



혜택 및 보장범위 요약(SBC) 문서는 건강 플랜을 선택하시는 데 도움이 됩니다. SBC에는, 귀하와 본 플랜이 보장되는 의료 서비스 비용을 어떻게 분담하는지 설명되어 있습니다. 주: 이 플랜의 비용(보험료라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 본 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장에 대한 자세한 내용을 확인하거나 전체 보장 약관의 사본을 받으려면 [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com)을 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요. 보조금, 잔액 청구, 공동보험비, 코페이, 공제액, 제공자 또는 기타 밑줄 친 용어와 같은 일반적인 용어에 대한 일반적인 정의는 용어집을 참조하세요. 용어집은 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>를 참조하거나 1-800-370-4526번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유:
전체 공제액은 얼마입니까?	\$0. 네트워크 비소속: 개인 \$500/가족 \$1,000.	일반적으로, 본 플랜에서 지불을 시작하기 전에 귀하는 의료 제공자가 청구한 모든 비용을 해당 공제액에 도달할 때까지 지불하셔야 합니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 가족 구성원 모두가 지불한 총 공제액 비용이 전체 가족 공제액을 충족할 때까지 각 가족 구성원은 각자의 개인 공제액을 충족해야 합니다.
공제액을 충족하기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	예. 공제액을 충족하기 전에도 응급 진료 및 처방약은 보장됩니다.	이 플랜은 공제액을 아직 충족하지 못한 경우에도 일부 품목 및 서비스를 보장합니다. 단, 코페이먼트 또는 공동보험비가 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 본 플랜은 특정 예방 서비스에 대해 공제액을 충족하기 전에도 비용 분담 없이 보장합니다. 보장되는 예방 서비스 목록은 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 를 참조하세요.
특정 서비스에 대한 다른 공제액이 있습니까?	아니요.	귀하는 특정 서비스에 대해서 공제액을 충족시킬 필요가 없습니다.
이 플랜의 본인부담금 한도는 얼마인가요?	네트워크 내: 개인 \$800/가족 \$1,600. 네트워크 비소속: 개인 \$800/가족 \$1,600. 처방약: 개인 \$400/가족 \$800.	본인부담금 한도는 보장 서비스에 대해 귀하가 일 년 동안 지불하게 될 수 있는 최대 금액입니다. 본 플랜에 다른 가족 구성원이 가입되어 있는 경우, 전체 가족 본인부담금 한도가 충족될 때까지 각자의 본인부담금 한도를 충족해야 합니다.
본인부담금 한도에 포함되지 않는 항목은 무엇인가요?	보험료, 잔액 청구 비용, 본 플랜에서 보장하지 않는 의료 서비스, 서비스의 사전 허락을 받지 않아 발생하는 위약금.	이러한 비용을 지불하더라도 본인부담금 한도로 산정되지는 않습니다.

중요한 질문	답변	이것이 중요한 이유:
<u>네트워크 의료 제공자를 이용하면 부담하는 비용이 적어집니까?</u>	예. <u>네트워크 소속 의료 제공자</u> 목록은 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 를 참조하거나 1-800-370-4526번으로 문의하세요.	본 플랜은 <u>의료 제공자 네트워크</u> 를 이용합니다. 본 플랜의 <u>네트워크 소속 의료 제공자</u> 를 이용하면 부담하는 비용이 적어집니다. <u>네트워크 비소속 의료 제공자</u> 를 이용하면 부담하는 비용이 가장 높아지고, <u>의료 제공자의 청구 비용</u> 과 플랜이 지불하는 금액의 차액에 대해 <u>의료 제공자</u> 로부터 청구서를 받을 수도 있습니다( <u>잔액 청구</u> ). 일부 서비스의 경우(예: 임상 병리 검사) <u>네트워크 의료 제공자</u> 는 <u>네트워크 비소속 의료 제공자</u> 를 이용할 수도 있습니다. 서비스를 받기 전에 귀하의 <u>의료 제공자</u> 에게 확인하세요.
<u>전문의 진료를 받기 위해 의뢰서가 필요합니까?</u>	아니요.	<u>의뢰서</u> 없이 귀하가 선택하는 <u>전문의</u> 진료를 받으실 수 있습니다.



