



Aetna 학생 건강
보험 플랜 설계 및 혜택 요약
Open Choice PPO



Fuller Theological Seminary - 국내

보험 연도: 2023~2024
보험 증서 번호: 686219
<https://www.aetnastudenthealth.com>
(877) 480-4161



이 문서는 학생 건강 플랜에 대한 간략한 설명입니다. 이 플랜은 Fuller Theological Seminary 의 국내 학생 및 자격이 되는 부양가족이 이용할 수 있습니다. 이 플랜은 Aetna Life Insurance Company(Aetna)가 보장합니다. 이 보험에 적용되는 정의를 포함한 정확한 조항은 귀하에게 발행된 증명서에 포함되어 있으며, <https://www.aetnastudenthealth.com> 에서 온라인으로 확인할 수 있습니다. 이 플랜 요약서와 증명서 간에 차이가 있을 경우, 증명서가 우선합니다.

가입 자격

남부 캘리포니아의 모든 유자격 등록 박사과정 학생 또는 패서디나(Pasadena) 캠퍼스에서 필수학점을 이수하고 있는 심리학 대학원생은 비교할 만한 보험이 있다는 입증을 하지(보험면제신청서 작성을 통해) 않는 한, 이 보험 플랜에 자동으로 가입됩니다. 학생 건강보험 플랜이 면제되지 않으면, 학생은 자동으로 이 플랜에 가입됩니다.

필수 학점 수업을 이수하는, 다른 자격을 갖춘 모든 등록 학생은 이 보험 플랜에 가입할 수 있습니다.

보장 적용 날짜 및 요율

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

	가을	겨울	봄	여름
보장 시작일	2023 년 9 월 20 일	2023 년 12 월 20 일	2024 년 3 월 20 일	2024 년 6 월 20 일
보장 종료일	2023 년 12 월 19 일	2024 년 3 월 19 일	2024 년 6 월 19 일	2024 년 9 월 19 일
학생	\$1,187.75	\$1,187.75	\$1,187.75	\$1,187.75

가입 면제는 다음 날짜까지 제출해야 함

가을 - 2023 년 9 월 30 일

겨울 - 2024 년 1 월 5 일

봄 - 2024 년 3 월 29 일

여름 - 2024 년 6 월 21 일

가입

온라인으로 학생 가입을 진행하려면 본인의 Fuller.edu 학생 계정으로 로그인하십시오. 현재 학생 (Current Students) 홈페이지로 이동하여 수업 등록 모듈(Register for Classes Module)을 클릭한 다음 STEP 4(단계 4)를 완료하십시오. 가입일 이후 가입에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 학생 건강보험과 shi@fuller.edu로 연락하시기 바랍니다.

Medicare 가입 자격 공지

이 학생 플랜에 가입하는 시점에 Medicare 를 가지고 있는 경우에는 학생 건강 플랜에 가입할 자격이 없습니다. 이 플랜은 Medicare 수혜자에게 보장을 제공하지 않습니다.

해지 및 환불

수업 등록 철회 - 장기 휴학

학교에서 승인한 휴학 기간에 수강을 철회하는 경우 납부분에 대한 보장 기간이 종료될 때까지 보험은 효력을 유지하며, 보험료는 환불되지 않습니다.

수업 등록 철회 - 장기 휴학 외의 휴학

개강일로부터 31 일* 이내에 학교에서 승인한 휴학 이외에 수강을 철회하는 경우, 보장 대상에서 제외되며, 귀하의 보험은 소급하여 종료되며 수령되었던 모든 보험료는 환불됩니다. 수업 시작일로부터 31 일 이후에 수강을 철회하면, 보험료 납부분에 대한 보장 기간이 종료될 때까지 보장은 효력을 유지하며, 보험료는 환불되지 않습니다. 모든 국가의 군대에 입대하기 위해 수강을 철회하는 경우, 해당국 입국 발효일로부터 보장이 종료되며 수강 철회 후 90 일 이내에 신청서를 제출하면 보험료를 일할 계산하여 환불합니다.

네트워크 소속 공급자 네트워크

Aetna Student Health 는 Aetna 의 광범위한 네트워크 소속 공급자 네트워크를 제안합니다. 네트워크 소속 공급자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다. Aetna 가 네트워크 소속 공급자와 특별 단가를 협상하였으며, 플랜의 혜택도 더 우수하기 때문입니다.

이 플랜 하에서 보장되는 진료는 필요하지만, 네트워크 소속 제공자로부터는 받을 수 없는 경우, 가입자 서비스 센터에 ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화번호로 문의하십시오. 이러한 상황에서, Aetna 는 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있도록 사전에 승인할 수 있습니다. Aetna 로부터 사전 승인을 받은 경우 혜택 수준은 네트워크 내 제공자와 동일합니다.

사전 확인

일부 보장 의료 서비스에 대해서는 당사의 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인은 사전 확인이라고도 합니다. 귀하의 네트워크 소속 의사는 귀하가 진료를 받기 전에 필요한 사전 확인을 받을 책임이 있습니다. 네트워크 비소속 공급자를 방문할 때 사전 확인 목록에 있는 서비스 및 용품에 대해 당사로부터 사전 확인을 받는 것은 귀하의 책임입니다. 사전 확인이 필요하지만 받지 않은 경우, 사전 확인되지 않은 각 유형의 보장 의료 서비스에 대해 \$500의 위약금이 부과됩니다. 사전 확인이 필요한 건강 서비스 또는 처방약의 최신 목록을 보려면 가입자 서비스 센터에 문의하거나 <https://www.aetnastudenthealth.com>을 참조하십시오.

사전 확인 전화 요청

사전 확인은 아래 명시된 기간 내에 받아야 합니다. 사전 확인을 받으려면 ID 카드에 나와 있는 무료 전화번호로 가입자 서비스 센터에 연락해 주십시오. 전화 요청은 다음과 같이 이루어져야 합니다.

비응급 입원:	귀하, 귀하의 의사 또는 시설에서 귀하의 입원 예정일 최소 14 일 전에 전화로 사전 확인을 요청해야 합니다.
응급 입원:	귀하, 귀하의 의사 또는 시설에서 귀하의 입원 후 48 시간 이내 또는 합리적으로 가능한 한 빨리 전화해야 합니다.
긴급 입원:	귀하, 귀하의 의사 또는 시설에서 귀하가 입원 일정을 잡기 전에 전화해야 합니다. 긴급 입원은 질병의 발병이나 변화, 질병의 진단 또는 부상으로 인해 의사가 입원시키는 것입니다.
사전 확인이 필요한 외래 환자 비응급 서비스:	귀하 또는 귀하의 의사는 외래 진료 제공되거나 치료 또는 절차가 예정되기 최소 14 일 전에 전화해야 합니다.

주 법률에서 요구하는 경우 당사는 귀하와 귀하의 의사에게 사전 확인 결정에 대한 서면 통지를 제공할 것입니다. 사전 확인된 서비스가 승인된 경우, 귀하가 플랜에 가입되어 있는 한 승인은 30일 동안 유효합니다.

혜택 조율(Coordination of Benefits, COB)

2 개 이상의 건강 플랜에서 건강보험 보장을 받는 사람들도 있습니다. 귀하가 이에 해당하는 경우, 당사는 귀하의 다른 플랜과 협력하여 각 플랜이 지불하는 금액을 결정할 것입니다. 이것을 혜택 조율(COB)이라고 합니다. 혜택 조율에 대한 전체 설명은 귀하에게 발급된 증서에 포함되어 있습니다.

혜택 설명

일부 서비스의 경우 플랜의 보장 대상에서 제외되며, 플랜 부담 금액에 제한이 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> 을 참조하십시오.

이 플랜은 적용 가능한 캘리포니아 보험법에 따라 혜택을 지급합니다.

