



2024
혜택 요약서

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside 카운티

플랜 연도: 2024년 1월 1일 - 2024년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대한 요약한 것입니다. 당사가 보장하는 서비스, 제한 사항, 제외 사항에 대한 전체 목록은 다음 웹사이트에 게재된 보장 범위 증명서(EOC)에서 확인하실 수 있습니다. ko.clevercarehealthplan.com/eoc

Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음과 같은 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 요건에 맞는 만성 심혈관 질환 및/또는 당뇨병 진단을 받았으며
4. 서비스 지역 내 하나의 카운티에 거주해야 합니다:
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside



네트워크 소속 의사, 전문의, 병원, 약국을 찾아보십시오. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 귀하께서 서비스 비용 전액을 부담해야 합니다.

ko.clevercarehealthplan.com/provider



약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

ko.clevercarehealthplan.com/formulary



해당 자료에 관한 문의 사항이 있으시면 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-833-808-8164 (TTY:711)**로 전화해 주십시오. 또는 이메일 sales@clevercarehealthplan.com으로 문의하십시오.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알고 싶으시면 현재 가지고 계신 **메디케어와 가입자(Medicare & You)** 소책자를 확인하시기 바랍니다. Medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 주 7일, 하루 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.



2024 혜택 요약서 | Clever Care Total+ (HMO C-SNP)


심혈관 질환 및/또는 당뇨병 진단을 받은 개인을 위한 총체적인 플랜; 처방약 비용 절감 포함.

비용 부담 할인(reduced cost-sharing)이 적용되는




경우  로 표시됩니다.

귀하께서 Medi-Cal(메디칼) 프로그램의 전체 수혜자로 등록된 경우 의료 서비스에 대한 본인 부담금은 없습니다. Medi-Cal 및 비용 부담금(SOC)이 있는 경우 플랜 보험료 및 모든 비용 부담금은 Medi-Cal 또는 제삼자가 부분적으로 지급하게 됩니다.



보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	\$15.70	 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	\$0	이 보험에는 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방약에 대한 본인 부담액이 설정되어 있습니다.
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$0	연간 \$8,850	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	혜택 기간당 \$0 코페이	다음은 2024년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none">혜택 기간당 \$1,632 본인부담 공제액혜택 기간당 1~60일 차 및 91일차 이상 일당 \$0 코페이61~90일 차 일당 \$408 코페이, 혜택 기간당	
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none">외래환자 입원소견 서비스	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	메디케어 허용 금액의 20% 코인슈런스	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 0% 코인슈런스	방문당 메디케어 허용 금액의 20% 코인슈런스	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이	연당 1회의 웰니스 진료. 이 진료의 목적은 현재 건강 상태와 위험 요인에 따라 개인 맞춤형 예방 계획을 세우는 것입니다.
응급 진료 <ul style="list-style-type: none"> 응급실 	방문당 \$0	방문당 \$95 코페이	 동일한 질환으로 72 시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(열전케어) 	방문당 \$0 코페이	방문당 \$25 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 시술 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 진단 검사 또는 시술 또는 엑스레이당 0% 코인슈런스 방사선 서비스당 \$0 코페이	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 진단 검사 또는 시술 또는 엑스레이당 메디케어 허용 금액의 20% 코인슈런스 방사선 서비스당 \$0 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 Nations Hearing의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.
청력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> 정기 청력 검사 (1회로 제한) 보청기 최적화 피팅 및 평가 (3회로 제한) 보청기 해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다. 보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>치과 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메디케어 보장하는 서비스 <p>치과 서비스 (PPO)*</p> <p>예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 구강 검사 (2회로 제한) • 치아 클리닝 (2회로 제한) • 불소 치료 (1회로 제한) • 바이트윙 엑스레이 (2회로 제한) • 치과용 엑스레이 (1회로 제한) <p>종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 충치 치료 및 치아 수리 • 신경 치료 • 치과용 크라운 (치관) • 임플란트 • 브릿지, 틀니, 발치 <p>해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 분기별 \$575의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,300입니다.</p>	<p>메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>임플란트, 콘빔 CT 영상, 다시 하는 크라운, 고정 보철물 (브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>네트워크에 소속된 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 Liberty Dental 소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하께서 부담해야 할 지출이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 플랜 최대한도까지 보장 서비스에 관하여 허용된 금액까지 제공합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p> <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>치아 교정은 제외됩니다.</p>
<p>시력 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 <p>시력 서비스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류 (안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 <p>해당 플랜은 연간 \$200의 수당을 제공합니다.</p>	<p>검사당 \$0 코페이</p> <p>품목당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>검사당 \$0 코페이</p> <p>품목당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 VSP Vision Care의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>정기 서비스에 대해 플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 귀하께서 비용 전액을 부담해야 합니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.


혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 입원환자 정신건강 관리 	혜택 기간당 체류당 \$0	다음은 2024년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none"> 혜택 기간당 \$1,632 본인부담 공제액 혜택 기간당 1~60일 차 및 91일차 이상은 일당 \$0 코페이 61~90일 차 일당 \$408 코페이, 혜택 기간당 	 <p>종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.</p>
<ul style="list-style-type: none"> 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	방문당 \$0 코페이	방문당 \$0 코페이	
전문 영양 시설(SNF)*	체류당 \$0 코페이	다음은 2024년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none"> 각 혜택 기간의 1~20일 차에 일당 \$0 코페이 각 혜택 기간의 21~100일 차에 일당 \$204 코페이 	 <p>사전 입원이 필수사항은 아닙니다.</p>
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> 작업 물리 및 언어 	방문당 \$0 코페이	방문당 \$0 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> 지상 운송 항공 수송 	운행당 0% 코인슈런스 (편도)	운행당 메디케어 허용 금액의 20% 코인슈런스 (편도)	
교통편 해당 플랜은 편도 48회 의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 25마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품*	0% 코인슈런스	0~20% 코인슈런스	 <p>항암 화학요법 및 기타 파트 B 의약품은 비용의 0~20% 코인슈런스 또는 메디케어에서 허용하는 코인슈런스 중 낮은 금액이 적용됩니다. 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 비용 분담금은 20% 코인슈런스를 초과하지 않습니다.</p>

TOTAL+

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 분기별 총 \$275의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$1,100입니다.</p> <p>피트니스 활동은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 골프, 탁구 태극권, 요가 헬스장 회원권 <p>비처방 의약품(OTC)은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 진통약 감기 및 독감약 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 인삼 제비집(연와) 타이거 밤 	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 어떤 항목에 나눠 소비하실지 선택합니다.</p> <p>서비스를 이용할 때 플렉스 Mastercard® 직불 카드를 이용하여 결제하십시오.</p>	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 어떤 항목에 나눠 소비하실지 선택합니다.</p> <p>서비스를 이용할 때 플렉스 Mastercard® 직불 카드를 이용하여 결제하십시오.</p>	<p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되지 않으며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다.</p> <p>한방 건강 보조제는 네트워크 소속 업체에서 구매하시거나 Clever Care에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 염증, 불안, 소화기 계통 등의 치료에 효능이 있습니다.</p>
<p>침술 서비스 (정기) 해당 플랜은 연간 최대 \$2,500까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스 해당 플랜은 달력상 연당 최대 24회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 부항/쑥뜸 추나, 괄사 Med-X 및 반사 요법 	<p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p>	<p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p>	<p>귀하는 반드시 당사의 침술 네트워크 소속 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p>
<p>건강 및 웰니스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> 연례 신체 검사 	연당 1회 방문에 \$0 코페이	연당 1회 방문에 \$0 코페이	<p>해당 검사는 연례 웰니스 진료보다 더 광범위합니다. 혈액 검사 및 기타 검사 외에도 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다.</p>


혜택	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 고객 부담 금액	중요 고지 사항
24시간 Optum® 간호사 상담 전화 면허를 소지한 간호사가 365 일 24시간 상근합니다.	통화당 \$0 코페이	통화당 \$0 코페이	어디에서 치료를 받아야 할지 잘 모르거나 긴급한 의료 상황에 대해 질문이 있을 때 이 혜택을 사용하여 면허가 있는 간호사로부터 조언을 구하십시오.
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능). 담당 의사 진료실에서 제공하는 진료. 	의학적 또는 정신 건강 진료에 \$0 코페이 방문당 \$0 코페이	의학적 또는 정신 건강 진료에 \$0 코페이 정신 건강 진료에 \$40 코페이 방문당 \$0 코페이	 Teladoc 의료 제공자는 비응급 상황인 건강 문제를 진단하고 다룰 수 있고, 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다.

