



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

The New School

약관 연도: 2026 – 2027

정책 번호: 246794

<https://www.aetnastudenthealth.com>
(800) 878-1927

**THE
NEW
SCHOOL**



면책 조항: 이러한 요율과 혜택은 뉴욕 보험국의 승인을 기다리고 있으며 변경될 수 있습니다. 변경 사항이 있는 경우 이 정보를 업데이트해 드립니다.

본 자료는 학생 건강 플랜에 대한 간략한 설명입니다. 이 플랜은 The New School 학생과 적격 부양가족이 이용할 수 있습니다. 이 플랜은 Aetna Life Insurance Company (Aetna)의 보험에 가입되어 있습니다. 정의를 포함하여 이 보험에 적용되는 정확한 조항은 귀하에게 발급된 인증서에 포함되어 있으며 <https://www.aetnastudenthealth.com>에서 온라인으로 볼 수 있습니다. 이 플랜 요약서와 증서 사이에 불일치가 있을 경우, 증서가 우선합니다.

STUDENT HEALTH SERVICES

의료 응급 상황 발발 시에는 911번으로 전화하십시오. 정신 건강 응급 상황의 경우 988번으로 전화하십시오.

Student Health Services는 Aetna Student Health Plan에 등록되어 있는지 여부에 관계없이 모든 학생들에게 대면 및 원격 의료 방문을 위한 의료 및 상담 서비스를 제공합니다. 예약은 [Student Health Services 포털](#)을 통해 온라인으로 또는 (212) 229-1671번으로 전화하여 예약할 수 있습니다. 자세한 내용은 SHS@newschool.edu로 이메일을 보내거나 (212) 229-1671번으로 전화하십시오.

시간 및 추가 정보는 <https://www.newschool.edu/health-services/>를 방문하십시오.

FONEMED는 Student Health Services가 문을 닫을 때마다 미국 학생들이 이용할 수 있는 근무 시간 외 간호사 상담 라인입니다. 경험이 풍부한 간호사가 의료 안내, 건강 정보, 의사 결정 지원 및 진료 추천을 제공합니다. (212) 229-1671번으로 전화한 후 1번을 선택하십시오. 이용 시간은 평일 오후 5시 이후와 주말 언제든지 가능합니다.

학생 보장

자격은 누구에게 있습니까?

모든 대학원 및 학부 학위 취득 과정(온라인 전용 및 비정규 과정 포함), 방문 학생, 교환 학생(해외 유학), 신분 유지 프로그램, Lang 및 Parsons 컨소시엄, ESL + 자격증 프로그램, 그리고 대학원 자격증 프로그램 참가자는 건강 보험에 가입해야 하며, 학생 건강 보험 플랜(SHIP)에 가입할 자격이 있습니다.

OPT 학생: OPT에 참여하는 학생은 최대 1년 연속으로 SHIP에 등록할 수 있고 초기 등록은 플랜에 따라 학생으로 등록 직후 해당 학기에 이루어져야 합니다. OPT가 승인되고 고용 허가 문서(EAD) 카드를 받으면 탐색 메뉴의 "등록 양식"에 있는 OPT 건강 보험 가입 양식을 제출할 수 있습니다. OPT를 계속하는 사람은 2026년 가을에만 SHIP에 가입할 수 있습니다. 시작 OPT는 2026년 가을에만 또는 전체 연도에 대해서만 학생 보험 플랜에 가입할 수 있습니다. **가을 학기 등록 마감일은 2026년 10월 1일입니다.**

2027년 봄 학기에 OPT를 시작하는 플랜에 가입한 학생은 2027년 봄 학기에 가입할 수 있으며 2027년 가을 학기에도 계속 가입할 수 있습니다. **새 봄 OPT 학생 등록 마감일은 2027년 4월 1일입니다.**

OPT 학생은 Student Health Services를 이용할 수 없습니다.

가입 및 면제 마감일

가입 및 면제 양식은 universityhealthplans.com/tns에서 이용할 수 있습니다.

가을 면제 마감일: 2026년 9월 8일; 봄 면제 2027년 2월 2일

부양가족 보장 자격

보장 대상 학생은 법적 배우자, 동거인(성별 무관) 및 26세까지의 부양 자녀도 등록할 수 있습니다.

부양가족 가입

학생들은 학생 건강 보험 플랜에 피부양자도 등록할 수 있습니다. 부양가족 보장(선택된 경우)은 학생의 보장으로 시작하고 끝나며 학생이 플랜에 가입할 때 동시에 구매해야 합니다. 보장 대상 학생의 부양가족을 등록하려면 www.universityhealthplans.com/tns를 방문하여 부양가족 등록 양식을 선택하여 등록 양식을 작성하십시오.

보장 날짜 및 요금

보험에 가입한 학생 및 적격 부양가족에 대한 보장은 아래에 표시된 보장 시작일 오전 12시 1분에 발효되며 표시된 보장 종료일 오후 11시 59분에 종료됩니다. 보험에 가입된 부양가족에 대한 보장은 보장 증명서에 설명된 종료 조항에 따라 종료됩니다.

의료 보험 요금:

	연간 08/20/26–08/19/27 기한 09/08/2026	가을 08/20/26-01/14/27 기한 09/08/2026	봄/여름 01/15/27–08/19/27 기한 02/02/2027
학생	\$4,716	\$1,912	\$2,804
배우자	\$4,716	\$1,912	\$2,804
자녀	\$4,716	\$1,912	\$2,804
두 명 이상의 자녀	\$9,432	\$3,824	\$5,608

치과 및 안과 플랜을 포함한 총 요금:

	연간 08/20/26-08/19/27 기한 09/08/2026	가을 08/20/26-01/14/27 기한 09/08/2026	봄/여름 01/15/27-08/19/27 기한 02/02/2027
학생	\$4,859	\$1,970	\$2,889
배우자	\$4,859	\$1,970	\$2,889
자녀	\$4,859	\$1,970	\$2,889
두 명 이상의 자녀	\$9,718	\$3,940	\$5,778

***치과 및 안과 보장은 플랜에 포함되어 있습니다**

Medicare 적격성 판정 고지:

학생 건강 플랜에 등록할 당시 Medicare에 등록되어 있으면 학생 건강 플랜에 등록할 자격이 되지 않습니다. 이 플랜은 Medicare 가입자에게는 보장을 제공하지 않습니다.

보장 종료

인증서에 따른 보장은 다음 중 첫 번째 항목에 자동으로 종료됩니다.

학생이 보험료 납부 기한으로부터 30일 이내에 보험료를 납부하지 않은 경우. 보장은 보험료를 지불한 마지막 날부터 종료됩니다.

학생이 보험 계약자가 정의한 자격 요건을 충족하지 못하는 달의 말. 우리는 보장이 중단되기 최소 30일 전에 학생에게 서면 통지를 제공할 것입니다.

학생이 사망하면 학생이 부양가족에 대한 보장을 받지 않는 한 보장이 종료됩니다. 학생이 부양가족에 대한 보장을 받는 경우 보험료가 지불된 달의 마지막 날에 보장이 종료됩니다.