	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
보험 연도 공제액		
이 플랜의 혜택을 받기 전에 귀하는 먼저 보험 연도 공제액을 충족해야 합니다.		
학생	보험 연도당 \$750	보험 연도당 \$1,500
보험 연도 공제액 면제		
보험 연도 공제액은 다음의 모든 보장 의료 서비스에 대해 면제됩니다. <ul style="list-style-type: none"> 예방 의료 및 건강 관리, 소아 치과 서비스, 소아 시력 서비스 및 외래 환자 처방약을 위한 네트워크 소속 진료 신생아 보육 건강을 위한 네트워크 소속 진료 및 네트워크 비소속 진료 		
개인		
플랜이 보장대상 의료 서비스에 대해 지급을 시작하기 전에 각 보험연도에 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 보장대상 의료서비스에 대해 가입자가 내야 할 금액입니다. 보장대상 의료서비스에 대해 가입자가 지급하는 금액이 보험연도 공제액에 도달한 후, 이 플랜은 보험연도의 나머지 기간에 대해 보장대상 의료서비스에 대한 지급을 시작합니다.		
본인 부담 최대한도		
	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
학생	보험 연도당 \$5,000	보험 연도당 \$10,000

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
정기 건강 검진		
의사의 진료실에서 검진	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
보험 연도당 최대 연령 및 방문 횟수 제한(만 21 세까지)	미국 소아과 학회(American Academy of Pediatrics)가 지지하는 포괄적인 지침/건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration) 산하 Bright Futures 의 아동 및 청소년 지침에 명시된 나이 및 방문 제한이 적용됨.	
만 22 세 이상의 보장 대상자: 보험 연도당 최대 방문 횟수	1 회	
예방 의료 접종		
시설 혹은 의사의 진료실에서 접종	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
최대 한도	질병 통제 예방 센터(Centers for Disease Control and Prevention)의 예방 접종 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices)에서 지원하는 포괄적인 지침에 명시된 나이 제한이 적용됨	
정기 부인과 검사(자궁 경부암 검사 및 세포 검사 포함)		
의사, 산과 의사(OB), 부인과 의사(GYN) 또는 산부인과 의사(OB/GYN) 진료실에서 실행	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
보험 연도당 최대 방문 횟수	1 회	
예방 검사 및 상담 서비스		
비만 및/또는 건강한 식생활 상담, 알코올 및 약물 남용, 담배 제품, 우울증 검사, 성병 감염 상담, 유방암 및 난소암의 유전적 위험 요인 상담을 위한 예방 검사 및 상담 서비스	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
스트레스 관리 상담 진료실 방문	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
만성 질환 상담 진료실 방문	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
정기 암 검사	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
최대 한도:	아래의 최신 내용에 명시된 바와 같은 나이, 가족력, 빈도 지침이 적용됨 <ul style="list-style-type: none"> 미국 예방 의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force)의 현재 권장 사항에서 사실상 A 또는 B 등급을 받은 증거 기반 항목 건강 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration)에서 지원하는 포괄적인 지침 	
폐암 검사 최대 한도	12 개월마다 선별 검사 1 회*	
산전 및 산후 영양 서비스 - 예방 의료 서비스만 해당(캘리포니아 산전 선별 검사 프로그램 참여 포함)	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
수유 지원 및 상담 서비스	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
유축기 용품 및 부속품	품목당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
가족 계획 서비스 - 여성 피임		
여성 피임 상담 서비스 진료실 방문	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
진료실 방문 중 공급자가 제공, 투여 또는 제거하는 여성 피임 처방약 및 기구 각 30 일 복용량 또는 12 개월 복용량에 대하여	품목당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
여성 자발적 불임 시술 - 입원 환자 및 외래 환자 공급자 서비스	협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> FDA의 "심의"만 받고 "승인"은 받지 않은 피임법 		
의사 및 기타 의료 전문가		
의사, 컨설턴트를 포함한 전문의 진료소 방문(의사 및 전문의에 의한 비수술적/비예방적 진료)(원격 의료 상담 포함)	코페이먼트 \$25 지불 후, 플랜이 방문당 협상 요금 잔액의 100% 부담	방문당 인정 금액의 50%
알레르기 검사 및 치료		
의사 또는 전문의 진료실에서 받은 알레르기 검사	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
의사의 진찰 시 의사 또는 전문의 진료실에서 받은 알레르기 주사 치료	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
의사 또는 전문의 진료실에서 주사로 투여하는 알레르기 혈청 및 추출물	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
의사 및 전문의 수술 서비스		
병원 또는 출산 센터에 입원한 동안 외과 의사 수행한 입원 환자 수술 (마취과 의사 및 수술 보조원 비용 포함)	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> 수술 의사를 돕는 다른 의사의 서비스 병원 입원 (병원 입원은 '적격 의료 서비스 및 제외 사항 - 병원 및 기타 시설 진료' 섹션에서 보장됨) 다른 의사의 국소 마취제 투여 서비스 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
외과 의사가 의사 또는 전문의 진료실, 병원 또는 수술 센터의 외래 환자 부서에서 수행하는 외래 수술(마취과 의사 및 수술 보조원 비용 포함)	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 수술 의사를 돕는 다른 의사의 서비스 병원 입원 (병원 입원은 '적격 의료 서비스 및 제외 사항- 병원 및 기타 시설 진료' 섹션에서 보장됨) 의사의 진료실에서 수행하는 수술에 대한 별도의 시설 비용 다른 의사의 국소 마취제 투여 서비스 		
의사 진료실 방문 외 기타 의료 서비스		
예약 없이(walk-in) 클리닉 방문 (비응급 방문)	코페이먼트 \$25 지불 후, 플랜이 방문당 협상 요금 잔액의 100% 부담	방문당 인정 금액의 50%
병원 및 기타 시설 치료		
입원 환자 병원(병실 및 식사), 기타 서비스 및 용품	입원당 80%(협상 요금)	입원당 인정 금액의 50%
출산 센터 시설 비용 포함		
입원 전 검사	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
병원 내 비외과적 의사 서비스	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
병원 입원 외 기타 의료 서비스		
병원 또는 수술 센터의 외래 환자 부서에서 수행되는 외래 수술(시설 비용)	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 수술 의사를 돕는 다른 의사의 서비스 병원 입원(이 섹션의 <i>병원 진료- 시설 비용</i> 혜택 참조) 의사의 진료실에서 수행하는 수술에 대한 별도의 시설 비용 다른 의사의 국소 마취제 투여 서비스 		
가정 방문 간호 관리	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 가정 밖에서 제공되는 간호 및 가정 간호 보조 서비스 또는 치료 지원 서비스(예: 학교, 휴가, 직장 또는 레크리에이션 활동과 연계) 교통편 제공 가족 구성원 또는 보호자가 없을 때 미성년자 또는 성인 부양가족에게 제공되는 서비스 또는 용품 가정 봉사원 또는 가사 도우미 서비스 식품 또는 자택 배달 서비스 유지 관리 요법 		
호스피스 - 입원 환자	입원당 80%(협상 요금)	입원당 인정 금액의 50%
호스피스 - 외래 환자	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 장례 준비 • 재산 계획 및 유언장 작성을 비롯한 재정 또는 법률 상담 • 다음 경우를 비롯한 귀하의 의료와 전적으로 관련이 없는 가정 봉사원 또는 간병인 서비스: <ul style="list-style-type: none"> - 귀하 또는 다른 가족 구성원을 위한 간병인 또는 동반자 서비스 - 교통편 제공 - 주택 유지 관리 		
전문 간호 시설 - 입원환자	입원당 80%(협상 요금)	입원당 인정 금액의 50%
병원 응급실	코페이먼트 \$150 지불 후 플랜에서 방문당 협상 금액 잔액의 100% 부담	네트워크 소속 보장과 동일하게 지불
병원의 응급실에서 받는 비용급 서비스	보장되지 않음	보장되지 않음
<p>중요 공지:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 네트워크 비소속 공급자는 당사와 계약을 맺지 않았으므로 귀하의 비용 분담분(코페이먼트/공동보험비)을 전액 지불금으로 수락하지 않을 수 있습니다. 귀하는 공급자가 청구한 금액과 이 플랜이 지불한 금액의 차액에 대한 청구서를 받을 수도 있습니다. 공급자가 귀하의 비용 분담분을 초과하는 금액을 청구하는 경우 귀하에게는 그 금액을 지불할 책임이 없습니다. 귀하는 청구서를 ID 카드 뒷면에 기재된 주소로 보내야 하며, 해당 금액에 대한 공급자와의 지불 분쟁은 당사에서 해결할 것입니다. 청구서에 ID 카드 번호가 있는지 확인해 주십시오. • 응급실을 방문할 때마다 각각 별도의 병원 응급실 코페이먼트/공동보험비가 적용됩니다. 응급실 방문 직후 입원 환자로 입원하면 응급실 코페이먼트/공동보험비가 면제되고 입원 환자 코페이먼트/공동보험비가 적용됩니다. • 병원 응급실 코페이먼트/공동보험비에 적용되는 보장 혜택은 플랜에 따른 다른 코페이먼트/공동보험비에 적용될 수 없습니다. 마찬가지로, 플랜의 다른 보장 혜택에 적용되는 코페이먼트/공동보험비는 병원 응급실 코페이먼트/공동보험비에 적용될 수 없습니다. • 병원 응급실에서 제공되는 서비스 중 병원 응급실 혜택의 일부가 아닌 서비스에 대해서는 별도의 코페이먼트/공동보험비가 적용될 수 있습니다. 이러한 코페이먼트/공동보험비는 병원 응급실 코페이먼트/공동보험비와 다를 수 있습니다. 코페이먼트/공동보험비는 귀하에게 제공된 특정 서비스를 기반으로 합니다. • 병원 응급실에서 제공되었지만 병원 응급실 혜택의 일부가 아닌 서비스에 대해서는 코페이먼트/공동보험비가 적용될 수 있습니다. 		
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원의 응급실, 독립 응급 의료시설, 또는 유사 응급시설에서 받는 비용급 서비스 		
긴급 진료	코페이먼트 \$25 지불 후, 플랜이 방문당 협상 요금 잔액의 100% 부담	방문당 인정 금액의 50%
긴급하지 않은 긴급의료 제공자 사용	보장되지 않음	보장되지 않음
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 긴급 진료 시설(병원 외 독립 시설)에서의 비 긴급 진료 		
<p>소아 치과 치료(보장 대상자가 만 19 세가 되는 달의 말일까지로 한정됨)</p>		
A 형 서비스	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않음	방문당 인정 금액의 50%
B 형 서비스	방문당 협상 금액의 100%	방문당 인정 금액의 50%