플랜에 포함된 추가적 혜택:

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
전 세계적 보장	\$0 코페이	해당 플랜은 미국 및 그 영토 밖에서의 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 구급차 이송에 대해 연간 \$100,000의 한도가 있습니다.
퇴원 후 식사 지원* 회복을 돕기 위해 병원에 입원하거나 전문 영양 시설에 입원한 직후에 사용할 수 있습니다.	28일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 연당 84식을 초과할 수 없습니다.	외래 수술 방문 후에는 이용할 수 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 해당 플랜은 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스를 제공합니다.	연당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>만성 질환을 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>아래 나열된 만성 질환 중 하나로 진단받고 특정 기준에 부합하는 경우, 만성 질환을 위한 특별 보충 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 심혈관 질환 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 질환 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경학적 질환 • 뇌졸중 	<p>만성 질환 회원을 위한 식사 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p>식료품 (건강한 음식) 월 \$100 한도 내에서 적격 식품 품목에 \$0 코페이. 다음 달로 이월되지 않습니다.</p> <p>원격 관찰 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 관찰하는 기기에 \$0 코페이</p> <p>재택 안전 평가 연당 최대 2회 평가에 \$0 코페이</p> <p>재택 지원 서비스 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연당 40시간으로 제한됩니다.</p> <p>사회적 니즈 혜택 비임상 개별 돌보미가 제공하는 사회적 교류 서비스에 \$0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한됩니다.</p> <p>간병인을 위한 지원 임시 간호에 \$0 코페이. 연당 40시간으로 제한됩니다.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.</p>

 귀하의 비용 부담은 선택하는 약국(예: 일반 소매, 네트워크 비소속, 우편 주문) 또는 귀하께서 30일 치 또는 100일 치 분량의 약품을 받는지에 따라 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하고 있다면, 귀하는 31일 치 분량의 약품에 대해 일반 소매 약국을 이용할 때와 같은 금액을 부담합니다. VBID 프로그램은 처방약의 비용 부담 금액이 없습니다. 당뇨병이나 심혈관 질환이 있고 추가 지원(Extra Help)에 해당하는 수혜자가 해당할 수 있습니다.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액

1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$545 계층 6 또는 인슐린 약품에는 연간 본인부담 공제액이 적용되지 않습니다.					
2 단계: 초기 보장 단계 귀하는 총 연간 의약품 비용 (플랜 및 귀하가 지불한 비용) 이 \$5,030에 도달할 때까지 다음 금액을 지불합니다.	일반 소매 비용 부담 (네트워크 소속)		일반 비용 부담 (우편 주문)		소매 비용 부담 (네트워크 비소속)*	
	VBID의 경우, 처방 일수 30 ~ 100일	처방 일수 30 ~ 100일	VBID의 경우, 처방 일수 100일	처방 일수 100일	VBID의 경우, 처방 일수 30일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반 약품	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 2: 일반 약품	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 3: 선호 브랜드 약품	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 4: 비선호 약품	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 5: 특수의약품 단계 약품*	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 6: 보충 약품**	\$0		\$0		\$0	
인슐린:	본인부담 공제액을 지불하지 않은 경우에도 비용 부담 단계와 관계없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 처방 일수 1개월 치에 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.					

*네트워크 비소속 약국 또는 소매 약국 또는 우편 주문에서는 계층 1~6의 일부 약품에 대한 장기 공급 약품을 구매할 수 없습니다. **계층 6 보충 약품에는 일반 비아그라, 처방 기침약, 비타민 등이 포함됩니다.

3 단계: 보험 적용 공백 연간 총 의약품 비용이 \$5,030에 도달한 후에는 연간 총 의약품 비용 (플랜과 귀하가 지불한 비용)이 \$8,000에 도달할 때까지 이 단계에 해당합니다.	이 지불 단계에서, VBID에 해당하는 경우, 플랜은 귀하의 보장되는 파트 D 의약품에 대한 전체 비용을 지불합니다. 귀하의 부담금은 없습니다.
4 단계: 재난적 보장 단계 연간 총 의약품 비용이 \$8,000에 도달하면 귀하는 달력상의 연말까지 이 단계에 계속 해당합니다.	이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대한 전체 비용을 지불합니다. 귀하의 부담금은 없습니다.

TOTAL+

VBID의 조건을 갖춘 수혜자는 한층 강화된 혜택과 **무료** 처방약 보장혜택을 받게 됩니다.



파트 D 비용 분담금 인하: Clever Care는 Total+ (HMO C-SNP) 가입자 중 조건에 부합하는 분들께 초기 보장 단계 및 적용 공백을 통해 처방약에 대한 전체 비용을 지불합니다.



