는 기타 서비스(예: 마사지 등),
- 임대료 또는 주택 소유자 협회비에 포함되어 있는 체육관 등의 편의 시설 서비스.

소아 치과 및 시력 관리	참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	비참여 제공자 회원의 비용 분담 책임	제한
소아 치과 진료 • 예방적 치과 진료	$35 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$35 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	6개월당 1회의 치과 검진 및 스케일링 36개월 간격의 전체 구강 엑스레이 또는 파노라마 엑스레이, 6개월 간격의 교익 엑스레이
소아 치과 진료 • 정기적 치과 진료	$100 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$100 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	
소아 치과 진료 • 주요 치과 진료(구강 수술, 근관치료, 치주과 및 보철물)	$250 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	$250 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	
소아 치과 진료 • 치열 교정 치열 교정 및 주요 치과 진료는 사전 승인 필요	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 50%	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 50%	

소아 시력 관리			
소아 시력 관리 • 검진	$20 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	12개월당 1회의 검진
소아 시력 관리 • 렌즈 및 안경테	$40 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	12개월당 1개의 렌즈 및 안경테 처방
소아 시력 관리 • 콘택트렌즈	$40 코페이 후 0% 가입자 부담 공제액을 적용하지 않음	공제액을 적용하지 않는 공동보험비 30%	

모든 네트워크 내 사전 승인을 요청할 책임은 참여 제공자에게 있습니다. 참여 제공자가 필요한 사전 승인을 얻지 못한 경우 귀하는 불이익을 받지 않습니다. 그러나 증서에 따라 보장되지 않는 서비스의 경우, 귀하에게 서비스 비용 전액을 부담할 책임이 있습니다.

기타 보장되는 서비스	
응급 의료 후송	공제액을 적용하지 않는 실제 비용의 공동보험비 0%
의료 송환	공제액을 적용하지 않는 실제 비용의 공동보험비 0%
입원한 가입자를 문병하기 위한 교통편	공제액을 적용하지 않는 실제 비용의 공동보험비 0%
미성년 자녀의 귀가	공제액을 적용하지 않는 실제 비용의 공동보험비 0%
시신 송환	공제액을 적용하지 않는 실제 비용의 공동보험비 0%

사고사 및 신체 절단 혜택

상실	**혜택 금액**
생명	$10,000
손 또는 발 2개 이상 상실	$10,000
손 또는 발 2개 이상 기능 상실	$10,000
양쪽 눈 시각 상실	$10,000
발화 기능과 양쪽 귀 청각 상실	$5,000
손 또는 발 1개와 한쪽 눈 시각 상실	$10,000
손 또는 발 1개 상실	$5,000
한쪽 눈 시각 상실	$5,000
발화 기능 상실	$2,500
양쪽 귀 청각 상실	$2,500
같은 손의 엄지와 검지 상실	$2,500
같은 손의 엄지 외 4개 손가락 전부 상실	$2,500
같은 발의 발가락 전부 상실	$2,500
엄지손가락 상실	$2,500

제외 사항

다음의 경우 증서에 따른 보장이 제공되지 않습니다.

비행.

정기 항공사가 운항하는 정기 항공편이나 전세 항공편에 요금을 내고 탑승하는 승객이 아닌 경우 비행으로 인해 발생하는 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

요양 및 간병.

휴식 치료, 간병, 간병을 위한 교통편과 관련된 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다. "간병"이란 이동, 식사, 환복, 목욕, 화장실 사용 및 이와 관련된 기타 활동에 대한 도움을 의미합니다. 의학적으로 필요하다고 판단되는 보장 대상 서비스는 간병에 포함되지 않습니다.

전환 치료.