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
	코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않음	
C 형 서비스	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않음	방문당 인정 금액의 50%
치열 교정 서비스	방문당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않음	방문당 인정 금액의 50%
치과 응급 서비스	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨

소아 치과 치료 제외 사항

다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.

- 비동기식 치과 치료
- 다음을 포함하는 미용 서비스 및 용품
 - 성형 수술, 재건 수술, 미용 수술, 의치의 개인화 또는 특성화 또는 외모 개선이나 향상을 위한 기타 서비스 및 용품
 - 심리적 또는 정서적 이유와 관계없이 치아를 보호, 세척, 미백 또는 외모 변형을 위한 확대 및 전정 성형 및 기타 물질
 - 어금니 크라운과 폰틱의 페이싱(표면처리)은 항상 미용으로 간주됩니다
- 다음의 경우를 제외하고, 크라운, 인레이, 온레이 및 베니어
 - 충치 또는 외상성 부상에 대한 치료이고 해당 치아가 충전재로 복원될 수 없는 경우
 - 해당 치아가 부분 의치 또는 고정성 브리지의 지대주인 경우
- 치과용 임플란트(의학적으로 필요하지 않은), 마우스가드 및 치아를 보호, 교체 또는 재배치하는 기타 장치
- 다음을 위해 사용된 의치, 크라운, 인레이, 온레이, 브리지 또는 기타 기기나 서비스:
 - 부목용
 - 수직 치수 변경
 - 폐색 복원
 - 소모, 마모, 수축 또는 침식 교정
- 측두 하악 관절 기능 장애(TMJ) 및 두개 하악 관절 기능 장애(CMJ) 치료, 악교정 수술, 부정 교합 치료 또는 교합이나 정렬을 변경하기 위한 장치를 포함하여 턱관절 장애의 치료 및 턱의 교합이나 정렬 또는 동작을 변경하는 치료(보장 의료 서비스 및 제외 사항- 특정 조건 섹션에서 보장되는 경우는 예외)
- 보장이 구체적으로 명시되어 있고 다른 보장 의료 서비스와 관련하여 수행되는 경우를 제외한 전신 마취 및 정맥 진정제
- 치열 교정 치료를 위한 우편 주문 및 가정용 키트
- 치열 교정 치료(이 섹션에서 보장되는 경우 제외)
- 고가의 귀금속(금)으로 만든 가공치, 크라운, 구조물 또는 가공된 복원물
- 처방받은 약
- 일반적인 전체 치아 수(32 개)를 초과하는 치아 교체
- 다음의 서비스 및 용품:
 - 보장되는 예방 서비스를 제외한 병리, 기능 장애 또는 질병의 증거 없이 이루어진 경우
 - 공급자를 포함하여 귀하 또는 다른 사람의 편의를 위해 제공된 경우
 - 귀하의 보험 증서에서 보장되지 않는 치료 또는 의료와 관련하여 제공된 경우
- 의료적으로 필요한 경우를 제외하고, 치열 교정 목적만으로 매복 사랑니를 제거하는 수술
- 치과 공급자 이외의 다른 사람에 의한 치료

