

2021 혜택 요약

파트 D 처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

2021년 1월 1일~2021년 12월 31일

절 - 혜택 요약 소개

제공된 혜택 정보는 당사의 보장 내역과 가입자의 지불 금액에 관한 요약입니다. 당사의 보장 서비스나 제약 또는 예외 사항이 모두 수록되어 있지는 않습니다. 모든 보장 서비스를 확인하시려면 당사에 문의하여 “**보장 범위 증명서(Evidence of Coverage)**”를 요청해 주십시오.

본 책자의 각 절

- **Clover Health Choice (PPO)**에 관해 알아야 할 사항
- 월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담 비용 한도
- 보장되는 의료 및 병원 혜택
- 처방약 혜택

이 문서는 영어 외의 언어로도 이용하실 수 있습니다. 추가 정보는 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-778-1478(TTY: 711).

Clover Health Choice (PPO)에 관해 알아야 할 사항

업무 시간 및 연락처 정보

- 10월 1일~3월 31일에는 주 7일간 오전 8시~오후 8시(현지 시간)까지 운영합니다.
- 4월 1일~9월 30일에는 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지(현지 시간) 운영하며, 주말과 공휴일에는 대체 기술(음성 메일 등)로 지원합니다.
- 플랜 가입자이신 분은 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-778-1478(TTY: 711).
- 플랜 가입자가 아닌 분은 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-466-5044(TTY: 711).
- 당사의 웹사이트: www.cloverhealth.com.

가입 대상자

Clover Health Choice (PPO)에 가입하시려면 Medicare 파트 A의 대상자여야 하며, Medicare 파트 B에 가입하고 서비스 지역에 거주해야 합니다. 당사의 서비스 지역에 포함되는 Arizona 주의 카운티: Pima.

보장 범위

플랜은 파트 C 혜택과 파트 D 혜택 외에도 보충 혜택을 제공할 수도 있습니다. 모든 Medicare 건강 보험과 마찬가지로 당사 플랜은 Original Medicare가 보장하는 서비스 외에도 *더 많은* 서비스를 보장합니다. 이 책자에서는 추가 혜택 중 일부를 간략히 설명합니다.

1절 - 혜택 요약 소개

당사는 파트 D 약을 보장합니다. 뿐만 아니라 화학요법과 귀하의 서비스 제공자가 투여하는 일부 약을 포함하여 파트 B약을 보장합니다.

- 웹사이트(www.cloverhealth.com)에서 플랜의 처방집 전체(파트 D 처방약의 목록)와 제한 사항을 확인할 수 있습니다.
- 또는, 당사에 문의하시면 처방집을 보내드리겠습니다.

Original Medicare의 보장과 비용은 현재 가지고 계신 “Medicare & You” 안내 책자를 참조하십시오. www.medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의해 주십시오.

가입자의 약 비용 결정 방법

당사 플랜은 각각의 약을 5가지 “단계” 중 하나로 분류합니다. 약 비용을 알아보려면 처방집을 이용하여 귀하가 사용 중인 약이 어느 단계에 해당하는지 찾아야 합니다. 지불 금액은 약이 해당하는 단계, 이용하시는 약국 및 본인이 어느 혜택 단계에 도달했는지에 따라 다릅니다. 이 문서의 뒷부분에서 혜택 단계, 즉 공제 단계, 초기 보장, 보장 공백 및 재해성 보장에 대해서 설명합니다.

이 플랜의 혜택이나 비용에 관해 궁금한 사항이 있으시면

Clover Health 로 문의해 주십시오.

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담 비용 한도

월 플랜 보험료	Clover Health Choice (PPO)의 월 플랜 보험료를 별도로 내시지 않아도 됩니다. Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.
공제액	의료비 공제액: 해당 없음. 처방약 공제액: 해당 없음.
가입자 부담 최대 한도액	<p>이 플랜의 연간 한도액:</p> <ul style="list-style-type: none">• 네트워크 소속 제공자의 서비스: \$3,400.• 네트워크 소속 및 비소속 통합 제공자의 서비스: \$3,400. <p>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스를 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지급합니다.</p> <p>가입자가 일부 서비스에 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.</p> <p>파트 D 처방약에 대한 월납 보험료와 비용 분담액은 계속 납부해야 한다는 점을 유의해 주십시오.</p>

보장되는 의료 및 병원 혜택

사전에 승인을 받아야 하는 보장 서비스는 아래의 혜택 차트에 굵게 표시되어 있습니다.