이혼의 경우 배우자의 경우 이혼 날짜.

아동의 경우, 아동이 26세가 되는 연도의 말까지.

다른 모든 부양가족의 경우, 부양가족에게 더 이상 자격이 없는 연도의 말입니다.

학생이 보장 종료를 요청하는 서면 통지를 당사에 제공한 다음 달 말 또는 통지에 의해 그러한 종료를 요청한 더 늦은 날짜.

학생 또는 학생의 부양가족이 사기에 해당하는 행위를 했거나 학생이 등록 신청서에 중요한 사실을 의도적으로 허위로 기재했거나 서비스에 대한 보장을 받기 위해 서면으로 작성한 경우, 해당된다면 당사가 해당 학생

및/또는 학생의 부양가족에게 서면으로 해지 통지를 전달하면 보장은 즉시 종료됩니다. 학생의 조치로 인해 종료가 발생한 경우, 학생과 모든 부양가족에 대한 보장이 종료됩니다. 부양가족의 조치로 인해 종료된 경우, 부양가족에 대한 보장은 종료됩니다.

보험 계약자의 보험이 종료된 날짜입니다. 인증서가 속한 청구 경험 또는 건강 관련 상태에 관계없이 특정 등급의 보험 증권 제공을 중단하기로 결정한 경우 보험 계약자와 학생에게 최소 90일 전에 서면 통지를 제공합니다.

이 주에서 모든 학생 사고 및 건강 보험 보장 제공을 중단하기로 결정한 경우, 보장이 중단되기 최소 180일 전에 보험 계약자에게 서면 통지를 제공합니다. 보험 계약자가 사기로 간주되는 행위 또는 관행을 수행했거나 보장 조건에 따라 중요한 사실을 의도적으로 허위 진술한 경우.

1996년 건강 보험 이동성 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), 공법 104-191(Public Law 104-191), 이후의 개정 또는 후속 조항, 또는 이 법의 조항을 시행하는 연방 규정이나 규칙에 의해 교육감이 수락하고 승인한 기타 사유. 어떠한 종료도 그러한 해지 이전에 발생한 혜택에 대한 청구에 대한 권리를 침해하지 않습니다.

참여 제공자

Aetna Student Health는 Aetna의 광범위한 참여 제공자 네트워크를 제공합니다. Aetna가 참여 제공자와 특별 요율을 협상했기 때문에 참여 제공자를 만나서 비용을 절약할 수 있으며, 플랜의 혜택이 더 좋기 때문에 참여 제공자로부터 혜택을 받을 때 일반적으로 본인 부담 비용이 낮아집니다. 플랜에 따른 일부 혜택은 참여 의료 제공자로부터 받은 경우에만 보장될 수 있습니다.

플랜에 따라 보장되지만 참여 제공자로부터 받을 수 없는 진료를 받아야 할 경우, ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하여 도움을 받으십시오. 이 상황에서 Aetna는 가입자가 비참여 제공자로부터 진료를 받게 사전 승인을 발효할 수 있습니다. Aetna가 사전 승인을 발효하면 혜택 수준은 참여 제공자와 동일합니다.

사전 승인

일부 서비스는 플랜이 보장하기를 원할 경우 사전에 Aetna의 사전 승인을 받아야 합니다. 참여 제공자는 해당 서비스에 대한 사전 승인을 요청할 책임이 있습니다. 인증서의 혜택 일정 섹션에 나열된 서비스에 대해 비참여 제공자로부터 진료를 받고자 하는 경우 사전 승인을 요청할 책임은 귀하에게 있습니다. 뉴욕 알코올 중독 및 약물 남용 서비스 사무국(New York office of alcoholism and substance abuse services)에서 인증한 참여 시설에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.

플랜이 사전 승인이 필요한 비참여 제공자의 서비스를 보장하기를 원하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호로 Aetna에 전화해야 합니다. Aetna가 사전 승인 요청을 받은 후, 당사는 귀하의 계획된 치료에 대한 이유를 검토하고 혜택이 가능한지 결정할 것입니다.

다음과 같이 Aetna에 연락하여 사전 승인을 요청해야 합니다.

- 의료 제공자가 입원 환자 입원을 권장하는 경우 계획된 입원 또는 수술 최소 2주 전. 그것이 가능하지 않은 경우, 입학 전 정규 업무 시간 동안 합리적으로 가능한 한 빨리.
- 의료 제공자가 병원의 외래 수술실 또는 외래 외과 센터에서 수술 또는 시술을 수행할 것을 권장하는 경우 외래 수술 또는 외래 진료 시술을 시작하기 최소 2주 전.
- 임신 후 3개월 이내, 또는 합리적으로 가능한 한 빨리, 그리고 병원 입원이 자연 분만의 경우 48시간, 제왕절개 분만의 경우 96시간을 초과할 것으로 예상되는 경우 실제 출산일로부터 48시간 이내.
- 비응급 상황에서 항공 구급차 서비스가 제공되기 전.

다음과 같이 Aetna에 연락하여 사후 통지를 제공해야 합니다.

- 응급 상황에 대해 항공 구급차 서비스가 제공되는 경우 합리적으로 가능한 한 빨리.
- 응급 상황의 경우 입원 후 48시간 이내 또는 합리적으로 가능한 한 빨리 Aetna에 전화해야 합니다.

CVS 가상 진료®

일상 질병과 만성 질환부터 정신 건강 지원까지, 저희가 도와드리겠습니다. 필요한 사항을 알려주시면 가상 방문 일정을 잡을 수 있도록 신뢰할 수 있는 네트워크 내 제공자와 연결해 드립니다. 대부분의 정신 건강 방문은 2주 이내에 가능합니다. 가상 클리닉을 통해 24/7 상시 진료를 받을 수 있습니다. 일반 관리: 100% 보장. 행동 건강: 자세한 내용은 혜택 일정을 참조하십시오. CVS.com/virtual-care로 이동하여 등록하고 약속을 잡으십시오.

혜택 설명

플랜은 특정 서비스에 대한 보장을 제외하며 플랜에서 보장하게 되는 금액에 제한이 있습니다. 이 플랜 요약서는 플랜의 일부 중요한 특징에 대해 다루지만 가입자에게 중요할 수 있는 기타 특징은 증명서에 정의되어 있습니다. 귀하에게 발급된 증명서에 포함된 전체 플랜 설명을 보려면 <https://www.aetnastudenthealth.com>을 방문하십시오.

모든 보장은 **허용 금액을 기준으로 합니다.**

"허용 금액"은 해당 코페이, 공제액 및 공동보험액 금액을 차감하기 전에 Aetna가 인증서에 따라 보장되는 서비스 또는 용품에 대해 지불할 최대 금액을 의미합니다.

- 비참여 제공자에 대한 허용 금액은 다음과 같이 결정됩니다.
시설 – 시설의 경우, 허용 금액은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 비용 정보를 기준으로 한 금액의 140%가 됩니다.
- **기타 모든 제공자** – 기타 모든 제공자의 경우 허용 금액은 105%이며
이것은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 비용 정보를 토대로 한 것입니다.

