

Clever Care Health Plan, Inc.가 제공하는 Clever Care Longevity (HMO)

2025 년도 연례 변경 고지

귀하는 현재 Clever Care Longevity (HMO) 회원으로 가입되어 있습니다. 내년도에 본 플랜의 비용과 혜택이 일부 변경될 예정입니다. **보험료를 포함한 중요한 비용 요약 내용은 4 페이지를 참조하십시오.**

이 문서는 귀하의 플랜 변경 사항에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에 있는 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오. 또한 회원 서비스에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

- 내년도를 위한 귀하의 메디케어 보장 변경을 **10 월 15 일~12 월 7 일** 사이에 해 주시기 바랍니다.

지금 해야 할 조치

1. 질문하십시오: 어떤 변경이 본인에게 해당되는가

- 저희의 혜택과 비용의 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 체크하십시오.
 - 진료비(의사, 병원) 변경 사항을 검토하십시오.
 - 보장 제한 및 비용 분담을 포함하여 의약품 보장에 대한 변경 사항을 검토하십시오.
 - 보험료, 본인부담 공제액 및 비용 분담으로 지출할 금액을 고려하십시오.
 - 2025 년 “약품 목록”의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약이 여전히 보장되는지 확인하십시오.
 - 2024 년과 2025 년 플랜 정보를 비교하여 이러한 약 중 어느 것이 2025 년에 다른 비용 분담 계층으로 이동할 예정이거나 사전 승인, 단계 치료 또는 수량 제한과 같은 다른 제한의 적용을 받게 되는지 확인하십시오.
- 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 의료 서비스 제공자가 내년에 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.
- 귀하가 처방약 지불을 돕는 프로그램의 대상이 되는지 확인하십시오. 소득이 제한적인 사람들은 메디케어로부터 “Extra Help(추가 도움)”를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 저희 플랜에 대한 만족 여부를 고려하십시오.

2. 비교하십시오: 다른 플랜 옵션에 대해 알아보십시오

- 귀하 지역 내 플랜의 보장 범위와 비용을 체크하십시오.
웹사이트(www.medicare.gov/plan-compare)에 있는 메디케어 플랜 과인더를 사용하거나 메디케어와 가입자(Medicare & You) 2025 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오. Extra Help(추가 도움)가 필요한 경우, 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 연락하여 훈련받은 상담사와 상담하십시오.
- 귀하의 선택을 어떤 선호 플랜으로 좁혔으면 해당 플랜의 웹사이트에서 본인의 비용과 보장 범위를 확인하십시오.

3. 선택하십시오: 귀하의 플랜 변경 여부를 결정하십시오

- 2024 년 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 귀하는 Clever Care Longevity 가입 상태가 유지됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하는 경우에는 10 월 15 일~12 월 7 일 사이에 플랜을 전환할 수 있습니다. 새로운 보장은 **2025 년 1 월 1 일**부터 시작됩니다. 이로써 귀하의 Clever Care Longevity 가입은 종료됩니다.
- 최근에 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나 현재 입원 중인 경우, 언제든지 (별도의 메디케어 처방약 플랜 유무와 관계없이) 플랜을 전환하거나 오리지널 메디케어로 전환할 수 있습니다. 최근에 기관에서 퇴소한 경우, 이사한 달로부터 만 2 개월 동안 플랜을 변경하거나 오리지널 메디케어로 전환할 기회가 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 중국어, 한국어, 베트남어, 스페인어로 무상 제공됩니다.
- 추가 정보는 회원 서비스 전화 1-833-808-8164 로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711 로 전화하셔야 합니다.) 근무 시간은 10 월 1 일~3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시이며, 4 월 1 일~9 월 30 일에는 평일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 이 통화는 무료입니다.
- 본 정보는 큰 활자 인쇄물, 오디오 또는 필요에 따라 다른 형태로도 제공이 가능합니다. 플랜 정보를 다른 형태로 받아보고 싶으신 분은 상기 전화번호의 회원 서비스로 문의하시기 바랍니다.
- 본 플랜에 의거한 보장은 적격 건강 보장(QHC)에 해당되며 환자보호 및 적정가케어법(ACA)의 개별 책임 공유 요건을 충족합니다. 상세 정보를 위해서는 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 방문하십시오.

Clever Care Longevity 에 관한 정보

- Clever Care Health Plan, Inc.는 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다.
- 이 문서에 명시된 “저희”, “저희를” 또는 “저희의”라는 단어는 Clever Care Health Plan 을 의미합니다. “본 플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 말할 때는 Clever Care Longevity 를 의미합니다.