전환 치료는 당사에서 보장하지 않습니다. 전환 치료란 정신 건강 전문가가 18세 미만 가입자의 성적 지향 또는 성 정체성을 바꾸고자 하는 모든 관행이며, 행동 또는 성적 표현을 바꾸거나, 같은 성에 대한 섹슈얼하거나 로맨틱한 끌림 또는 감정을 없애거나 줄이기 위한 노력을 포함합니다. 성별 확정을 진행하고자 하거나 성별 확정 과정 중에 있는 개인을 위한 상담이나 치료는 전환 치료에 포함되지 않습니다. 개인에 대한 수용, 지원, 이해 또는 개인의 대처, 사회적 지지, 정체성 탐색 및 개발을 촉진하는 일도 전환 치료에 포함되지 않으며, 성적 지향과 무관하게 위법 행위 또는 안전하지 않은 성적 행위를 예방하거나 해결하려는 목적의 개입은 해당 상담이나 치료가 성적 지향 또는 성 정체성을 바꾸려는 목적이 아닌 경우 이에 해당합니다.

미용 서비스.

달리 명시된 경우를 제외하면 미용 목적의 서비스, 처방약, 수술은 당사에서 보장하지 않습니다. 해당 부위의 외상, 감염, 질병으로 인한 수술에 부수적이거나 후속적인 재건 수술은 미용 목적의 수술에 포함되지 않으며, 보장 대상 자녀에게 기능 결손을 유발하는 선천적 질병 또는 이상으로 인한 재건 수술도 미용 목적의 수술에 포함되지 않습니다. 유방절제술 후 재건 수술과 관련된 서비스도 본 증서의 다른 부분에 명시된 대로 당사에서 보장합니다. 의학적으로 필요하다고 판단되는 수술은 미용 목적의 수술에 포함되지 않습니다. Unofficial New York Codes, Rules and Regulations 11편 56장에 명시된 시술(예: 특정 성형외과 및 피부과 시술)에 대한 청구가 의료 정보 없이 소급적으로 제출된 경우, 본 증서의 이용 검토 및 외부 이의 제기 섹션에 있는 이용 검토 절차가 적용되지 않습니다.

치과 서비스.

건전한 자연치아의 우발적 손상 후 12개월 내에 받지 않은 진료나 치료, 선천적 질병이나 이상으로 인해 필요한 치과 진료나 치료, 전문 서비스 및 외래환자 진료 섹션과 소아 치과 진료 섹션에 구체적으로 명시된 치과 진료나 치료를 제외한 치과 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

실험적 또는 시험적 치료.

실험적 또는 시험적인 모든 건강 관리 서비스, 시술, 치료, 장치, 처방약은 당사에서 보장하지 않습니다. 단, 당사의 서비스 거부가 주에서 인증한 외부 이의 제기 대리인에 의해 번복되는 경우, 귀하의 희귀 질환에 대한 치료 또는 임상 시험 참여에 따른 환자 비용을 포함하여 본 증서의 외래환자 및 전문 서비스 섹션에 설명된 대로 실험적 또는 시험적 치료를 당사에서 보장합니다. 단, 임상 시험의 경우 임상 시험용 약물 또는 장치 비용, 치료를 받는 데 필요한 건강 서비스 이외의 서비스, 연구 관리 비용, 시험적이지 않은 치료에 대한 이 증서에 따라 보장되지 않는 비용은 당사에서 보장하지 않습니다. 이의 제기 권리에 대한 자세한 설명은 이 증서의 이용 검토 및 외부 이의 제기 섹션을 참조하시기 바랍니다.

중범죄 가담.

귀하가 중범죄, 폭동, 반란에 가담하여 발생한 질병, 치료, 의료 상태는 당사에서 보장하지 않습니다. 가정 폭력 피해자가 입은 부상과 관련된 서비스나 귀하의 의료 상태(신체적, 정신적 건강 상태 모두 포함)의 결과로 인한 서비스의 보장에는 이 제외 사항이 적용되지 않습니다.

발 관리.

티눈, 굳은살, 평발, 후천성 평발, 약한 발, 만성적인 발 긴장 또는 발 통증과 관련된 일상적인 발 관리 비용은 당사에서 보장하지 않습니다. 단, 귀하에게 다리나 발의 혈액 순환 장애나 감각 저하를 유발하는 특정한 의료 상태나 질병이 있는 경우 발 관리 비용을 당사에서 보장합니다.