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
당뇨병 서비스 및 용품(장비 및 교육 포함)	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
족부(발 관리) 치료 의사 및 전문의 비정기 발 관리 치료	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음 목적을 위한 서비스 및 용품: <ul style="list-style-type: none"> - 굳은살, 건막류, 발톱, 평발, 추상족지, 평발의 치료 - 약한 발, 만성 발 통증 또는 일상적인 활동(걷기, 달리기, 작업하기 또는 신발 착용하기 등)으로 인한 상태의 치료 - 용품(정형외과 신발 포함), 발 보장구, 아치 지지대, 신발 깔창, 발목 보호대, 가드, 보호대, 크림, 연고 및 기타 장비, 장치 및 용품 - 발에 질병이나 부상이 없는 경우의 발톱, 티눈, 굳은살 제거와 같은 일상적인 발 관리 서비스 		
매복 사랑니	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
정상적인 자연 치아의 우발적 손상	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치아 관리, 충치 치료, 발치 또는 교체 및 치아의 질병 치료 • 잇몸 관련 치과 서비스 • 치근 절제술(치아 뿌리 절제술) • 치열 교정 • 근관 치료 • 연조직 매복 • 매복치 • 치조골 절제 • 치근막염의 보장 및 전정 성형 치료 • 의치 • 치아 임플란트 보철물 복원 • 치아 임플란트 		
측두 하악 관절 기능 장애(TMJ) 및 두개 하악 관절 기능 장애(CMJ) 치료	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치아 임플란트 		
혈액 및 체액 노출	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 이와 같은 임상 관련 손상으로부터 오는 질병의 치료를 위해 제공되는 서비스와 용품은 학생보험 내 다른 곳에서 보장됩니다. 		
임상 시험 (정규 환자 비용)	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 임상 시험용으로만 필요한 데이터 수집 및 기록 보관과 관련된 서비스 및 용품(예: 프로토콜 유발 비용) • 시험 스폰서가 귀하에게 무료로 제공하는 서비스 및 용품 • 실험적 중재 자체(의학적으로 필요한 카테고리 B 시험적 장치 및 Aetna의 클레임 정책에 따라 특정 임상 시험에서 말기 질환에 대한 유망한 실험 및 시험 목적 중재는 예외) 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
피부과 치료	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> • 미용 치료 및 시술 		
고도 비만 수술 및 서비스	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
비만 수술 - 교통 및 숙박		
각 왕복 이동에 대한 교통비로 지급할 수 있는 최대 급여 - 3 회의 왕복 교통 보장(수술 전 방문, 수술, 후속 방문에 대해 각 1 회)	\$130	\$130
각 왕복 이동을 위한 각 동행인 교통비로 지급할 수 있는 최대 급여 - 2 회의 왕복 교통 보장(수술, 후속 방문에 대해 각 1 회)	\$130	\$130
수술 전 방문과 후속 방문을 위한 환자 및 동행인 숙박비로 지급할 수 있는 최대 급여	최대 2 일에 대해 하루당 \$100	최대 2 일에 대해 하루당 \$100
수술 입원에 대해 동행인당 숙박비로 지급할 수 있는 최대 급여	최대 4 일에 대해 하루당 \$100	최대 4 일에 대해 하루당 \$100
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> • 체중 감소 또는 증가, 체중 조절 또는 병적 비만 등의 비만 치료를 위한 체중 관리 치료 또는 체중 관리 약품 (비만 선별 검사 및 체중 관리 중재를 위한 예방 서비스 등, 위에서, 그리고 '적격 건강서비스 및 제외사항- 예방 진료 및 웰니스' 섹션에서 설명된 내용은 예외로 함). 이는 다른 의학적 상태의 존재 여부와 관계가 없습니다. 예를 들면 다음과 같습니다. <ul style="list-style-type: none"> - 의약품, 각성제, 준비제, 식품 또는 다이어트 보조제, 식이 요법 및 보조제, 식품 보조제, 식욕 억제제 및 기타 약물 - 최면 또는 기타 형태의 치료 - 운동 프로그램, 운동 기구, 헬스클럽 또는 피트니스 클럽 회원권, 레크리에이션 요법 또는 기타 형태의 활동 또는 활동 강화 		
예방 진료로 간주되지 않는 산모 진료(병원 또는 출산 센터에서의 분만 및 산후 관리 포함)	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> • 가정 또는 분만 허가를 받지 않은 기타 장소에서 발생한 출산과 관련된 모든 서비스 및 용품 		
병원 또는 출산 센터에서의 신생아 건강 보육	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%
	보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보험 연도 공제액이 적용되지 않음
가족 계획 서비스 - 기타		
남성 자발적 불임 시술-수술 서비스	협상 금액의 80%	인정 금액의 50%

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
낙태		
입원 환자 의사 또는 전문의 수술 서비스	협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	인정 금액의 50%
외래 환자 의사 또는 전문의 수술 서비스	협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 관련 사후 진료를 포함한 자발적 불임 시술의 복원 		
성전환 관련 치료		
수술, 호르몬 대체 요법 및 상담 치료	행동건강 섹션에 따라 보장됨	행동건강 섹션에 따라 보장됨
정신 건강 및 약물 남용 치료 다른 질병과 동일한 계약 조건으로 제공되는 보장.		
입원 환자 병원 (병실 및 식사, 기타 병원 서비스 및 용품)	입원당 80%(협상 요금)	입원당 인정 금액의 50%
외래 환자 진료소 방문 (원격 의료 상담 포함)	코페이먼트 \$25 지불 후, 플랜이 방문당 협상 요금 잔액의 100% 부담	방문당 인정 금액의 50%
기타 외래환자 치료(가정 내 전문 행동 건강 서비스 포함)	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장(IOE 시설)*	네트워크 비소속 보장 (Aetna 네트워크 소속이지만 IOE 공급자가 아닌 공급자 포함)
이식 서비스		
입원 및 외래 환자 이식 시설 서비스	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
입원 및 외래 환자 이식 의사 및 전문의 서비스	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
이식 서비스 - 이동 및 임시 숙소	보장됨	보장됨
2 회 연속 이식 포함, 1 회의 이식 수술에 대한 교통 및 숙박 비용에 대한 평생 최대 지불 한도	\$10,000	\$10,000
IOE 환자당 임시 숙소 비용 최대 지불 한도	숙박당 \$50	숙박당 \$50
동반자당 임시 숙소 비용 최대 지불 한도	숙박당 \$50	숙박당 \$50
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 수혜자가 보장 대상자가 아닌 경우 기증자에게 제공되는 서비스 및 용품 • 기존 질병에 대한 즉각적인 이식에 사용하지 않는 장기의 적출 및 보관 • 기존 질병에 대해 적출 후 12 개월 이내에 이식에 사용하지 않는 골수, 조혈 모세포 또는 기타 혈액 세포의 적출 및/또는 보관 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
불임 치료		
기본 불임 치료 서비스 입원 및 외래 환자 진료 - 기본 불임 치료	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
생식력 보존 서비스		
생식력 보존	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 불임 치료 혜택에서 보장되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메노트로핀, hCG 및 GnRH 작용제 등을 포함하는 주사용 불임 약물 • 다음과 관련된 모든 비용 <ul style="list-style-type: none"> - 귀하 또는 대리모를 위한 대리모 관계. 대리모란 자신과 유전적으로 연관이 있는 아이를 친아버지를 포함한 타인에 의해 양육되도록 인도할 목적으로 잉태하여 임신 중인 여성입니다. - 저온 보존(냉동) 난자, 배아 또는 정자의 해동 - 기증자에 대한 지불, 기증자 선별 검사 비용, 실험실 검사 비용, 기증자 난자 채취 또는 이식에 필요한 기증자 간호와 관련된 모든 비용 등을 포함한 기증자 난자 주기에서의 기증자 관리 - 자궁 대리모 역할을 하는 여성을 위한 자궁 대리모의 이용. 자궁 대리모는 유전적으로 연관이 없는 배아를 잉태하고 있는 여성입니다. - ART 서비스에 대해 이 플랜에서 보장하지 않는 사람으로부터의 정자 채취 - 가정 배란 예측 키트 또는 가정 임신 테스트 - 기증자 배아, 기증자 난모 세포 또는 기증자 정자의 구매 - 사후 관리를 포함한 자발적 불임 시술의 복원 • 메노트로핀, 자궁 내 수정 및 모든 관련 서비스, 제품 또는 시술을 포함한 배란 유도 • 시험관 수정(In-vitro fertilization, IVF), 수정란 난관 내 이식술(Zygote intrafallopian transfer, ZIFT), 배우자 난관 내 이식술(Gamete intrafallopian transfer, GIFT), 냉동 배아 이식 및 모든 관련 서비스, 제품 또는 시술(예: 난자 내 정자 미세 주입(Intracytoplasmic sperm injection, ICSI) 또는 난자 미세 수술) • ART 서비스는 네트워크 비소속 의료에 대해 제공되지 않습니다. 		
특정 치료 요법 및 검사		
병원 또는 기타 시설의 외래 환자 부서에서 수행되는 진단 종합 영상 서비스	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
의사 진료실, 병원 또는 기타 시설의 외래 환자 부서에서 수행되는 진단 검사 및 방사선 서비스	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
외래 환자 항암 요법, 방사선 및 호흡기 치료	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
보장 대상자의 집, 진료실, 병원의 외래 환자 부서 또는 기타 시설에서 수행되는 외래 환자 주입 요법	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
<p>다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 장내 영양 • 수혈 및 혈액 체제 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
외래 환자 물리, 작업, 언어 및 인지 치료(심장 및 폐 치료 포함) 단기 재활 서비스 및 자활 치료 서비스에 합산	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
침술 요법	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> 지압 		
카이로프랙틱 서비스	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
귀하의 공급자가 외래 환자 환경에서 구입, 투여 또는 주입한 특수 처방약	혜택의 유형 또는 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형 또는 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
기타 서비스 및 용품		
응급 지상, 항공 및 수상 구급 이송(비용급 구급차 포함)	이송당 협상 금액의 80%	동일한 네트워크 소속 보장에 대해 지급
내구성 의료 및 수술 장비	품목당 협상 금액의 80%	품목당 인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> 월플 휴대용 월플 펌프 사우나 욕조 마사지 기기 오버베드테이블 엘리베이터 의사소통 보조 장치 시력 보조 장치 전화 정보 시스템 에어컨, 가습기, 욕조 또는 운동기구 등 개인 위생용품 및 편의용품(의사가 처방한 경우라도 보장되지 않음) 		
영양 지원	혜택의 유형 또는 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형 또는 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> 유일한 영양 공급원이더라도 유아용 조제 분유, 영양 보조제, 비타민, 처방 비타민, 의료용 식품 및 기타 영양 품목을 포함한 모든 식품 		
달팽이관 이식	품목당 협상 금액의 80%	품목당 인정 금액의 50%
무홍채증 및 의지장치용 콘택트렌즈를 포함한 보철 장치	품목당 협상 금액의 80%	품목당 인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.		
<ul style="list-style-type: none"> 다른 혜택에서 보장되는 서비스 정형외과 신발, 치료용 신발, 발 보조기 또는 기타 발을 지지하는 장치(당뇨병의 치료나 당뇨 합병증의 예방에 필요하거나 정형외과 신발이 보장 대상 다리 보호대의 일부분인 경우는 예외) 탈장대, 코르셋 및 기타 지지용 품목 분실 또는 오용으로 인한 수리 및 교체 의사소통 보조 장치 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
보청기 검사		
청력검사	방문당 협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	방문당 인정 금액의 50%
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> 전체 병원 입원의 일부로 신생아에게 제공되는 경우를 제외하고, 병원 또는 기타 시설 입원 기간에 시행되는 청력 검사 		
소아 시력 진료(보장 대상자가 만 19세가 되는 달의 말일까지로 한정됨)		
법적 자격을 갖춘 안과 의사 또는 검안사가 수행(저시력 종합평가 포함)	방문당 협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	방문당 인정 금액의 50%
저시력 최대 한도 콘택트렌즈 피팅 최대 한도	5년마다 1회의 종합 저시력 평가 1회	
소아 시력 관리 서비스 및 용품 - 안경테, 처방 렌즈 또는 처방 콘택트렌즈	품목당 협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	품목당 인정 금액의 50%
연간 최대 개수: 안경테 처방 렌즈 콘택트렌즈(비일반 처방 콘택트렌즈 및 백내장 수술 후 처방되는 무수정체 렌즈 포함)	안경테 1 세트 처방 렌즈 1 쌍 일회용 콘택트렌즈: 최대 1년 공급분 단기 착용 콘택트렌즈: 최대 1년 공급분 비 일회용 렌즈: 1년 공급분	
시력 보완 기기	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨	혜택의 유형과 서비스를 받는 장소에 따라 보장됨
보험 연도당 시력 보완 기기 최대 개수	시력 보완 기기 1 개	
*중요 공지: 시력 관리 용품에 대한 설명은 보장 증명서의 시력 관리 섹션을 참조하십시오. 보험 연도의 처방 렌즈 보장과 관련하여, 이 혜택은 안경용 처방 렌즈 또는 처방 콘택트렌즈 중 하나를 보장하며 둘 다를 보장하지는 않습니다.		
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> 안경테, 비처방 렌즈 및 미용 목적으로 사용되는 비처방 콘택트렌즈 		
성인 시력 관리는 보장 대상이 19세 이상으로 제한됨		
법적 자격을 갖춘 안과 의사 또는 치료 검안사 또는 면허 범위 내에서 활동하는 기타 제공자가 수행하는 성인 정기 시력 검사(굴절 포함)	방문당 80%(협상 요금)	방문당 인정 금액의 50%
처방 콘택트렌즈 피팅 포함		
보험 연도당 최대 방문 횟수	1회	
다음은 이 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다. <ul style="list-style-type: none"> 성인 시력 관리 <ul style="list-style-type: none"> 처방 콘택트렌즈 피팅과 관련된 안과 의사, 검안사 또는 안경사 진료소 방문 안경테, 비처방 렌즈 및 미용 목적으로 사용되는 비처방 콘택트렌즈 		