입원 환자 병원	<p>네트워크 소속:</p> <p>1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 \$200.</p> <p>6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 \$0.</p> <p>네트워크 비소속:</p> <p>1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 \$320.</p> <p>6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 \$0.</p>
-----------------	--

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

외래 환자 병원	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>외래 수술: 자기부담금 \$150.</p> <p>대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>외래 수술: 자기부담금 \$250.</p>
의사 진료실 방문	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>주치의 방문: 자기부담금 \$0.</p> <p>전문의 방문: 자기부담금 \$15.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>주치의 방문: 자기부담금 \$5.</p> <p>전문의 방문: 자기부담금 \$30.</p>
예방 진료 (예: 독감 백신, 당뇨병 검사)	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스의 자기부담금 \$0.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스의 공동보험액 35%.</p> <p>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다.</p>
응급 진료	<p><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></p> <p>1회 방문당 자기부담금 \$90.</p> <p>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

긴급 필요 서비스	<p><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></p> <p>1회 방문당 자기부담금 \$25.</p> <p>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.</p>
진단 서비스/검사실 검사/영상	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>진단 검사 및 시술 - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 \$50.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$150.</p> <p>검사실 서비스: 자기부담금 \$0.</p> <p>코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사: 자기부담금 \$0.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등)- 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$85.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$150.</p> <p>엑스레이 서비스: 자기부담금 \$30.</p> <p>방사선 치료(방사선): 공동보험액 20%.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>진단 검사 및 시술 - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$65.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$175.</p> <p>검사실 서비스: 자기부담금 \$20.</p> <p>코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사: 자기부담금 \$0.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$100.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$250.</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p>엑스레이: 공동보험액 35%.</p> <p>방사선 치료(방사선): 공동보험액 35%.</p>
청력 서비스	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 \$15. 정기 청력 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</p> <p>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 1년에 귀 한쪽당 1개): TruHearing 제공자의 고급 보청기 이용 시 자기부담금 \$699. TruHearing 제공자의 프리미엄 보청기 이용 시 자기부담금 \$999.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 \$30. 정기 청력 검사(역년으로 매년 1회): 공동보험액 35%.</p> <p>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 1년에 귀 한쪽당 1개): 보청기당 자기부담금 \$999.</p>
치과 서비스	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 \$0. 입원 환자 병원 자기부담금 규정이 적용됩니다.</p> <p>예방 치과 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none">• 구강 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.• 스케일링(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0.• 치과 엑스레이(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.• 불소 치료(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0. <p><u>종합 치과 서비스:</u></p> <p>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 \$20를 납부한 후 역년으로</p>

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

매년 최대 \$1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:

- 복원 서비스
- 근관 치료
- 치주질환 치료
- 발치
- 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스

네트워크 비소속:

Medicare에서 보장되는 경우: 자기부담금 \$20. 의학적으로 필요한 급성으로 인한 입원에 해당합니다. 입원 환자 병원 자기부담금 규정이 적용됩니다.

예방 치과 서비스:

- 구강 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.
- 스케일링(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0.
- 불소 치료(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0.
- 치과 엑스레이(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.

종합 치과 서비스:

플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 \$20를 납부한 후 역년으로 매년 최대 \$1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:

- 복원 서비스
- 근관 치료
- 치주질환 치료
- 발치
- 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스

추가 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

안과 서비스	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 \$15.</p> <p>정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</p> <p>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 \$0.</p> <p>정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.</p> <p>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 \$100까지 지급합니다. 추가 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 \$30.</p> <p>정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</p> <p>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 \$0.</p> <p>정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.</p> <p>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 \$100까지 지급합니다. 추가 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다. EyeQuest 네트워크에 소속되지 않은 제공자에게서 받은 보장 서비스에 대해 EyeQuest의 계약 요율 이상의 금액은 가입자가 부담해야 합니다.</p>
정신 건강 서비스	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$15.</p> <p>개별 치료 방문: 자기부담금 \$15.</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$30.</p> <p>개별 치료 방문: 자기부담금 \$30.</p>
전문 간호 시설(SNF)	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>1일 차~20일 차: 하루당 자기부담금 \$0.</p> <p>21일 차~100일 차: 하루당 자기부담금 \$178.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>하루당 공동보험액 35%.</p> <p>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다.</p>
물리 치료	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 \$15.</p> <p>작업 치료 방문: 자기부담금 \$15.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>물리 치료 및 언어치료 방문: 공동보험액 35%.</p> <p>작업 치료 방문: 공동보험액 35%.</p>
구급차	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>지상 구급차: 자기부담금 \$220.</p> <p>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$220.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>지상 구급차: 자기부담금 \$220.</p> <p>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$220.</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