정부 시설.

연방, 주, 기타 정부 기관이 소유하거나 운영하는 병원에서 제공하는 진료나 치료는 법에 따라 달리 요구되지 않는 한 해당 병원이 귀하가 부상을 입었거나 병에 걸린 장소와 가까웠으며 귀하의 응급 상황을 치료하기 위해 응급 서비스가 제공된 경우를 제외하면 당사에서 보장하지 않습니다.

의학적 필요.

일반적으로 당사에서 의학적으로 필요하지 않다고 판단하는 모든 건강 관리 서비스, 시술, 치료, 검사, 장치, 처방약은 당사에서 보장하지 않습니다. 단, 주에서 인증한 외부 이의 제기 대리인이 당사의 거부를 번복하는 경우, 보장이 거부된 서비스, 시술, 치료, 검사, 장치, 처방약을 본 증서의 조건에 따라 달리 보장되는 범위까지 당사에서 보장합니다.

Medicare 또는 기타 정부 프로그램.

연방 Medicare 프로그램이나 기타 정부 프로그램에 따라(Medicaid 제외) 혜택을 제공하는 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다. 귀하에게 Medicare 자격이 있는 경우, 당사는 해당 서비스에 대해 Medicare에서 지불했을 금액만큼 혜택을 감산합니다. 법에 따라 달리 요구되지 않는 한, 귀하가 Medicare에 등록하지 않거나 Medicare 보험료를 지불하지 않더라도 해당 감액은 적용됩니다. 연방법에 따라 당사에서 우선 지불하도록 요구되는 경우나 귀하에게 보험료가 없는 Medicare Part A에 가입할 자격이 없는 경우에는 보장 대상 서비스에 대한 혜택이 감산되지 않습니다.

군 복무.

군대 또는 후방 복무로 인한 질병, 치료, 의료 상태는 당사에서 보장하지 않습니다.

무과실 자동차 보험.

손실이나 손실의 일부에 대하여 의무적인 자동차 무과실 혜택으로 회수되거나 회수 가능한 범위 내에서는 당사에서 보장하지 않습니다. 이 제외 사항은 귀하가 의무적 무과실 보험에 따라 받을 수 있는 혜택을 적절하게 또는 적시에 청구하지 않는 경우에도 적용됩니다.

명시되지 않은 서비스.

이 증서에서 보장된다고 명시되지 않은 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

가족 구성원이 제공하는 서비스.

보장 대상자의 직계 가족이 수행한 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다. “직계 가족”이란 자녀, 양자, 배우자, 부모, 양부모, 형제, 의붓형제, 배우자의 부모, 자녀의 배우자, 배우자의 형제, 형제의 배우자, 조부모, 조부모의 배우자, 손자, 손자의 배우자를 의미합니다.

병원 직원이 별도로 청구하는 서비스.

병원, 실험실, 기타 기관의 직원이 제공하고 별도로 청구하는 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

무료 서비스.

일반적으로 요금이 청구되지 않는 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

시력 서비스.

본 증서의 소아 시력 관리 섹션에 구체적으로 명시된 경우를 제외하면 안경이나 콘택트렌즈의 맞춤 제작 또는 검사는 당사에서 보장하지 않습니다.

전쟁.

선포되었거나 선포되지 않은 전쟁으로 인한 질병, 치료, 의료 상태는 당사에서 보장하지 않습니다.

산재 보험.

산재 보험, 고용주 책임, 직업병에 관한 주 또는 연방 법에 따라 서비스에 대한 혜택이 제공되는 경우 해당 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.

The New School Student Health Insurance 플랜은 Aetna Life Insurance Company에서 보증합니다.
Aetna Student Health℠는 Aetna Life Insurance Company와 그 계열사(Aetna)가 제공하는 상품 및 서비스의 상표명입니다.