허용 금액은 "통상적이고 관례적이며 합리적인 요금"을 기준으로 하지 않습니다. 비참여 제공자의 실제 청구액이 허용된 금액보다 클 경우, 차액을 귀하가 부담해야 합니다. 가입자의 ID 카드에 기재된 번호로 전화하거나 <https://www.aetnastudenthealth.com>에 방문하여 비참여 제공자로부터 서비스를 받을 때의 재정적 책임에 대한 정보를 확인하십시오.

이 플랜은 해당 **뉴욕** 보험법에 따라 혜택을 지급합니다.

비용 부담금	참여 제공자 비용 부담에 대한 가입자의 책임	비참여 제공자 비용 부담에 대한 가입자의 책임	
의료 공제액 • 개인 • 가족	\$150 없음	\$300 없음	
본인 부담금 한도 • 개인 • 가족	\$9,100 \$9,100	무제한 무제한	허용 금액을 계산하는 방법에 대한 설명은 이 인증서의 비용 부담 비용 및 허용 금액 섹션을 참조하십시오. 허용된 금액을 초과하는 비참여 제공자의 비용은 공제액 또는 본인 부담금 한도에 적용되지 않습니다. 가입자는 비참여 제공자가 청구한 금액 중 당사의 허용 금액을 초과하는 금액을 지불해야 합니다.

진료소 방문	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
일차 진료소 방문(또는 가정 방문)	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	설명은 혜택 참조
전문의 진료소 방문(또는 가정 방문)	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	설명은 혜택 참조
예방 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
Well Child 방문 및 예방 접종*	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	설명은 혜택 참조
성인 연례 신체 검사*	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	설명은 혜택 참조
성인 예방접종*	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
정기 부인과 서비스/여성 건강 검진*	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
유방암 발견을 위한 유방조영상, 선별검사 및 진단 영상	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
여성을 위한 불임 시술 *	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
정관 절제술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
당사는 선택적 불임 수술의 취소와 관련된 서비스는 보장하지 않습니다.			

예방 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
골밀도 검사*	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
전립선암 검사	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
대장암 검사	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
USPSTF 및 HRSA에서 요구하는 기타 모든 예방 서비스.	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
**미국 예방 서비스 태스크포스(United States Preventive Services Task Force, USPSTF) 및 보건 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA) 에서 지원하는 종합 지침에 따라 예방 서비스가 제공되지 않는 경우.	적절한 서비스를 위해 비용 분담금 이용(일차 진료소 방문; 전문의 사무실 방문; 진단 방사선 서비스; 실험실 절차 및 진단 테스트)	적절한 서비스를 위해 비용 분담금 이용(일차 진료소 방문; 전문의 사무실 방문; 진단 방사선 서비스; 실험실 절차 및 진단 테스트)	
응급 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
응급 구급차 이송(병원 전 응급 의료 서비스 및 항공 구급차 서비스를 포함한 응급 교통편)	공제액 후 15% 공동보험액	참여 제공자와 동일한 비용 지불	설명은 혜택 참조
비용급 구급차 서비스(지상 및 항공 구급차)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 15% 공동보험액	설명은 혜택 참조

보장의 제한/조건.

- 당사는 응급 상황과 관련이 없거나 의사가 처방한 경우에도 당사가 승인한 시설 이전으로 인한 경우를 제외하고 여행 또는 교통비를 보장하지 않습니다.
- 구급차, 밴 또는 택시와 같은 구급차가 아닌 교통편은 보장하지 않습니다.
- 응급 상황과 관련된 항공 구급차 또는 비응급 교통편과 관련된 항공 구급차에 대한 보장은 다음과 같은 경우에 제공됩니다. 귀하의 의학적 상태로 인해 육상 구급차를 통한 교통편이 적절하지 않은 경우 및 귀하의 의학적 상태로 인해 육상 구급차가 제공할 수 없는 즉각적이고 신속한 구급차 이송이 필요한 경우 다음 중 하나(1)가 충족됩니다.
 - 픽업 지점은 육상 차량으로 접근할 수 없습니다. 또는
 - 먼 거리 또는 기타 장애물(예: 교통 체증)로 인해 적절한 시설을 갖춘 가장 가까운 병원으로 적시에 이송할 수 없습니다.

응급 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
응급실 병원에 입원하는 경우 코페이/공동 보험액 면제.	공제액 후 15% 공동보험액 공중 보건법 § 2805-I에 따라 수행되는 의료 법의학 검사는 비용 부담 대상이 아닙니다	참여 제공자와 동일한 비용 지불 공중 보건법 § 2805-I에 따라 수행되는 의료 법의학 검사는 비용 부담 대상이 아닙니다	설명은 혜택 참조
병원 응급실에서 제공되는 후속 진료 또는 정기 진료는 보장하지 않습니다.			
긴급 진료 센터	코페이 \$50 이후 가입자 0% 납부 공제액 후	공제액 후 30% 공동보험액	설명은 혜택 참조
전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
침술	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$25 이후 공제액 후 가입자 부담액 40%	
고급 이미징 서비스 • 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
고급 이미징 서비스 • 독립형 방사선 시설에서 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
고급 이미징 서비스 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
알레르기 검사 및 치료 PCP 진료소에서 수행	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	코페이 \$20 이후 가입자 30% 납부 공제액 후	설명은 혜택 참조
알레르기 검사 및 치료 전문 진료실에서 수행	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	코페이 \$20 이후 가입자 30% 납부 공제액 후	설명은 혜택 참조
외래 외과 센터 시설 이용료	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
마취 서비스(모든 설정)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
심장 및 폐 재활 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명에 대한 혜택 보기
심장 및 폐 재활 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명에 대한 혜택 보기
심장 및 폐 재활 입원환자 병원 서비스로 수행	입원환자 병원 서비스 비용 분담금의 일부로 포함됨	입원환자 병원 서비스 비용 분담금의 일부로 포함됨	설명에 대한 혜택 보기