이 도표에 표시된 모든 코페이먼트와 공동보험비 비용은 공제액이 적용되는 경우라면 공제액이 충족된 후의 것입니다.

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
<u>의료 제공자의 진료소</u> 또는 <u>클리닉</u> 을 방문하는 경우	부상 또는 질병 치료를 위한 일차 진료 방문	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음(단, 선택한 PCP의 경우 무료)	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	<u>전문의</u> 방문	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	<u>예방 진료/선별 검사</u> /예방 접종	무료	보장되지 않음(단, 유방 조영상의 경우 20% <u>공동보험비</u> )	예방 서비스가 아닌 경우에는 귀하가 비용을 지불하셔야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방 서비스인지 귀하의 <u>의료 제공자</u> 에게 문의하세요. 그런 다음 <u>플랜</u> 에서 지불하는 금액을 확인하세요.
검사를 받는 경우	<u>진단 검사</u> (엑스레이, 혈액 검사)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
<p>질병 또는 의료 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우</p> <p><u>처방약 보장은 Sav-Rx가 관리</u></p> <p><u>처방약 보장</u>에 대한 자세한 내용은 <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a>을 참조하세요.</p>	복제약	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 가액 기준 30일분에 \$4, 60일분에 \$8, 90일분에 \$12(소매 약국), 31~90일분에 \$8(우편 주문). 선호 복제약의 경우 30일분에 \$8, 60일분에 \$16, 90일분에 \$24(소매 약국), 31~90일분에 \$16(우편 주문). 인슐린: 무료.	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$13, 60일분에 \$26, 90일분에 \$39(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$13.	<p>90일분이 보장됨(소매 약국 및 우편 주문). 약국에서 구입할 수 있는 피임약 및 기구 포함. <u>네트워크</u> 소속에서 FDA 승인 여성 피임제의 우선 복제약은 무료. 사전 확인 또는 단계별 치료가 필요한 처방의 보장을 받기 위해서는 <u>의약품집</u>을 검토하세요. 복제약 대신 브랜드약을 선택하면 귀하가 부담하는 비용이 높아집니다.</p>
	선호 브랜드약	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$25, 60일분에 \$50, 90일분에 \$75(소매 약국), 31~90일분에 \$50(우편 주문). 인슐린: 무료.	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$30, 60일분에 \$60, 90일분에 \$90(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$30.	

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
	비선택 브랜드약	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$50, 60일분에 \$100, 90일분에 \$150(소매 약국), 31~90일분에 \$100(우편 주문). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$25.	처방당 <u>코페이</u> , <u>공제액</u> 은 적용되지 않음: 30일분에 \$55, 60일분에 \$110, 90일분에 \$165(소매 약국). 인슐린: 처방당 <u>코페이</u> \$35.	
	<u>전문 의약품</u>	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	위에 설명된 대로 복제약 또는 브랜드약에 적용되는 비용	첫 번째 처방은 소매 약국 또는 Sav-Rx 처방 서비스에서 조제. 이후 처방은 반드시 Sav-Rx 처방 서비스를 통해 조제받아야 합니다.
외래 환자 수술을 받는 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
	의사/외과의 비용	방문당 <u>코페이</u> \$50, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$50 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
즉각적인 의료 조치가 필요한 경우	<u>응급실 진료</u>	방문당 <u>코페이</u> \$200, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$200, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	응급 상황에서 <u>네트워크</u> 비소속 이용 시 <u>네트워크</u> 소속에서와 동일하게 지급됨.
	<u>응급 의료 이송</u>	\$200의 <u>코페이</u> /이송, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	\$200의 <u>코페이</u> /이송, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	응급 상황에서 <u>네트워크</u> 비소속 이용 시 <u>네트워크</u> 소속에서와 동일하게 지급됨. 비응급 이송: 사전 허락된 경우를 제외하고 보장되지 않음.
	<u>긴급 진료</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	비긴급 상황에서 이용 시 보장되지 않음.