제재 국가

이 보험 증서에서 제공되는 보장 범위가 경제 또는 무역 제재를 위반하거나 앞으로 위반할 경우, 보장은 즉시 무효로 간주됩니다. 예를 들어, 금융 제재 규정을 위반할 경우 Aetna는 건강 의료나 기타 클레임 또는 서비스에 대해 지급할 수 없습니다. 여기에는 Office of Foreign Assets Control의 서면 허가에 따라 허용되지 않는 한, 금지된 개인 또는 미국의 제재를 받는 국가와 관련된 제재가 포함됩니다. 자세한 내용은 http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx를 참조하십시오.

보조 기술

보조 기술을 사용 중인 사람은 다음 정보를 온전히 이용할 수 없을 수도 있습니다. 도움이 필요하시면 1-877-480-4161번으로 연락해 주십시오.

스마트폰 또는 태블릿

스마트폰이나 태블릿에서 문서를 보려면 무료 WinZip 앱이 있어야 합니다. 이 앱은 앱 스토어에서 다운로드할 수 있습니다.

차별 금지

Aetna는 포용적인 건강보험사가 되기 위해 최선을 다하고 있습니다. Aetna는 혈통, 인종, 민족, 피부색, 종교, 성별/성(임신 포함), 국적, 성적 지향, 성 정체성 또는 표현, 신체 또는 정신적인 장애의 유무, 의료 상태, 나이, 병역 상태, 군인 신분, 결혼 여부, 유전적 정보, 시민권 여부, 실직 상태, 정당 소속 또는 해당 연방법, 주법 또는 지방 법률에 의해 금지된 기타 근거 또는 특징에 근거하여 차별하지 않습니다.

Aetna는 장애를 가진 분들에게 무료 지원 및 서비스를 제공하며, 모국어가 영어가 아닌 분들에게는 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 지원 및 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 공인 언어 통역사
- 다른 형식의 서면 정보(대형 활자 인쇄물, 오디오, 장애인 전용 전자 형식, 기타 형식)
- 공인 통역사
- 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면 ID 카드에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 아직 Aetna에 가입하지 않으셨나요? 1-877-480-4161번으로 연락해 주십시오.

당사의 차별 금지 정책에 대해 궁금한 점이 있거나 논의하고 싶은 차별 관련 우려 사항이 있는 경우 1-877-480-4161로 연락하시기 바랍니다.

Aetna는 관련 연방 및 주 법률에 따라 건강 서비스를 보장합니다. 모든 건강 서비스가 보장되는 것은 아닙니다. 혜택, 제외 사항, 제한 사항, 보장 조건에 관한 전체 설명은 플랜 문서를 확인해 주십시오.

언어 접근성 고지

통역 서비스가 무료로 제공됩니다.

Attention: If you speak English, language assistance service, free of charge, are available to you. Call **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Español/Spanish

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amharic

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፥ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-877-480-4161** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (**1-877-480-4161**رقم الهاتف النصي.(**711** :

Bàsɔ̀ɔ̀ Wùɖù/Bassa

Dè dɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ dyi Bàsɔ̀ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀ jǔ ní, nìí à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ́ m̀ gbo kpáa. Ɖá **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

中文/Chinese

注意：如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-877-480-4161** (TTY: **711**)。

فارسی /Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره (TTY: **711**) **1-877-480-4161** تماس بگیرید .

Français/French

Attention: Si vous parlez français, vous pouvez disposer d’une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

ગુજરાતી/Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịịrị gị. Kpọọ **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

한국어/Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다.
1-877-480-4161(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portuguese

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-877-480-4161** (TTY: **711**). Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

Русский/Russian

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Tagalog

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

/Urduاردو

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں ۔ (TTY: **711**) **1-877-480-4161** پر کال کریں.

Tiếng Việt/Vietnamese

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọ́wọ́ lórí èdè, lófẹ̀ẹ́, wà fún ọ. Pe **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Aetna는 Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care 플랜 및 그 제휴사(Aetna)를 포함한 하나 이상의 Aetna 그룹 자회사에서 제공하는 상품 및 서비스에 사용되는 상표명입니다.