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
화학 요법 및 면역 요법 PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
화학 요법 및 면역 요법 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
화학 요법 및 면역 요법 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
카이로프랙틱 서비스	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	설명은 혜택 참조
임상 시험	적절한 서비스를 위해 비용 분담금 사용	적절한 서비스를 위해 비용 분담금 사용	설명은 혜택 참조
당사에서 보장하지 않는 부분은 임상시험용 의약품 또는 기기 비용; 귀하가 치료를 받는 데 필요한 비의료 서비스 비용; 연구 관리 비용; 또는 임상 시험에서 제공되는 비조사 치료에 대해 이 인증서에 따라 보장되지 않는 비용이 포함됩니다.			
진단 테스트 PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진단 테스트 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진단 테스트 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
투석 PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
투석 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
투석 독립형 센터에서 집도	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
투석 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
훈련 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
훈련 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
훈련 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) 외래환자 시설에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
가정 헬스 케어 방문 한도는 정신 건강 상태 또는 약물 남용 장애로 인한 재택 건강 관리에는 적용되지 않습니다.	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	플랜 연도당 40회 방문
불임 서비스	적절한 서비스를 위해 비용 부담금 사용(진료소 방문; 진단 방사선 서비스; 외과; 실험실 및 진단 절차)	적절한 서비스를 위해 비용 부담금 사용(진료소 방문; 진단 방사선 서비스; 외과; 실험실 및 진단 절차)	설명은 혜택 참조
당사에서 보장하지 않는 서비스: • 체외 수정; • 배우자 나팔관 내 이식 또는 접합자 나팔관 내 이식; • 기증자의 의료 비용을 포함하여 난자 또는 정자 기증자와 관련된 비용; • 생식력 보존 서비스로 수행되는 경우를 제외하고 정자와 난자의 냉동 보존 및 보관; • 배아의 냉동 보존 및 보관; • 배란 예측 키트; • 난관 결찰의 역전; • 정관 수술의 역전; • 이 인증서에 따라 달리 보장되지 않는 대리모 관련 서비스 및 비용; • 클로닝; 또는 • 실험적 또는 연구 목적의 의료 및 수술 절차(단, 당사의 거부가 외부 이의 제기 대리인에 의해 번복된 경우는 제외).			
주입 요법 • PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
주입 요법 • 전문의 사무실에서 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
주입 요법 • 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
주입 요법 가정 주입 요법	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	가정 주입은 가정 건강 관리 방문 한도에 포함됩니다
입원환자 의료 방문	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
임신 중단 낙태 서비스	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	설명은 혜택 참조
실험실 절차 PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
실험실 절차 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
실험실 절차 독립형 실험실 시설에서 집도	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
실험실 절차 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
임산부 및 신생아 관리 ● 산전 관리 **미국 예방 서비스 태스크포스(United States Preventive Services Task Force, USPSTF) 및 보건 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되는 산전 관리	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	설명은 혜택 참조
임산부 및 신생아 관리 ● **미국 예방 서비스 태스크포스(United States Preventive Services Task Force, USPSTF) 및 보건 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되지 않는 산전 관리	적절한 서비스를 위한 비용 부담금 이용(일차 진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 진단 방사선과 서비스, 실험실 절차 및 진단 검사)	적절한 서비스를 위한 비용 부담금 이용(일차 진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 진단 방사선과 서비스, 실험실 절차 및 진단 검사)	설명은 혜택 참조
임산부 및 신생아 관리 ● 입원환자 병원 서비스 및 출산 센터	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	산모가 병원에서 조기 퇴원하는 경우 1회의 가정 간호 방문이 비용 부담금 없이 보장됨
임산부 및 신생아 관리 ● 출산을 위한 의사 및 조산사 서비스	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
임산부 및 신생아 관리 모유 수유 지원, 상담 및 유축기를 포함한 용품	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	모유 수유 기간 동안 보장됨
임산부 및 신생아 관리 산후 조리 USPSTF 및 HRSAP에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되는 산후 관리	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
임산부 및 신생아 관리 산후 조리 USPSTF 및 HRSA가 지원하는 종합 지침에 따라 제공되지 않는 산후 관리	적절한 서비스를 위한 비용 부담금 이용(일차 진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 진단 방사선과 서비스, 실험실 절차 및 진단 검사)	적절한 서비스를 위한 비용 부담금 이용(일차 진료소 방문, 전문의 진료소 방문, 진단 방사선과 서비스, 실험실 절차 및 진단 검사)	
외래환자 공여자 기증 모유	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
외래환자 병원 수술 시설 비용	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
입원 전 검사	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진료소에서 시행되는 처방약 PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$25 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
진료소에서 시행되는 처방약 • 전문의 사무실에서 시술	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$25 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	설명은 혜택 참조
진단 방사선 서비스 • PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진단 방사선 서비스 • 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진단 방사선 서비스 • 독립형 방사선 시설에서 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
진단 방사선 서비스 • 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
치료용 방사선 서비스 • 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
치료용 방사선 서비스 • 독립형 방사선 시설에서 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
치료용 방사선 서비스 외래환자 병원 서비스로 시술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
재활 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) PCP 진료소에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
재활 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) 전문 진료실에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
재활 서비스(물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료) 외래환자 시설에서 수행	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
암, 수술 및 기타 진단에 대한 이차 소견	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후 암 진단에 대한 이차 소견은 진료 추천을 받을 때 비참여 전문의의 참여 비용 분담금으로 보장됩니다.	설명은 혜택 참조

전문 서비스 및 외래환자 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
외과 서비스(구강 수술 포함; 재건 유방 수술; 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 입원환자 병원 수술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조 모든 이식은 반드시 지정 우수 센터(Centers of Excellence) 병원에서 이루어져야 합니다
보장하지 않는 항목은 기부자 또는 손님을 위한 여행 경비, 숙박, 식사 또는 기타 숙박 시설; 장기 이식 수술과 관련된 기증자 수수료; 또는 신생아 제대혈에서 줄기 세포를 정기적으로 채취하고 보관하는 서비스가 포함됩니다.			
외과 서비스(구강 수술 포함; 재건 유방 수술; 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 외래환자 병원 수술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
외과 서비스(구강 수술 포함; 재건 유방 수술; 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 외래 수술 센터에서 시행되는 수술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
외과 서비스(구강 수술 포함; 재건 유방 수술; 기타 재건 및 교정 수술 및 이식 사무실 수술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

추가 혜택, 장비 및 장치	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육 당뇨병 장비 및 용품 (30일치)	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육 당뇨병 교육	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육 당뇨병성 인슐린(30일치)	전체 보장	코페이 \$15 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	설명은 혜택 참조
당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육 경구용 당뇨병제, 주사형 당뇨병제(30일치)	전체 보장	코페이 \$15 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	설명은 혜택 참조
한도 품목은 의사가 귀하를 위해 개발한 치료 계획에 따른 금액으로만 제공됩니다. 시력 저하 또는 실명과 관련하여 특별한 요구 사항이 있거나 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 혈당 모니터의 기본 모델만 보장합니다.			
내구성 의료 장비 및 교정기	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
가입자의 편안함이나 편의를 위해 설계된 장비(예: 수영장, 온수 욕조, 에어컨, 사우나, 가습기, 제습기, 운동 장비)는 내구성 의료 장비의 정의에 부합하지 않으므로 보장하지 않습니다. 치야 교정기. 가입자의 오용 또는 남용의 결과로 발생하는 수리 또는 교체 비용을 보장하지 않습니다.			
외부 보청기 처방 보청기	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	3년에 한 번 구매