교통수단	플랜의 서비스 지역 내에서 의료 관련 장소로 이동하는 비응급 여행은 편도 최대 24회까지 자기부담금 \$0. 각 편도여행은 50 마일을 초과할 수 없음.
Medicare 파트 B약	<u>네트워크 소속:</u> 화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%. 기타 파트 B약: 공동보험액 20%. <u>네트워크 비소속:</u> 화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 35%. 기타 파트 B약: 공동보험액 35%.
외래 수술 센터	<u>네트워크 소속:</u> 자기부담금 \$200. <u>네트워크 비소속:</u> 공동보험액 35%.
발 치료(발병학 서비스)	<u>네트워크 소속:</u> Medicare에서 보장되는 발 관리: 자기부담금 \$15. 정기적 발 관리: 보장되지 않음 <u>네트워크 비소속:</u> Medicare에서 보장되는 발 관리: 자기부담금 \$30. 정기적 발 관리: 보장되지 않음
내구성 의료 장비	<u>네트워크 소속:</u> 공동보험액 20%.

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>공동보험액 35%.</p>
<p>보철 장치(보조기, 의수 또는 의족 등)</p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>보철 기기: 공동보험액 20%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>보철 기기: 공동보험액 35%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 35%.</p>
<p>당뇨병 관리 용품과 서비스</p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 \$0.</p> <p>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.</p> <p>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 35%</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 35%.</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.</p> <p>치료용 신발 또는 삽입물: 공동보험액 35%.</p>
<p>웰니스 프로그램</p>	<p>SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십의 자기부담금 \$0.</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

처방전 없이
구입할 수 있는
일반 의약품(OTC)

우편 주문을 통해 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 \$0입니다. 보조금은 최대 \$75입니다.

가입자는 분기마다 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC) 구매에 사용할 보조금을 받을 수 있습니다. 미사용 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 보조금 계산은 각 분기 초에 다시 시작됩니다.

처방약 혜택

공제 단계

이 플랜의 경우 공제가 없으므로 이 지급 단계는 적용되지 않습니다.

초기 보장

총 연간 약 비용이 \$4,130에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 총 약 비용은 가입자와 당사 파트 D 플랜이 지불하는 모든 약 비용입니다.

표준 소매 비용 분담액

단계	30일분	60일분	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$7	자기부담금 \$10	자기부담금 \$5
2단계 (복제약)	자기부담금 \$15	자기부담금 \$30	자기부담금 \$45
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$47	자기부담금 \$94	자기부담금 \$141
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$100	자기부담금 \$200	자기부담금 \$300
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%	공동보험액 33%	공동보험액 33%

우선 소매 비용 분담액

단계	30일분	60일분	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0	자기부담금 \$0	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$10	자기부담금 \$20	자기부담금 \$30
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$40	자기부담금 \$80	자기부담금 \$120

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

약)			
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$95	자기부담금 \$190	자기부담금 \$285
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%	공동보험액 33%	공동보험액 33%

우편 주문

단계	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$0
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$110
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$275
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

가입자의 비용 부담액은 장기 치료 시설 약국, 가정 주입 약국 또는 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우 달라질 수도 있습니다.

보장되는 약 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사로 문의하시거나 웹사이트(www.cloverhealth.com)에서 플랜의 “**보장 범위 증명서**”를 참조해주시시오.

보장 공백

보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 \$4,130에 도달한 후 시작됩니다.

보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 \$6,550이 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에는 플랜 비용의 25%, 보장되는 복제약에는 플랜 비용의 25%를 지불합니다.

재해성 보장 금액

가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 \$6,550에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다.

- 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 \$3.70 및 다른

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

모든 약에 대해 자기부담금 \$9.20, 또는

- 비용의 5%.

고지 사항

주의: 스페인어를 사용하시는 가입자는 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-888-778-1478(TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-888-778-1478 (TTY: 711).

Clover Health Choice (PPO)는 Medicare와 계약을 맺은 지역 PPO 플랜입니다. **Clover Health Choice (PPO)** 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

본 정보는 혜택에 대한 전체 내용이 아닙니다. 보다 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오. 한도, 자기부담금 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 가입자에게 미리 통지해드립니다.

네트워크 비소속/미계약 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고, Clover Health 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스의 보장 여부에 관해서는 서비스를 받기 전에 가입자나 서비스 제공자가 당사에 사전 서비스 기관 결정을 문의하시는 게 좋습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담액을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 “보장 범위 증명서”를 참조하시기 바랍니다.

의료 보장은 Clover Insurance Company에서 제공합니다.