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
<p>성인 시력 관리 서비스 및 용품</p> <ul style="list-style-type: none"> • 비처방 선글라스와 같은 특수 용품 • 시각 교정 또는 시력 치료 요법과 같은 특수 시력 시술 • 병원 또는 기타 의료 시설에 머무는 동안의 검안 • 콘택트렌즈 또는 그 피팅을 위한 검안 • 안경, 중복 안경 또는 예비 안경, 렌즈 또는 안경테 • 분실, 도난 또는 파손된 렌즈 또는 안경테 교체 • 정확도 검사 • 방사상 각막 절개술, 라식 수술 및 유사한 시술을 포함한 시력 교정을 위한 눈 수술 • 굴절 오류를 치료하는 서비스 		
외래 환자 처방약		
유방암 위험 감소에 대해 코페이먼트/공동보험비 면제		
<p>유방암 위험 감소 처방약을 네트워크 소속 약국에서 받을 경우 보험연도 공제액과 처방약 코페이먼트/공동보험비가 적용되지 않습니다. 즉, 유방암 위험 감소 처방약은 100% 지불됩니다.</p>		
금연 처방약 및 일반 의약품에 대한 외래환자 처방약 보험연도 공제액 및 코페이먼트 면제		
<p>금연 처방약과 일반의약품을 네트워크 소속 약국에서 받을 경우, 보험 연도당 치료 요법에 처방약 코페이먼트가 적용되지 않습니다. 즉, 금연 처방약과 일반의약품은 100% 지불됩니다.</p>		
피임약에 대한 외래환자 처방약 코페이먼트 면제		
<p>여성 피임법을 네트워크 소속 약국에서 받는 경우 외래환자 처방약 코페이먼트가 적용되지 않습니다.</p>		
<p>즉 여성 피임법은 다음에 대해 100% 지불됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 처방전 없이 살 수 있는(OTC) 피임 처방약 및 기구를 포함한 모든 FDA 승인 피임 처방약 및 기구. 보장되는 장치 관리에 필요한 관련 서비스 및 용품도 100% 지불됩니다. • 귀하가 의료적 예외를 인정받을 경우, 처방약 또는 장치를 구할 수 없는 상태이거나 제공자가 의학적으로 권장하지 않는 것으로 간주될 때의 치료에 상응하는 처방약 또는 장치. 		
<p>보장증서에 의료 예외를 받는 방법이 설명되어 있습니다.</p>		
선호 복제 처방약(특수 의약품 포함)		
<p>최대 30 일분을 소매 약국에서 조제 받을 경우</p>	<p>공급당 코페이먼트 \$20 지불 후 플랜에서 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음</p>	<p>보장되지 않음</p>
<p>우편 주문 약국에서 조제된 30 일 이상 90 일 미만 복용량</p>	<p>공급당 코페이먼트 \$50 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음</p>	<p>보장되지 않음</p>
선호 브랜드명 처방약(특수 의약품 포함)		
<p>최대 30 일분을 소매 약국에서 조제 받을 경우</p>	<p>공급당 코페이먼트 \$50 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음</p>	<p>보장되지 않음</p>
<p>우편 주문 약국에서 조제된 30 일 이상 90 일 미만 복용량</p>	<p>공급당 코페이먼트 \$125 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음</p>	<p>보장되지 않음</p>