추가 혜택, 장비 및 장치	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
인공 와우	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	플랜 연도당 연 일(1) 회
호스피스 케어 • 입원 환자	공제액 후 0% 공동보험액	공제액 후 0% 공동보험액	플랜 연도당 365일
호스피스 케어 • 외래 환자	공제액 후 0% 공동보험액	공제액 후 0% 공동보험액	가족 사별 상담을 위한 오(5) 회 방문
비보장: 장례 준비; 목회, 재정 또는 법률 상담 또는 주부, 간병인 또는 임시 간호.			
의료 용품	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
비처방 의료 용품은 보장하지 않습니다.			
보철 장치 • 외부	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	플랜 연도당 팔다리당 보철 장치 1개
모든 합성 가발 재료에 알레르기가 없는 한 사람의 머리카락으로 만든 가발을 보장하지 않습니다. 당사는 건전한 자연 치아에 대한 우발적인 손상으로 인해 필요하거나 선천성 질환 또는 기형으로 인해 필요한 경우를 제외하고 치아와 관련하여 사용되는 의치 또는 기타 장치를 보장하지 않습니다. 안경과 콘택트렌즈는 인증서의 이 섹션에서 보장되지 않으며 이 인증서의 Pediatric Vision Care 섹션에서만 보장됩니다. 당사는 보증이 적용되는 수리 또는 교체 비용 또는 수리 또는 교체가 귀하의 오용 또는 남용의 결과인 경우 보장하지 않습니다. 신발 깔창은 비보장품입니다.			
보철 장치 • 내부	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조

입원환자 서비스	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
자가 혈액 은행	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명에 대한 혜택 보기
지속적인 입원 환자 병원(유방절제술 치료, 심장 및 폐 재활 및 임종 관리를 위한 입원 포함)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
관찰 입원	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
전문 간호 시설(심장 및 폐 재활 포함)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	플랜 연도당 365일
입원환자 재활 서비스(물리, 언어 및 작업 치료)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
입원환자 재활 서비스(물리치료, 언어치료, 작업치료)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	언어 및 물리 치료는 병원 입원 또는 수술 후에만 보장됩니다.

정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
병원에 있는 동안 지속적인 입원에 대한 입원환자 정신 건강 관리(거주 치료 포함)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
외래환자 정신 건강 진료(부분적 입원 및 집중 외래환자 프로그램 서비스 포함) ● 진료소 방문	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	설명은 혜택 참조
외래환자 정신 건강 진료(부분적 입원 및 집중 외래환자 프로그램 서비스 포함) ● 기타 모든 외래환자 서비스	0% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	설명은 혜택 참조
병원에 있는 동안 지속적인 입원에 대한 입원환자 약물 사용 서비스(거주 치료 포함)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	설명은 혜택 참조
외래환자 약물 남용 서비스(부분적 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 보조 치료 포함) ● 진료소 방문	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 30% 공제액 후	플랜 연도에 최대 20회의 방문을 가족 상담에 사용할 수 있습니다

정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
외래환자 약물 남용 서비스(부분적 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 보조 치료 포함) 기타 모든 외래환자 서비스 – 오피오이드 치료 프로그램	전체 보장	공제액 후 30% 공동보험액	
외래환자 약물 남용 서비스(부분적 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 약물 보조 치료 포함) 기타 모든 외래환자 서비스	0% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	
자폐 스펙트럼 장애에 대한 ABA 치료	전체 보장	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	설명은 혜택 참조
자폐 스펙트럼 장애를 위한 보조 의사소통 장치	전체 보장	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	설명은 혜택 참조
제한 사항. 위에 명시된 서비스나 치료가 뉴욕 교육법에 따른 개별화된 교육 계획에 따라 제공되는 경우 당사는 보장하지 않습니다. 뉴욕 공중보건법 제2545조에 따른 개별화된 가족 서비스 계획, 뉴욕 교육법 제89조에 따른 개별화된 교육 계획 또는 뉴욕주 발달장애인 사무국 규정에 따른 개별화된 서비스 계획에 따른 서비스 제공은 교육 환경 외부에서 보충적으로 제공되는 서비스에 대한 이 인증서에 따른 적용 범위에 영향을 미치지 않습니다. 단, 이러한 서비스가 면허를 소지한 의사 또는 면허를 소지한 심리학자의 처방을 받은 경우에는 예외입니다.			

성별 확인 치료			
의학적으로 필요한 수술, 호르몬 대체 요법 및 상담 치료 자격 및 의학적 필요성 요건을 포함하여 이 혜택에 대한 자세한 정보는 https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html을 방문하십시오. ID 카드에 있는 수신자 부담 전화 번호로 전화하실 수도 있습니다.	적절한 서비스를 위해 비용 부담금 사용	적절한 서비스를 위해 비용 부담금 사용	
성별 확인 치료 추가 서비스	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	
귀하의 보장 증명서에 따라 보장되는 성별 확인 치료와 관련하여 의학적으로 필요한 서비스 외에도 성별 불쾌감과 관련하여 다음과 같은 추가 서비스도 보장합니다. 이러한 추가 서비스는 다음과 같습니다.			
갑상선 연골 성형술(기관 면도)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
유방 수술과 관련이 없는 경우 유두 재건	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
생식기 수술에 사용되는 피부 이외의 제모(예: 전기분해, 레이저 제모)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
음성 및 의사소통 치료, 음성 레슨	공제액 후 15% 공동보험액	코페이 \$15 이후 가입자 40% 납부 공제액 후	
체스트 바인더	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	

성별 확인 치료 추가 서비스	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	
안검 성형술(눈꺼풀과 눈 부위 수술) 눈썹 거상술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
뺨 임플란트 턱 임플란트 얼굴 뼈 축소 또는 확대 이마 리프트 입술 확대 또는 축소	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
모발 이식	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
코 성형 또는 코 임플란트	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
주름살 절제술(안면거상술, 안면지방흡입술, 목 타이팅)	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	
음성 수정 수술, 후두 성형술	공제액 후 15% 공동보험액	공제액 후 40% 공동보험액	

처방약	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
처방약은 보건 자원 및 서비스 관리국(Health Resources and Services Administration, HRSA)이 지원하는 종합 지침에 따라 제공되거나 품목이나 서비스가 미국 예방 서비스 태스크포스(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)로부터 "A" 또는 "B" 등급을 받고 참여 약국에서 취득한 경우 비용 부담금의 대상이 아닙니다			
HIV 또는 AIDS의 치료 또는 예방을 위한 보장 대상 항레트로바이러스 처방약과 오피오이드 금단 및/또는 안정화 관리 및 오피오이드 과다 복용 반전을 위한 처방약을 포함하여 약물 사용 장애 치료에 사용되는 처방약에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.			
가입자의 3단계 플랜 설계는 가입자의 본인 부담금 비용이 일반적으로 1단계 처방약의 경우 가장 낮고 3단계 처방약의 경우 가장 높다는 것을 의미합니다. 2단계 처방약에 대한 본인 부담금 비용은 일반적으로 1단계보다 많지만 3단계보다 적습니다.			
소매 약국 30일분 1단계 선호 복제약	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조
소매 약국 30일분 2단계 선호 브랜드 의약품	코페이 \$75 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조
소매 약국 30일분 3단계 비선호 복제약 및 브랜드 약	코페이 \$100 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조

처방약	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
우편 주문 약국 최대 90일치 1단계 선호 복제약	코페이 \$50 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 가입자가 전체 비용을 지불합니다	설명은 혜택 참조
우편 주문 약국 최대 90일치 2단계 선호 브랜드 의약품	코페이 \$187.50 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 가입자가 전체 비용을 지불합니다	설명은 혜택 참조
우편 주문 약국 최대 90일치 3단계 비선호 복제약 및 브랜드 약	코페이 \$250 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	비참여 제공자 서비스는 보장되지 않으며 가입자가 전체 비용을 지불합니다	설명은 혜택 참조
경장 포물라 1단계 선호 복제약	코페이 \$20 이후 귀하는 0%를 지불합니다. 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조
경장 포물라 2단계 선호 브랜드 의약품	코페이 \$75 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조
경장 포물라 3단계 비선호 복제약 및 브랜드 약	코페이 \$100 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	30% 공동보험액 공제액의 대상이 아님	설명은 혜택 참조

보장의 제한/조건.