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
병원에 입원하는 경우	시설 비용(예: 병실)	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u> . 그 이후에는 20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	의사/외과의 비용	무료	20% <u>공동보험비</u>	없음
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래환자 서비스	진료실 및 기타 외래 환자 서비스: 무료	진료소 및 기타 외래 환자 서비스: 방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	입원 환자 서비스	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u> . 그 이후에는 20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
임신한 경우	진료소 방문	무료	20% <u>공동보험비</u>	<u>예방 서비스</u> 에는 <u>비용 분담</u> 이 적용되지 않습니다. 출산 진료에는 보험 혜택 및 보장 요약(SBC)의 다른 곳에 설명된 검사 및 서비스가 포함될 수도 있습니다(예: 초음파). 네트워크 비소속 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않으면 \$400의 위약금이 부과될 수도 있습니다.
	출산/분만 전문의 서비스	무료	20% <u>공동보험비</u>	
	출산/분만 시설 서비스	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음. 그 이후에는 무료	입원할 때마다 첫 5일 동안 하루당 <u>코페이</u> \$100 적용 후 20% <u>공동보험비</u> . 그 이후에는 20% <u>공동보험비</u>	

일반 의료 사례	필요할 수 있는 서비스	귀하의 지불 비용		제한 사항, 예외 사항, 기타 중요 정보
		네트워크 소속 의료 제공자 (최소 부담)	네트워크 비소속 의료 제공자 (최대 부담)	
회복 또는 기타 전문 건강 서비스가 필요한 경우	<u>가정 건강 관리</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	연간 130회 방문. 네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	<u>재활 서비스</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	물리 치료, 작업 치료, 언어 치료를 합산하여 연간 60회 방문.
	<u>가활(habilitation) 서비스</u>	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15 적용 후 20% <u>공동보험비</u>	없음
	<u>전문 간호 진료</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	연간 60일. 네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
	<u>내구성 의료 장비</u>	무료	50% <u>공동보험비</u>	동일/유사 용도의 <u>내구성 의료 장비</u> 1개로 제한. 오용/남용에 따른 수리는 제외.
	<u>호스피스 서비스</u>	무료	20% <u>공동보험비</u>	네트워크 외부 진료에 대해 <u>사전 허락</u> 을 받지 않은 경우 \$400의 위약금 부과.
자녀가 치과 또는 시력 진료가 필요한 경우	자녀의 검안	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	방문당 <u>코페이</u> \$15, <u>공제액</u> 은 적용되지 않음	12개월마다 1회 정기 검안
	자녀의 안경	무료	무료	12개월마다 최대 \$300.
	자녀의 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	보장되지 않음.



## 제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스:

**플랜이 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용 및 기타 제외되는 서비스 목록은 귀하의 보험 증서 또는 플랜 문서를 확인하세요.)**

- |                   |                         |              |
|-------------------|-------------------------|--------------|
| • 치과 진료(성인 및 어린이) | • 미국 외 지역으로 여행 시 비응급 진료 | • 정기 말 치료    |
| • 보청기             | • 개인 간병                 | • 체중 감량 프로그램 |
| • 장기 요양           |                         |              |

**기타 보장 서비스(이러한 서비스에 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 이 목록은 전체 목록이 아닙니다. 귀하의 플랜 문서를 참조하세요.)**

- |                                  |                                                              |                                           |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| • 침술 - 질병, 부상, 만성 통증에 연간 20회 방문. | • 카이로프랙틱 진료 - 연간 20회 방문.                                     | • 불임 치료 - 내재하는 의료 상태(기저 질환)의 진단 및 치료로 제한. |
| • 비만 수술 - 네트워크 내 제공자로 제한됨.       | • 성형 수술 - 보장이 제한됨. 보험 증서 문서를 참조하거나 ID 카드에 나와 있는 전화번호로 문의하세요. | • 정기 시력 진료(성인) - 12개월마다 1회 정기 검안.         |

**계속해서 보험 보장을 받을 수 있는 권리:** 보험이 종료된 이후에도 보험 보장을 지속하고자 할 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 이러한 기관의 연락처 정보는 아래와 같습니다.