보장 의료서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
비선호 복제 처방약(특수 의약품 포함)		
최대 30 일분을 소매 약국에서 조제 받을 경우	공급당 코페이먼트 \$60 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
우편 주문 약국에서 조제된 30 일 이상 90 일 미만 복용량	공급당 코페이먼트 \$150 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
비선호 브랜드명 처방약(특수 의약품 포함)		
최대 30 일분을 소매 약국에서 조제 받을 경우	공급당 코페이먼트 \$60 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
우편 주문 약국에서 조제된 30 일 이상 90 일 미만 복용량	공급당 코페이먼트 \$150 지불 후 플랜이 협상 금액 잔고의 100% 부담 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
피임제(산아제한제)		
소매 약국 또는 우편 주문 약국에서 조제 받을 경우, 조제당 복제약 및 OTC 약품 최대 12 개월분	협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
소매 약국 또는 우편 주문 약국에서 조제받는 브랜드명 처방약과 장치의 각각 최대 12 개월 공급분에 대한 조제	위의 혜택 일람표에 따라 의약품의 종류별로 지불됨 상표명 피임제는 협상 금액의 100%이며, 동등한 일반 치료약이 없을 경우 보험 연도 공제액이 없습니다.	보장되지 않음
경구 투여 항암 처방약-소매 약국에서 조제된 최대 30 일 복용량	협상 금액의 100% 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
소매 약국에서 조제된 예방 치료 의약품 및 보충제 30 일 복용량	처방당/재조제당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
약국에서 조제된 유방암 위험 감소 처방약 30 일 복용량	처방당/재조제당 협상 금액의 100% 코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음
최대 한도:	보장은 미국 예방 의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force)의 권장 사항에 따른 성별, 나이, 의료 상태, 가족력 및 빈도 지침의 적용을 받습니다.	
금연 처방약 및 일반 의약품	처방당/재조제당 협상 금액의 100%	보장되지 않음

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
(예방 진료)-약국에서 조제 받는 금연 처방약 및 일반의약품 30 일 복용량	코페이먼트 또는 보험 연도 공제액이 적용되지 않음	
최대 한도:	보장은 미국 예방 의학 특별 위원회(United States Preventive Services Task Force) 의 권장 사항에 따른 성별, 나이, 의료 상태, 가족력 및 빈도 지침의 적용을 받습니다.	

외래 환자 처방약 제외 사항

다음은 외래 환자 처방약 혜택에서 보장되지 않는 서비스입니다.

- 선호 약품 가이드에 표시되지 않은 생물학적 혈청
- 복합 생물학적 식별 호르몬을 포함하여, 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받지 않은 대량 화학물질을 포함한 복합 처방
- 미용 목적으로 사용되는 약물 또는 조제를 비롯한 미용 약품
- 장치, 제품 및 기구(특별히 보장되는 경우 예외)
- 식이 보충제
- 의약품 또는 약물
 - 처방전이 작성되더라도 연방 법 또는 주 법률에 따라 처방 주문이 필요하지 않은 의약품 또는 약물(예: 일반(OTC) 의약품)(위에 구체적으로 명시된 경우는 예외)
 - FDA의 승인을 받지 않았거나 안전 또는 효과가 입증되지 않은 의약품 또는 약물
 - 의료 시설에 입원하는 동안 의료 계획에 따라 제공되는 의약품 또는 약물
 - 최근 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았지만 아직 약학 및 치료 위원회의 검토를 거치지 않은, 당사에서 의료적 예외를 승인하지 않은 제품
 - 비타민 및 미네랄을 포함하는 의약품 또는 약물(미국 예방 의학 특별 위원회(USPSTF)에서 권장하지 않는 경우)
 - 비용을 연방 정부, 주 정부 또는 정부 기관(예: Medicaid 또는 Veterans Administration)에서 부담하는 의약품 또는 약물
 - 발기 기능의 교정이나 개선, 민감성 강화, 생식기의 모양이나 외관 변경을 위한 약물, 보형물, 장치 또는 제제 등 성욕을 치료하거나 증가시키기 위해 사용되는 의약품 또는 약물
 - 체중 증가 또는 감소를 위해 사용되는 의약품 또는 약물(각성제, 조제, 식품 또는 다이어트 보조제, 식이 요법 및 보조제, 식품 또는 식품 보조제, 식욕 억제제 또는 기타 약물 등을 포함함)
 - 성장을 자극하고 특발성 저신장증을 치료하기 위해 사용되는 약물 또는 성장 호르몬(보장 대상자가 당사의 사전 확인과 임상 정책에 설명된 하나 이상의 임상 기준을 충족한다는 증거가 없는 경우)
- 중복 약물 치료 요법(예: 항히스타민제 2 종류)
- 여행 또는 업무 관련 예방 접종
- 불임
 - 불임 치료에 주로 사용되는 주사용 처방약
- 주사제
 - 처방약이나 주입형 인슐린 및 기타 당사가 보장하는 주입형 약물의 투여 또는 주입에 대한 모든 비용.
 - 주사 바늘 및 주사기(인슐린 투여에 사용되는 경우는 예외).
 - 그 특성으로 인해 일반적으로 자격을 갖춘 제공자 또는 면허가 있는 공인 의료 전문가가 외래 환자 환경에서 투여 또는 감독해야 하는 약물. 이 예외는 피임에 사용되는 Depo Provera 와 다른 주입형 약물에는 적용되지 않습니다.
- 동료 심사의 의학 문헌을 통해 인정된 적응증을 제외한 허가범위 외 의약품 사용

보장 의료 서비스	네트워크 소속 보장	네트워크 비소속 보장
<ul style="list-style-type: none"> ● 처방약: <ul style="list-style-type: none"> - 선호 약물 가이드에 명시된 소아용 불소 정제 또는 드롭을 제외하고 경구용 양치제 및 불소 린스로 간주되는 처방약. - ID 카드에 명시된 사람이 아닌 다른 사람이 사용하기 위해 획득한 약품. ● 분실 또는 도난 처방전의 교체 ● 당뇨병 검사제를 제외한 검사제 ● 제조업체의 제품(동일하거나 유사한 의약품(동일한 유효 성분 또는 동일한 치료 효과가 있는 의약품), 용품 또는 장비가 선호 의약품 가이드에 있는 경우) ● 동일한 의약품이 당사 선호 의약품 가이드의 다른 용량 또는 형태로 이용 가능한 경우의 의약품 용량 또는 형태 		

보장 대상자, 보장 대상자의 대리인 또는 보장 대상자의 처방자는 위급 상황에서는 비보장 의약품에 대한 보장을 받기 위해 신속 의료 예외 절차를 밟을 수 있습니다. "위급 상황"은 보장 대상자가 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력을 심각하게 위협할 수 있는 건강 상태에 있거나 보장 대상자가 처방전이 아닌 의약품을 사용하여 현재 치료 과정을 받고 있는 경우에 존재합니다. 위급 상황에 대한 신속한 검토 요청은, Aetna의 **사전 확인 부서**에 **1-855-240-0535** 번으로 연락하거나 **1-877-269-9916** 번으로 팩스를 보내거나 다음 주소로 서면으로 제출할 수 있습니다.

CVS Health
 ATTN: Aetna PA
 1300 E Campbell Road
 Richardson, TX 75081

해외 클레임:

해외 클레임은 서비스 공급자의 적절한 의료 서비스 및 지불 정보와 함께 제출해야 합니다. 미국 외 지역에서 받은 보장 서비스는 네트워크 비소속 혜택 수준에서 고려됩니다.