1. 당사는 허용되는 의학적 표준 및/또는 FDA 권장 지침을 포함하여 의학적 필요성에 따라 특정 의약품의 수량, 일일 공급분, 조기 리필 이용 및/또는 치료 기간을 제한할 권리가 있습니다.
2. 가입자가 처방약을 유해하거나 남용적인 방식 또는 유해한 빈도로 사용하고 있다고 판단되는 경우, 참여 약국 선택이 제한될 수 있습니다. 이 경우, 당사는 가입자에게 향후 모든 약국 서비스를 제공 및 조정할 단일 참여 약국을 선택하도록 요구할 수 있습니다. 혜택은 선택한 단일 참여 약국을 이용하는 경우에만 지급됩니다. 당사가 통보한 날로부터 31일 이내에 귀하께서 선택하지 않으면, 당사는 귀하를 위해 단일 참여 약국을 선정해 드립니다.
3. 복합 처방약은 보장 범례 처방약에 해당하는 성분을 하나(1) 이상 함유하고, 제조업체의 처방약과 본질적으로 동일하지 않으며, 조제 승인을 받은 약국에서 공급받은 경우에만 보장됩니다.
4. 의약품의 적절한 활용을 보장하기 위해 다양한 구체적 및/또는 일반화된 "사용 관리" 프로토콜이 수시로 사용됩니다. 이 프로토콜은 표준 의료/약물 치료 지침에 부합합니다. 프로토콜의 주요 목표는 가입자들에게 품질 중심의 처방약 혜택을 제공하는 것입니다. 사용 관리 프로토콜이 구현되고 프로토콜의 영향을 받는 약물을 복용하는 경우 사전에 알림을 받게 됩니다.
5. 주사제(자가 투여 주사제 제외) 및 당뇨병성 인슐린, 경구 혈당강하제, 당뇨병 용품 및 장비는 이 섹션에서는 보장되지 않지만 이 인증서의 다른 섹션에서는 보장됩니다.
6. 당사는 처방약의 투여 또는 주사에 대한 비용을 보장하지 않습니다. 의사 진료소에서 제공되거나 투여되는 처방약은 이 인증서의 외래환자 및 전문 서비스 섹션에서 보장됩니다.
7. 당사는 법률상 처방전이 필요하지 않은 의약품에 대해서는 보장하지 않습니다. 단, 서면 처방이 있는 금연 치료제, HRSA가 지원하는 종합 가이드라인 또는 USPSTF의 'A' 또는 'B' 등급 권고에 따라 제공되는 일반의약품(OTC) 예방 의약품 또는 의료기기로서 서면 처방이 있는 경우, 또는 본 증서(Certificate)에서 달리 규정한 경우는 예외로 합니다. 의약품 처방집에 보장됨으로 구체적으로 지정된 경우를 제외하고는 처방전 없이 구입할 수 있는 등가물이 포함된 처방약은 보장하지 않습니다. 비처방 대체 의약품이란 처방전 없이 구매할 수 있는 의약품으로서, 해당 처방의약품과 동일한 명칭 또는 동일한 화학적 실체(유효성분)를 갖는 의약품을 말합니다. 보장 대상 처방의약품이 포함된 치료용 키트 또는 편의 포장 제품과 같은 재포장 제품은 보장하지 않습니다. 다만, 해당 처방의약품이 치료용 키트 또는 편의 포장 제품의 일부로만 제공되는 경우에는 예외로 합니다. 치료 키트 또는 편의 팩에는 하나 이상의 처방약이 포함되어 있으며 장갑, 유아용 침대, 위생용 물티슈 또는 국소 연화제와 같은 비처방 품목과 함께 포장될 수 있습니다.
8. 당사는 분실 또는 도난당한 처방약을 대체하기 위한 처방약을 보장하지 않습니다.
9. 당사는 병원, 요양원, 기타 기관, 시설에 있는 동안 또는 귀하가 가정 간호 환자인 경우 병원, 요양원, 가정 건강 관리 기관, 가정 간호 서비스 기관 또는 기타 기관에 귀하에 의해 또는 귀하를 대신하여 지불되는 경우를 제외하고 귀하에게 조제된 처방약을 보장하지 않습니다. 의약품 서비스는 포함되지 않습니다.

10. 당사는 표준 의료 관행에 반하는 방식으로 처방 또는 조제된 의약품에 대해 의학적으로 필요하지 않거나 실험적이거나 연구 목적이 아닌 혜택을 거부할 권리가 있습니다. 보장이 거부된 경우 귀하는 이 인증서의 활용 검토 및 외부 이의 제기 섹션에 설명된 대로 이의 제기를 받을 자격이 있습니다.
11. 약국은 약사의 전문적 판단에 따라 조제해서는 안 되는 처방전을 조제할 필요가 없습니다.

웰빙 혜택	비용 부담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 부담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임
운동 시설 환급	6개월 기간당 최대 \$200; 배우자의 경우 6개월 기간당 최대 \$100 추가	
환급은 실제 운동 방문으로 제한됩니다. 당사는 다음을 환급하지 않습니다. ● 테니스 클럽, 컨트리 클럽, 체중 감량 클리닉, 스파 또는 기타 유사한 시설의 회원권 ● 평생 회원권; ● 시설에서 제공할 수 있는 장비, 의복, 비타민 또는 기타 서비스(예: 마사지 등) 또는 ● 임대료 또는 주택 소유자 협회 수수료에 포함된 체육관과 같은 편의 시설인 서비스.		

소아 치과 및 안과 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
소아 치과 진료 예방 치과 진료	코페이 \$35 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	코페이 \$35 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	6개월마다 1회의 치과 검사 및 클리닝 36개월 간격으로 구강 전체 엑스레이 또는 파노라마 엑스레이, 6개월 간격으로 교합 엑스레이
소아 치과 진료 정기 치과 진료	코페이 \$100 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	코페이 \$100 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	
소아 치과 진료 주요 치과 치료(구강 외과, 근관치료술, 치주 치료술 및 보철술)	코페이 \$250 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	코페이 \$250 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	
소아 치과 진료 치과교정술 Orthodontics & Major Dental Requires Preauthorization(교정 및 주요 치과: 사전 승인이 필요함)	50% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	50% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	

소아 안과 진료			
소아 치과 및 안과 진료	비용 분담금에 대한 참여 제공자 가입자의 책임	비용 분담금에 대한 비참여 제공자 가입자의 책임	제한 사항
소아 안과 진료 시험	코페이 \$25 이후 가입자 부담액 0% 공제액 미적용	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	십이(12) 개월 동안 1회 시험
소아 안과 진료 렌즈 및 프레임	코페이 \$40 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	12개월마다 1개의 처방 렌즈 및 안경테
소아 안과 진료 콘택트 렌즈	코페이 \$40 이후 가입자 0% 납부 공제액 미적용	30% 공동보험액에는 공제액이 적용되지 않습니다.	