- 보험 보장을 계속 받을 수 있는 권리에 대해 자세히 알고 싶으시면, 본 플랜에 1-800-370-4526번으로 문의하세요.
- 귀하의 그룹 건강 보험 보장이 ERISA의 적용을 받는 경우, 노동부(Department of Labor)의 근로자 혜택 보장 관리국(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-EBSA(3272)로 문의하거나 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>을 참조할 수 있습니다.
- 비연방 정부 그룹 건강 플랜의 경우, 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 소비자 정보 및 보험 감독 센터(Center for Consumer Information and Insurance Oversight)에 1-877-267-2323(x61565)번으로 문의하거나 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 참조할 수 있습니다.
- 귀하의 보험 보장이 교회 플랜인 경우, 교회 플랜은 연방 COBRA 지속 보험 보장 규정으로 보장되지 않습니다. 해당 보험 보장에 가입하게 되면, 개인은 주법에 따른 지속 보험 보장에 대한 본인의 권리에 관하여 주정부 보험 규제 기관에 문의해야 합니다.

건강 보험 마켓플레이스를 통한 개인 보험 보장 구입을 포함하여 기타 보험 보장 옵션을 이용할 수도 있습니다. 마켓플레이스에 대한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 또는 1-800-318-2596으로 문의하세요.

**고충처리 및 이의신청 권리:** 보험 청구의 거절에 대해서 플랜에 민원이 있을 경우 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다. 이 민원을 고충처리 또는 이의신청이라고 합니다. 귀하의 권리에 관한 자세한 내용은 의료 청구를 위해 받게 될 혜택 설명서를 참조하세요. 플랜 문서에서도 귀하의 플랜에 어떠한 이유로든 청구, 이의신청 또는 고충처리를 제출하는 방법에 대한 모든 정보를 제공하고 있습니다. 귀하의 권리, 본 공지 또는 지원에 관한 자세한 내용은 다음 연락처로 문의하세요.

- 귀하의 그룹 건강 보험 보장이 ERISA의 적용을 받는 경우, 의료 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호 또는 일반 전화번호 1-800-370-4526번으로 Aetna에 직접 문의할 수 있습니다. 노동부(Department of Labor)의 근로자 혜택 보장 관리부(Employee Benefits Security Administration)에 1-866-444-EBSA(3272)로 문의하거나 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>을 참조할 수 있습니다.



- 비연방 정부 그룹 건강 플랜의 경우, 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 소비자 정보 및 보험 감독 센터 (Center for Consumer Information and Insurance Oversight)에 1-877-267-2323(x61565)번으로 문의하거나 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)를 참조할 수 있습니다.
- 또한 소비자 지원 프로그램을 통해 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 연락처 정보는 <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>에서 확인하세요.

#### 본 플랜은 최소 기본 보장을 제공합니까? 예.

일반적으로 최소 기본 보장에는 플랜, 마켓플레이스 또는 기타 개별 시장 보험을 통해 이용할 수 있는 건강 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보험 보장 등이 포함됩니다. 귀하가 특정 유형의 최소 기본 보장을 받을 자격이 있는 경우, 보험료 세금 공제를 받을 자격이 안 될 수도 있습니다.

#### 본 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니까? 예.

귀하의 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 마켓플레이스에서 구입한 플랜 비용을 지원받을 수 있는 보험료 세금 공제 혜택의 자격이 될 수도 있습니다.

*본 플랜이 표본적 의료 상황에서 비용을 보장해드릴 수 있는 방법에 관한 사례를 살펴보고 싶다면 다음 섹션을 참조하세요.*

보험 보장 사례:



이것은 비용 견적이 아닙니다. 보여드리는 치료는 본 플랜이 진료비를 보장하는 방법에 관한 사례일 뿐입니다. 실제 비용은 귀하가 받는 실제 진료, 의료 제공자가 청구하는 금액, 기타 많은 요인에 따라 달라질 수 있습니다. 비용 분담 금액(공제액, 코페이먼트, 공동보험비) 및 플랜에서 제외되는 서비스에 주목하세요. 이 정보를 이용하여 다른 건강 보험 플랜 하에서 귀하가 부담하게 될 수 있는 비용 분담분을 비교해 보십시오. 이 보장 사례들은 본인만을 보장하는 경우를 기준으로 합니다.