일반 제외 사항

대체 건강 의료

- 대체 건강 의료 서비스를 위해 공급자가 제공하는 서비스 및 용품. 여기에는 아로마 요법, 자연 요법 의학, 한약 요법, 동종 요법, 에너지 의학, 기독교 신앙 치유 의학, 아유르베다 의학, 요가, 최면 요법 및 전통 중국 의학 등이 포함됩니다.

군대

- 모든 국가의 군대에서 복무하는 동안 입은 부상 또는 걸린 질병으로 인해 공급자로부터 받은 서비스 및 용품. 모든 국가의 군대에 입대하면 당사는 일할 계산한 미사용 보험료를 환불해 드립니다.

행동 건강 치료

- 미국 정신의학협회(American Psychiatric Association)의 정신 장애의 진단 및 통계 편람 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 최신판에 나열된 범주, 상태, 진단 또는 동등한 용어에 근거한 다음을 위한 서비스:
 - 비의료적이며 정신건강 질환 또는 약물 사용 장애를 치료하는 데 의학적으로 필요하지 않은 교정 교육 서비스
 - 정신 건강 장애 또는 약물 사용 장애를 치료하는 데 의학적으로 필요하지 않은 학교, 직업, 업무, 레크리에이션 활동과 연계하여 제공되는 서비스
 - 최신 DSM 및 국제질병분류(ICD)에 나열된 정신 건강 장애 또는 약물 사용 장애를 제외한 성적 이탈 및 장애

혈액, 혈장, 합성 혈액, 혈액 유도체 또는 대체제

예를 들면 다음과 같습니다.

- 병원에 헌혈한 혈액 제공(혈액 유래 응고 인자 제외)
- [처리, 보관 또는 교체 비용을 포함한 헌혈한 혈액에 대한 모든 관련 서비스]
- 혈액 기증(본인 포함), 혈액 성분 채집 또는 혈장 채집 서비스
- 관리 및 처리 비용 제외 및 '적격 의료서비스 및 제외 사항- 이식 서비스' 섹션에 설명된 경우를 제외하고 본인의 사용을 위해 기증하는 혈액

임상 시험 요법(실험 또는 시험 목적)

- 귀하의 플랜은 임상 시험 요법(실험 또는 시험 목적)을 보장하지 않음(증서의 보장 의료 서비스 및 제외 사항- 임상 시험 요법(실험 또는 시험 목적) 섹션에 설명된 경우는 예외)

각막 또는 연골 이식

- 각막(양막의 각막 이식)
- 연골(자가 연골 세포 이식 또는 골 연골 동종 이식 또는 자가 이식) 이식

미용 서비스 및 성형 수술

- 신체의 모양이나 외양을 변경, 개선 또는 향상하기 위한 모든 치료, 수술(미용 또는 성형), 서비스 또는 용품. 이는 심리적 또는 감성적 이유인지 상관없이 적용됩니다. 치료 중 발생하는 부상은 계획되지 않았거나 예상치 못한 경우에도 우발적 부상으로 간주되지 않습니다.

이 제외 사항은 다음과 같은 경우에는 적용되지 않습니다.

- 우발적인 부상 후 의학적으로 가능한 한 빨리 수행된 수술
- 귀하의 플랜에서 보장하는 의료 서비스 - 성별 재배정(성전환) 치료 섹션에 따라 제공될 수 있는 보장.

법원 명령 서비스 및 용품

- 여기에는 법원 명령에 따른 서비스 및 용품 또는 가석방, 집행유예, 석방 조건으로 필요하거나 법적 소송의 결과로 필요한 서비스 및 용품이 포함됩니다(플랜의 보장 혜택인 경우는 예외).

보호 간호

일상 생활 활동이나 기타 개인적인 필요를 돕기 위한 서비스와 용품.

예를 들면 다음과 같습니다.

- 드레싱 교체, 주기적으로 침대에서 환자 위치 바꾸기 등 일상적인 환자 관리
- 경구 약물 투여
- 안정적인 기관 절개관(간헐적 흡입 포함) 관리
- 안정적인 결장루/회장루 관리
- 안정적인 위루관/공장루관/비위관(간헐적 또는 연속적) 영양 공급 관리
- 방광 카테터(용기 비우기/교체 및 튜브 클램핑 포함) 관리
- 돌보기 또는 보호
- 임시 간호[호스피스 간호와 관련된 경우 제외], 성인(또는 어린이) 일일 간호 또는 회복기 간호
- 시설 보호. 여기에는 안정 치료, 성인 데이케어, 회복기 간호를 위한 병실 및 식사가 포함됨
- 걷기, 몸단장, 목욕, 옷 입기, 침대 출입, 화장실 사용, 식사 또는 음식 준비 돕기
- 의료 또는 응급 교육을 받지 않은 사람이 훈련을 받고 수행할 수 있는 기타 모든 서비스
- 의료 또는 응급 교육을 받지 않은 사람이 수행할 수 있는 모든 서비스

이 제외 사항은 정신 건강 장애 및 약물 남용 장애에 필요한 의학적 치료에는 적용되지 않습니다.

성인 치과 치료

- 다음과 관련된 서비스를 비롯한 성인 치과 서비스:
 - 치아 관리, 충치 치료, 발치 또는 교체 및 치아의 부상 또는 질병 치료
 - 잇몸 관련 치과 서비스
 - 치근 절제술(치아 뿌리 절제술)
 - 치열 교정
 - 근관 치료
 - 연조직 매복
 - 치조골 절제
 - 치근막염의 보강 및 전정 성형 치료
 - 의치
 - 치아 임플란트 보철물 복원
 - 치아 임플란트

이 예외에는 뼈에 영향을 받은 치아의 제거, 뼈 골절, 종양 제거 및 치성 각화성 낭종이 포함되지 않습니다.

교육 서비스

비의료적이며 정신건강 질환 또는 약물 사용 장애를 치료하는 데 의학적으로 필요하지 않은 이러한 서비스의 예:

- 교육, 훈련, 재훈련 서비스 또는 시험을 위한 서비스 또는 용품(보장 의료 서비스 및 제외 사항- 당뇨병 서비스 및 용품(장비 및 교육 포함) 섹션에 기술된 경우는 예외). 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.
 - 특수 교육
 - 교정 교육
 - 직업 교육
 - 직업 강화 프로그램
- 교육 서비스, 학교 교육 또는 이와 관련되거나 유사한 프로그램

선택적 치료 또는 선택적 수술

- 선택적 치료 또는 선택적 수술(학생 보험 증서에 따라 구체적으로 보장되고 학생 보험 증서가 유효한 기간에 제공되는 경우는 예외)

검사

다음의 경우 필요한 모든 건강 검사 또는 치과 검사:

- 제 3 자가 검사를 요구하는 경우. 예로는 취업 또는 고용 유지를 위한 검사, 노동 계약 또는 기타 계약에 따라 요구되는 검사 등이 있습니다.
- 법에서 요구하는 경우
- 보험에 가입하거나 면허를 취득, 보유하기 위한 경우
- 여행을 위한 경우
- 학교, 캠프 또는 스포츠 행사에 가거나 스포츠 또는 기타 레크리에이션 활동에 참여하기 위한 경우

시설 비용

다음의 장소에서 제공되는 치료, 서비스 또는 용품:

- 요양소
- 생활 지원 시설
- 개인의 주거지 역할을 하거나 주로 보호 또는 안정 치료를 제공하는 유사 기관
- 건강 리조트
- 스파 또는 요양원
- 학교, 대학 또는 캠프의 의무실

중범죄

- 중범죄에 가담함으로써 발생한 부상으로 인해 받는 서비스 및 용품

유전자 기반, 세포 및 기타 혁신적인 요법(GCIT)

당사로부터 사전 서면 승인을 받지 않는 한, 다음은 보장 의료 서비스가 아닙니다.