모든 네트워크 내 사전 승인 요청은 참여 제공자의 책임입니다. 참여 제공자가 필요한 사전 허가를 받지 못한 것에 대해 불이익을 받지 않습니다. 그러나 서비스가 인증서에 포함되지 않는 경우 서비스 전체 비용을 귀하가 부담해야 합니다.

정신 건강 또는 약물 남용 장애의 주요 진단을 받고 보장 서비스를 받을 경우 귀하의 재정적 책임에 대한 정보는 ID 카드에 있는 번호로 문의하십시오.

기타 보장 서비스	
응급 의료 후송	공제액이 적용되지 않는 실제 비용의 0% 공동보험액
의료 본국 송환	공제액이 적용되지 않는 실제 비용의 0% 공동보험액
입원한 가입자와 합류하기 위한 교통편	공제액이 적용되지 않는 실제 비용의 0% 공동보험액
미성년 자녀의 귀환	공제액이 적용되지 않는 실제 비용의 0% 공동보험액
유해 송환	공제액이 적용되지 않는 실제 비용의 0% 공동보험액

사고사 및 사지 절단 보험금

손실	혜택 금액
생활	\$ 10,000
두 개 이상의 손 또는 발 손실	\$10,000
두 개 이상의 손 또는 발사용 손실	\$10,000
양쪽 눈의 시력 상실	\$10,000
언어 및 청력 손실(양쪽 귀)	\$5,000
한쪽 손 또는 발 및 한쪽 눈의 시력 상실	\$10,000
한 손 또는 발 손실	\$5,000
한쪽 눈의 시력 상실	\$5,000
언어 상실	\$2,500
청력 손실(양쪽 귀)	\$2,500
같은 손의 엄지와 검지 손가락 손실	\$2,500
같은 손에 네 손가락 모두 손실	\$2,500
같은 발에 모든 발가락 손실	\$2,500
엄지 손가락 손실	\$2,500

제외 사항

다음에 대한 인증서에서 사용할 수 있는 보장이 없습니다.

Medicare 또는 기타 정부 프로그램.

연방 Medicare 프로그램 또는 기타 정부 프로그램(Medicaid 제외)에 따라 해당 서비스에 대한 혜택이 제공되는 경우 당사는 서비스를 보장하지 않습니다. 귀하가 Medicare에 가입하면, 당사는 Medicare가 보장 서비스에 대해 지불하는 금액만큼 당사의 혜택을 감액할 것입니다. 보장 서비스에 대한 혜택은 연방법에 따라 당사가 먼저 비용을 지불해야 하거나 가입자가 보험료가 없는 Medicare에 가입되어 있지 않은 경우 축소되지 않습니다.

가족 구성원이 제공하는 서비스.

당사는 보장 대상자의 직계 가족이 수행하는 서비스를 보장하지 않습니다. "직계 가족"은 자녀, 의붓자녀, 배우자, 부모, 의붓부모, 형제자매, 의붓형제자매, 시부모, 며느리, 처남, 조부모, 조부모의 배우자, 손자 또는 손자의 배우자를 의미합니다.

무과실 자동차 보험.

당사는 의무적인 자동차 무과실 혜택이 회수되거나 복구될 수 있는 손실 또는 그 일부에 대해 제공된 범위 내에서 어떠한 혜택도 보장하지 않습니다. 이러한 예외는 귀하가 의무적인 무과실 정책에 따라 귀하에게 제공되는 혜택에 대해 적절하거나 시기 적절하게 청구하지 않은 경우에도 적용됩니다.

무료 서비스.

일반적으로 비용이 청구되지 않는 서비스는 보장하지 않습니다.

미용 서비스.

당사는 달리 명시되지 않는 한 미용 서비스, 처방약 또는 수술을 보장하지 않으나, 단, 성형 수술에는 관련 부위의 외상, 감염 또는 질병으로 인한 수술에 부수적이거나 그 이후에 발생하는 재건 수술, 보장 대상 아동의 선천성 질환 또는 기형으로 인한 기능적 결함으로 인한 재건 수술이 포함되지 않습니다. 또한 이 증명서의 다른 부분에 제공된 대로 유방절제술 후 재건 수술과 관련된 서비스도 보장합니다. 성형 수술에는 의학적으로 필요하다고 확인된 수술이 포함되지 않습니다. 11 NYCRR 56에 나열된 시술(예: 특정 성형 수술 및 피부과 시술)에 대한 청구가 의료 정보 없이 소급하여 제출되는 경우, 의료 정보가 제출되지 않는 한 거부는 본 증명서의 활용 검토 및 외부 이의 제기 섹션에 있는 활용 검토 프로세스의 대상이 되지 않습니다.

발 관리.

티눈, 굳은살, 평발, 무너진 아치, 약한 발, 만성 발 긴장 또는 발의 증상이 있는 불만과 관련된 정기 발 관리는 보장하지 않습니다. 단, 특정 의학적 상태나 질병으로 인해 혈액 순환 장애 또는 다리 또는 발의 감각 저하 부위가 있는 경우 발 관리를 보장합니다.

병역.

당사는 군대 또는 보조 부대에서의 복무로 인한 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다.

병원 직원이 별도로 비용을 청구하는 서비스.

당사는 병원, 실험실 또는 기타 기관의 직원이 제공하고 별도로 청구한 서비스를 보장하지 않습니다.

산재보험.

해당 서비스에 대한 혜택이 주 또는 연방 산재보험, 고용주 책임 또는 직업병법에 따라 제공되는 경우 당사는 서비스를 보장하지 않습니다.

서비스가 나열되지 않았습니다.

이 인증서에 보장 대상으로 나열되지 않은 서비스는 보장하지 않습니다.

실험적 또는 연구적 치료.

당사는 실험적 또는 연구 목적의 의료 서비스, 시술, 치료, 기기 또는 처방약을 보장하지 않습니다. 그러나 당사의 서비스 거부가 주정부에서 인증한 외부 이의 제기 대리인에 의해 반복된 경우 본 인증서의 외래 환자 및 전문 서비스 섹션에 설명된 대로 귀하의 희귀 질환 치료 또는 임상 시험 참여에 대한 환자 비용을 포함한 실험 또는 조사 치료를 보장합니다. 그러나 임상 시험의 경우, 당사는 귀하가 치료를 받는 데 필요한 임상시험용 의약품 또는 기기의 비용, 연구 관리 비용 또는 비연구 치료에 대해 본 인증서에서 보장하지 않는 비용을 보장하지 않습니다. 가입자 이의 제기 권리에 대한 자세한 설명은 이 인증서의 활용 검토 및 외부 이의 제기 섹션을 참조하십시오.