보상금 및 인센티브: 해당 플랜은 가입자에게 연간 최대 \$600를 지급하는 두 가지 보상금 프로그램을 제공합니다. 참여하시는 것은 가입의 필수 요건은 아니지만, 여러분의 건강을 관리할 수 있는 좋은 방법입니다.



웰니스 및 건강 관리 계획: 건강 위험 평가(HRA)를 작성하고 사전 의료 지시서(AHCD)를 포함한 사전 돌봄 계획을 수립할 수 있는 기회가 주어지며, 이는 본인의 선호 사항을 의사 전달할 수 없는 경우를 위해 받고자 하는 치료 유형을 문서화하는 것입니다.



파트 C 보상금
건강 위험 평가(HRA), 연간 암 검진, 백신 접종 등을 완료하기만 해도 최대 **\$300**를 적립할 수 있습니다! 활동에 따라 각기 다른 보상 금액이 할당됩니다.



파트 D 보상금
참가자는 당뇨병 약물을 90% 이상 준수하고 종합 약물 검토(CMR)를 완료하거나 스타틴 약물을 복용하고 교육 수업에 참여함으로써 연간 최대 **\$300**를 적립할 수 있습니다.



보상금은 플렉스 Mastercard® 직불 카드에 추가되며 다음 용도로 사용할 수 있습니다:

- 식료품
- 한방 건강 보조제
- 비처방 의약품 (OTC)
- 헬스장 멤버십 또는 피트니스 활동



전화로 친절히 안내드리겠습니다! (833) 808-8164 (TTY:711)

VBID 모델에 따른 제시 혜택 또는 보상금 및 인센티브 프로그램에 대한 대상자로서의 해당 여부는 보장되지 않으며, 관련 기준(예: 임상 진단, 자격 기준, 질병 상태 관리 프로그램 참여)을 기반으로 플랜에서 결정합니다.



가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 혜택과 규칙을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있는 경우 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 1-833-808-8164 (TTY:711)로 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오.

혜택 이해하기

- 보장 범위 증명서(EOC)에는 보장 범위 및 서비스의 전체 목록이 나와 있습니다. 가입하기 전에 플랜의 보장범위, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. EOC 사본은 ko.clevercarehealthplan.com/eoc를 방문하시거나 1-833-808-8164 (TTY:711)로 전화하십시오.
- 의료 서비스 제공자 명부를 검토하여 (또는 의사에게 문의하여) 현재 진료를 받고 있는 의사가 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 원하시는 의사가 명부에 없는 경우 새로운 의사를 선택해야 할 수 있습니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방 약을 받기 위해 이용하는 약국이 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 원하시는 약국이 명부에 없는 경우 처방 약을 받을 약국을 새로 선택해야 할 수 있습니다.
- 약이 보장되는지 확인하려면 처방집을 검토하십시오.

중요한 규칙 이해하기

- 월 보험료가 있는 플랜의 경우: 월 플랜 보험료 외에도 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회 보장 급여에서 공제됩니다.
- 보험료가 없는 플랜의 경우: 해당 플랜에 대해 별도의 월 플랜 보험료를 납부하지 않지만, 메디케어 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회 보장 급여에서 공제됩니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 코페이/코인슈런스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 플랜에만 해당: 응급 상황 또는 긴급한 상황을 제외하고는 네트워크 비소속 제공자(제공자 명부에 등재되지 않은 의사)에게서의 서비스는 보장되지 않습니다.
- C-SNP 플랜에만 해당: 해당 플랜은 만성 질환 특수 필요 플랜(C-SNP)입니다. 가입 자격은 특정 중증 또는 장애를 유발하는 만성 질환을 겪고 있고 그것을 증명하는 것에 따릅니다.
- 현재 보장범위에 미치는 영향: 현재 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장범위가 시작되면 현재 메디케어 어드밴티지 의료 보장범위가 종료됩니다. 트라이케어(Tricare)에 가입된 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장이 시작되면 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하시기 바랍니다. 메디갭(Medigap) 플랜에 가입된 경우, 메디케어 어드밴티지 보장범위가 시작되면 사용할 수 없는 보장에 대한 비용을 지불하게 되므로 Medigap 플랜을 해지하는 것이 좋을 수 있습니다.

TOTAL+

Clever Care Health Plan, Inc. 는 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

당사의 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 당사는 귀하의 개인정보를 보호합니다. 개인 정보 보호 관행 고지를 참조하십시오: ko.clevercarehealthplan.com/privacy. 모든 상표는 해당 소유자의 단독 재산입니다.