임신한 Peg의 경우  
(9개월 간의 네트워크 소속 산전 진료 및  
병원 분만)

■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0
■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15
■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100
■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0

이 사례에 포함되는 서비스:  
전문의 진료소 방문 (산전 관리)  
출산/분만 전문가 서비스  
출산/분만 시설 서비스  
진단 검사 (초음파 및 혈액 검사)  
전문의 방문 (마취)

사례의 총 비용	\$12,700
이 사례에서 Peg가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$200
<u>공동보험비</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
제한 또는 예외 사항	\$60
Peg가 지불해야 하는 총 금액	\$260

Joe의 제2형 당뇨병의 경우  
(잘 관리된 상태로 1년간 네트워크 소속  
정기 진료)

■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0
■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15
■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100
■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0

이 사례에 포함되는 서비스:  
일차진료의 진료소 방문 (질병 교육 포함)  
진단 검사 (혈액 검사)  
처방약  
당뇨병 용품 (혈당 측정기)

사례의 총 비용	\$5,600
이 사례에서 Joe가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$600
<u>공동보험비</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
제한 또는 예외 사항	\$20
Joe가 지불해야 하는 총 금액	\$620

Mia의 단순 골절의 경우  
(네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 진료)

■ <u>플랜의 전체 공제액</u>	\$0
■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$15
■ <u>병원(시설) 코페이먼트</u>	\$100
■ <u>기타 코페이먼트</u>	\$0

이 사례에 포함되는 서비스:  
응급실 진료 (의료 용품 포함)  
진단 검사 (엑스레이)  
내구성 의료 장비 (목발)  
재활 서비스 (물리 치료)

사례의 총 비용	\$2,800
이 사례에서 Mia가 지불해야 하는 금액:	
<u>비용 분담</u>	
<u>공제액</u>	\$0
<u>코페이먼트</u>	\$500
<u>공동보험비</u>	\$0
<u>보장되지 않는 사항</u>	
제한 또는 예외 사항	\$0
Mia가 지불해야 하는 총 금액	\$500

본 플랜은 이러한 사례에서 살펴본 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.

## 보조 기술

보조 기술을 이용하는 분들은 다음 정보를 완전히 이용하지 못할 수도 있습니다. 도움이 필요하면 1-800-370-4526번으로 문의하세요.

## 스마트폰 또는 태블릿

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

## 차별 금지 원칙

Aetna는 적용 가능한 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령 또는 장애에 근거하여 불법적으로 차별하거나 배제하거나 달리 대우하지 않습니다.

당사는 장애가 있는 분들과 언어 지원이 필요한 분들에게 무료 지원/서비스를 제공해 드립니다.

자격을 갖춘 통역사, 다른 형식의 서면 정보, 번역 또는 기타 서비스가 필요한 경우, ID 카드에 있는 전화번호로 연락하세요.

Aetna가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 위에 명시된 보호 계층에 근거하여 차별받았다고 생각하는 경우, 다음 연락처로 민권 코디네이터(Civil Rights Coordinator)에게 고충 처리를 제기할 수 있습니다.

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512(CA HMO 고객: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711

팩스: 859-425-3379(CA HMO 고객: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 민권 사무소(Office for Civil Rights)의 민권 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 또는 미국 보건복지부, 200 Independence Avenue SW., 509F, Room, HHH Building, Washington, DC 20201 또는 1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)로 민권 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

Aetna는 Aetna Life Insurance Company 및 그 계열사(Aetna로 통칭)를 포함한 Aetna 그룹 회사들 중 하나 또는 그 이상의 회사가 제공하는 상품 및 서비스에 사용되는 상표명입니다.

언어 지원:

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎትችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար գանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষিাপপকে হকয এই নম্বকিপেবষক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သုတ္တံအခမ္ဘာဖွင့် အခမဲ့ကမ်းဝင် ဖေပရပ် ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုသူ ၁-၈၀၀-၃၇၀-၄၅၂၆ သို့မဟုတ် ၁-၈၀၀-၃၇၀-၄၅၂၆။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hægu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏐᏕᏗᏚ ᏔᏛᏱᏗᏚ ᏓᏒᏊᏙᏪᏚ Ꮯ ᏲᏗᏗᏚ ᏤᏟᏑᏪᏚ ᏴᏚ, ᏡᏱᏱᏩᏞᏱ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526。
Choctaw -	Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pillá ho ish l paya hinla, l paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે. કૌલ કરો1-800-370-4526.



Hawaiian -	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ ni Pídyi ní, níí, dǎ nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێڕاگهیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەجێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄວ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirllok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bááq̣h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cīn wëu kor keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܟܝܢ ܫܒܝܩܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالتیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wonú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.