안과 서비스.

당사는 본 인증서의 소아 안과 진료 섹션에 구체적으로 명시된 경우를 제외하고 안경 또는 콘택트렌즈의 검사나 피팅을 보장하지 않습니다.

의학적 필요.

일반적으로 당사는 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 의료 서비스, 시술, 치료, 검사, 기기 또는 처방약을 보장하지 않습니다. 단, 주정부에서 인증한 외부 이의 제기 대리인이 당사의 거부를 번복하는 경우, 당사는 보장이 거부된 서비스, 절차, 치료, 검사, 기기 또는 처방약이 본 인증서의 조건에 따라 보장되는 범위 내에서 해당 서비스, 절차, 치료, 검사, 기기 또는 처방약을 보장합니다.

전쟁.

우리는 선전포고 여부와 관계없이 전쟁으로 인한 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다.

전환 치료.

당사는 전환 치료를 보장하지 않습니다. 전환 치료는 행동, 성별 표현을 바꾸거나 동성에 대한 성적 또는 낭만적 끌림이나 감정을 없애거나 줄이기 위한 노력을 포함하여 18세 미만 가입자의 성적 지향 또는 성별 정체성을 바꾸려는 정신 건강 전문가의 모든 행위입니다. 전환 치료는 성전환을 추구하거나 성전환 과정에 있는 개인을 위한 상담이나 치료로, 개인에 대한 수용, 지원 및 이해를 제공하거나 개인의 대처, 사회적 지원, 정체성 탐색 및 개발을 촉진하는 것은 포함하지 않습니다. 여기에는 불법적인 행위나 안전하지 않은 성적 관행을 예방하거나 해결하기 위한 성적 지향 중립적 개입이 포함됩니다. 다만, 상담이나 치료가 성적 지향이나 성 정체성을 바꾸려는 것이 아닌 경우에 한합니다.

정부 시설.

당사는 법률에서 달리 요구하는 경우를 제외하고, 연방, 주 또는 기타 정부 기관이 소유하거나 운영하는 병원에서 제공되는 진료 또는 치료를 보장하지 않습니다. 단, 병원이 가입자가 다치거나 아팠던 장소와 가깝고 응급 상태를 치료하기 위해 응급 서비스가 제공되어 병원으로 이송되는 경우는 예외입니다.

중범죄 가담.

당사는 귀하가 중죄, 폭동 또는 반란에 가담하여 발생한 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다. 이러한 배제는 가정 폭력 행위의 피해자가 입은 부상과 관련된 서비스 또는 귀하의 의학적 상태(신체 및 정신 건강 상태 모두 포함)의 결과로 인한 서비스에 대한 보장에는 적용되지 않습니다.

치과 서비스.

사고 후 12개월 이내에 건강한 자연 치아에 대한 우발적인 손상으로 인한 관리 또는 치료를 제외하고 치과 서비스를 보장해 드리지 않습니다. 선천성 질환 또는 기형으로 인해 필요한 치과 진료 또는 치료 또는 외래 환자 및 전문 서비스 및 Pediatric Dental C에 구체적으로 명시된 치과 진료 또는 치료는 이 인증서의 섹션입니다.

항공.

당사는 정기 항공사가 운항하는 정기 또는 전세 항공편의 운임 지불 승객을 제외하고 항공에서 발생하는 서비스를 보장하지 않습니다.

회복기 및 양육권 간호.

당사는 휴식 치료, 양육 또는 교통편과 관련된 서비스는 보장하지 않습니다. "관찰 간호"는 이동, 식사, 옷 입기, 목욕, 화장실 이용 및 기타 관련 활동에 도움을 주는 것을 의미합니다. 관찰 간호에는 의학적으로 필요하다고 확인된 보장 서비스는 포함되지 않습니다.

New School Student Health Insurance Plan은 Aetna Life Insurance Company에서 인수합니다. Aetna Student HealthSM은 Aetna Life Insurance Company 및 해당 계열사(Aetna)가 제공하는 제품 및 서비스의 브랜드 이름입니다.

제재 대상국

본 약관에 의해 제공되는 보장이 경제 또는 무역 제재를 위반하거나 위반하게 될 경우 해당 보장은 즉시 무효로 간주됩니다. 예를 들어, Aetna 회사는 금융 제재 규정을 위반하는 경우 의료, 기타 보험금 청구나 서비스 비용을 지불할 수 없습니다. 해외재산관리국(OFAC)의 서면 허가에 따라 허용되는 경우가 아닌 한, 여기에는 거래 금지 개인 또는 미국의 제재 대상인 국가와 관련된 제재가 포함됩니다. 자세한 내용은 <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>를 참조하십시오.

보조 공학

보조 기술을 사용하는 사람은 다음 정보에 완전히 접근하지 못할 수도 있습니다. 도움이 필요하시면 1-877-480-4161번으로 전화하십시오.

스마트폰 또는 태블릿

스마트폰이나 태블릿에서 문서를 보려면 무료 WinZip 앱이 필요합니다. 이것은 App Store에서 다운로드할 수 있습니다.

차별 금지

Aetna는 포괄적인 건강 관리 회사가 되기 위해 최선을 다하고 있습니다. Aetna는 혈통, 인종, 민족, 피부색, 종교, 성별(임신 포함), 출신국, 성적 지향, 성 정체성 또는 표현, 신체적 또는 정신적 장애, 건강 상태, 나이, 재향군인 상태, 군 복무 여부, 결혼 여부, 유전 정보, 시민권 상태, 실업 상태, 정치적 입장 또는 해당 연방, 주 또는 지방 법률에 의해 금지된 기타 기준이나 특성을 근거로 차별하지 않습니다.

Aetna는 장애인들에게 무료 지원 및 서비스를 제공하고, 모국어가 영어가 아닌 분들에게는 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이 지원 및 서비스에 포함된 내용:

- 유자격 통역사
- 다른 형식의 서면 정보(대형 활자본, 오디오, 이용이 쉬운 전자 형식, 기타 형식)
- 유자격 통역사
- 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하다면 ID 카드에 기재된 번호로 연락해 주십시오. Aetna 가입자가 아니십니까? 당사에 1-877-480-4161번으로 전화하십시오.

당사의 차별 금지 정책에 대해 질문이 있거나 논의하고 싶은 차별 관련 우려 사항이 있는 경우 1-877-480-4161번으로 전화해 주십시오.

참고로, Aetna는 해당 연방법과 주법을 준수하여 의료 서비스를 보장합니다. 모든 건강 서비스가 보장되는 것은 아닙니다. 혜택, 예외, 제한 및 보장 조건에 대한 전체 설명은 플랜 문서를 참조하십시오.

Aetna는 Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care 플랜 및 해당 계열사(Aetna)를 포함하여 자회사의 Aetna 그룹의 한개 이상에 의해 제공된 제품과 서비스를 위해 이용된 브랜드명입니다.