- GCIT 서비스가 보장되지 않는 경우의 모든 관련 서비스. 예로는 주입, 임상 병리, 방사선과, 마취 및 간호 서비스 등이 있습니다.

의료적 필요성 섹션을 참조하십시오.

유전자 치료

- 선천성 기형의 교정을 제외한 신체의 유전자, 유전적 구성 또는 신체의 유전자 발현을 변형하기 위한 모든 치료, 장치, 약물, 서비스 또는 용품

성장/키 관리

- 신장을 늘리거나 줄이고 성장률을 변경하기 위한 치료, 장치, 서비스 또는 용품
- 성장을 촉진하는 수술 절차 및 장치

보청기

다음은 목적으로 하는 모든 테스트, 기기 및 장치:

- 청력 향상
- 청력 손실을 보완하기 위한 다른 형태의 의사소통 또는 언어를 시뮬레이션하는 장치 개선

우발적 수술

- 우발적 수술에 대해 의사가 청구한 비용. 이것은 의학적으로 필요한 수술과 동일한 절차 중에 수행되는 의학적으로 필요하지 않은 수술입니다.

판결 또는 합의

- 부상 또는 질병에 대한 책임이 있다고 생각되는 사람(또는 보험사)이 판결 또는 합의로서 지불하는 부상 또는 질병의 치료를 위한 서비스 및 용품

의료 용품 - 외래 환자 일회용품

- 외래 환자 일회용품 또는 장치. 예를 들면 다음과 같습니다.
 - 외장 커버
 - 가방
 - 신축성 있는 의류
 - 지지 호스
 - 붕대
 - 요강
 - 부목
 - 목 보호대
 - 압박 붕대
 - 다른 환자가 재사용할 수 없는 기타 장치

비 미국 시민권자

- 미국 시민이 아닌 **보장 대상자**의 본국 내에서 **보장 대상자**가 받은 서비스 및 용품. 단, 본국에 사회화된 의료 프로그램이 있는 경우에만 해당 (*귀하의 플랜에서의 '적격 의료서비스-응급 서비스 및 긴급진료' 섹션에서 보장되는 경우는 예외*)

기타 일차 지불인

- **Medicare** 또는 다른 당사자가 일차 지불인으로서 지급하는 비용의 일부에 대한 지불

외래 환자 처방약 또는 비처방약 및 약물

- 보험 계약자가 제공하는 외래 환자 처방약 또는 비처방약 및 약물

개인 관리, 위안 또는 편의용품

- 주로 귀하 또는 제 3 자의 편의와 개인적 위안을 위한 서비스 또는 용품

개인 간호

학교 건강 서비스

- 보험계약자 부담 없이 일반적으로 무료로 제공하는 서비스 및 용품:
 - 학교 건강 서비스
 - 의무실
 - 병원
 - 약국 또는

다음의 의료 전문가가 제공하는 서비스 및 용품

- 보험 계약자에게 고용
- 보험 계약자와 제휴
- 보험 계약자와 계약 또는 약정
- 보험 계약자가

달리 지정

가족 구성원이 제공하는 서비스

- 배우자, 동거인, 동성 결혼 파트너, 부모, 자녀, 의붓자식, 형제, 자매, 사돈 또는 기타 가족 구성원이 제공하는 서비스

성 기능 장애 및 향상

- 성 기능 장애 치료, 성 기능 강화 또는 성욕 증진을 위한 치료, 서비스 또는 용품으로, 다음을 포함함:
 - 발기 기능이나 감도를 교정하거나 향상하기 위한 보형물, 장치 또는 제제
 - 성 치료 요법, 성 상담, 결혼 상담 또는 기타 상담 또는 자문 서비스

부비동 수술

- 급성 화농성 부비동염을 제외하고 **의학적으로 필요하지 않은** 부비동 수술을 위해 **공급자가** 제공하는 모든 서비스 또는 용품

체력 및 신체 기능

- **의학적으로 필요하지 않은** 서비스, 장치 및 용품으로써, 주로 다음을 향상하기 위해 고안된 의약품 또는 제제
 - 체력
 - 신체 조건
 - 지구력
 - 신체 기능

정신 건강 분야의 학생

- 정신 건강 관리 분야를 전문으로 하고 해당 분야 훈련의 하나로 제공자로부터 치료받는 보장 대상 학생에게 제공되는 모든 서비스 및 용품

원격 의료

- 제공자와 함께 있지 않을 때 제공되는 서비스
- 다음 서비스 포함:
 - 원격의료 키오스크
 - 전자 활력 징후 모니터링 또는 데이터 교환(예: 원격 ICU, 원격 뇌졸중 관리)

치료 요법 및 검사

- 모발 분석
- 최면 및 최면 요법
- 물리 치료 양식으로 사용되는 경우를 제외한 마사지 치료 요법
- 감각 또는 청각 통합 요법

연방, 주 또는 정부 기관에서의 치료

- 관련 법률에서 요구하는 범위를 제외하고, 연방, 주 또는 기타 정부 기관이 소유하거나 운영하는 병원 또는 기타 시설에서의 모든 치료

Fuller Theological Seminary의 국내 학생 건강 보험 플랜은 Aetna Life Insurance Company가 보증합니다.

Aetna Student HealthSM은 Aetna Life Insurance Company와 그 계열사(Aetna)가 제공하는 상품 및 서비스의 브랜드명입니다.

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 해외 자산 통제국(Office of Foreign Assets Control, OFAC)의 서면 라이선스에 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.aspx>를 참조하십시오.

보조 기술

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

스마트폰 또는 태블릿

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

차별 금지 공지

Aetna는 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 여부, 연령, 성, 성 정체성, 성적 지향, 나이, 장애 등을 이유로 차별하지 않습니다.

Aetna 는 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 필요하시거나 당사의 차별 금지 정책에 대해 궁금한 점이 있거나 논의하고 싶은 차별 관련 우려 사항이 있는 경우 ID 카드에 있는 번호로 연락하시기 바랍니다. 아직 Aetna 에 가입하지 않으셨나요? 1-877-480-4161 번으로 연락해 주십시오.

Aetna 가 이와 같은 서비스를 제공하지 않거나 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성, 결혼 상태, 성별, 성별 정체성, 성적 취향, 연령, 또는 장애를 근거로 다른 방식으로 차별했다고 생각하시면 아래 주소의 Civil Rights Coordinator 에게 고충을 제기하실 수 있습니다.

- 주소: P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512(HMO 고객: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779)
- 이메일 주소: CRCoordinator@aetna.com

캘리포니아 보험부 또는 캘리포니아 매니지드 헬스케어부에 불만 사항 또는 고충을 제기하는 방법에 관한 정보를 확인하려면 <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html#california> 를 방문하시기 바랍니다(HMO 가입자용).

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성별 등으로 인한 차별 문제가 우려될 경우의 인권 불만 사항은 다음 주소의 미 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 민권사무소(Office for Civil Rights)로도 제기할 수 있습니다. <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

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**).

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

Bàsɔ̀̀ Wùdù̀̀/Bassa

Dè dè nìà ke dyèdè gbo: Ɔ jũ kè m̀ dyi Bàsɔ̀̀-wùdù̀̀-po-nyò jũ nì, nìi à wuɖu kà kò d̀ò po-poò b̀é m̀ gbo kpáa. Đà 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 ارائه میگردد، با شماره (1-877-480-4161 TTY: 711) 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. કોલ 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, dijirị 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**).

اردو/Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ - **1-877-480-4161** (TTY: **711**) 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, ìrànlọwọ́ lórí èdè, lófẹ́ẹ́, wà fún ọ. Pe **1-877-480-4161** (TTY: **711**).