2025 년도 연례 변경 고지 목차

2025 년도 중요 비용 요약	4
섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항	5
섹션 1.1 – 월 보험료 변경.....	5
섹션 1.2 – 가입자 부담 최대 한도액의 변경.....	6
섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항.....	6
섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항.....	7
섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항.....	11
섹션 2 행정적 변경	14
섹션 3 어느 플랜을 선택할지 결정하기	14
섹션 3.1 – Clever Care Longevity 유지를 원하는 경우.....	14
섹션 3.2 – 플랜 변경을 원하는 경우.....	14
섹션 4 플랜 변경 마감일	15
섹션 5 메디케어에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램	16
섹션 6 처방약 지불을 돕는 프로그램	16
섹션 7 질문?	17
섹션 7.1 – Clever Care 로부터 도움 받기	17
섹션 7.2 – 메디케어로부터 도움 받기.....	18

2025 년도 중요 비용 요약

아래 표는 Clever Care Longevity 의 2024 년 비용과 2025 년 비용을 여러 중요 영역에서 비교한 것입니다. 이 정보는 비용에 대한 요약 내용임에 유의하십시오.

비용	2024(금년)	2025(내년)
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 액수보다 더 높을 수 있습니다. 세부 내역은 섹션 1.1 을 참조하십시오.	\$0	\$0
본인부담 공제액	\$0	\$0
파트 B 보험료 인하	제공되지 않음	\$1.20 (San Diego 카운티)
가입자 부담 최대 한도액 이는 보장 서비스를 위해 본인이 부담할 최대 액수입니다. (세부 내역은 섹션 1.2 를 참조하십시오.)	\$1,700	\$1,200
의사 진료실 방문	주치의 방문: 방문당 \$0 전문의 방문: 방문당 \$0	주치의 방문: 방문당 \$0 전문의 방문: 방문당 \$0
병원 입원	입원당 \$0 코페이를 지불합니다	입원당 \$0 코페이를 지불합니다
파트 D 처방약 보장 (세부 내역은 섹션 1.5 를 참조하십시오.)	본인부담 공제액: \$0 초기 보장 단계 동안 해당되는 경우 코페이먼트/코인슈런스 :	본인부담 공제액: \$0 초기 보장 단계 동안 해당되는 경우 코페이먼트/코인슈런스 :

비용	2024(금년)	2025(내년)
	약 계층 1: \$0 코페이 약 계층 2: \$0 코페이 약 계층 3: \$35 코페이 약 계층 4: \$99 코페이 약 계층 5: 33% 코인슈런스 약 계층 6: \$0 코페이	약 계층 1: \$0 코페이 약 계층 2: \$0 코페이 약 계층 3: \$47 코페이 약 계층 4: \$99 코페이 약 계층 5: 33% 코인슈런스 약 계층 6: \$0 코페이
	재난적 보장 단계: • 이 지불 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 보장 파트 D 약 비용 전액을 지불합니다. • 귀하의 아무것도 지불하지 않습니다.	재난적 보장 단계: • 이 지불 단계에서 귀하는 귀하의 보장 파트 D 약과 저희의 높아진 혜택에 따라 보장되는 제외된 약에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 1.1 – 월 보험료 변경

비용	2024(금년)	2025(내년)
월 보험료 (또한 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.)	\$0	\$0

- 적어도 메디케어 약 보장만큼 좋은 다른 보장(“신용할 만한 보장”이라고도 함)을 63 일 이상 동안 없이 지낸 데 대해 귀하가 평생 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 하는 경우, 귀하의 플랜 월 보험료는 증가할 것입니다.
- 귀하의 소득이 증가한 경우, 본인의 메디케어 처방약 보장을 위해 매월 추가 금액을 직접 정부에 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 1.2 – 가입자 부담 최대 한도액의 변경

메디케어는 모든 헬스 플랜에서 귀하가 연중에 지불하는 본인 부담 금액의 한도를 정할 것을 요구합니다. 이 한도를 “가입자 부담 최대 한도액”이라고 합니다. 귀하가 이 한도에 도달하면 귀하는 일반적으로 그 연도의 나머지 기간에는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.

비용	2024(금년)	2025(내년)
가입자 부담 최대 한도액 귀하의 보장 의료 서비스를 위한 비용(예: 코페이)은 귀하의 가입자 부담 최대 한도액에 계상됩니다. 귀하의 플랜 보험료와 처방약 비용은 가입자 부담 최대 한도액에 계상되지 않습니다.	\$1,700	\$1,200
		보장 서비스에 대해 \$1,200의 본인 부담 금액을 지불하면 귀하는 그 달력 연도의 나머지 기간에는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않을 것입니다.

섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항

귀하가 처방약에 대해 지불하는 금액은 귀하가 어느 약국을 이용하느냐에 따라 달라집니다. 메디케어 의약품 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 그것이 저희 네트워크 약국 중 하나에서 지어지는 *경우에만* 보장됩니다.

업데이트된 명부는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. 또한 회원 서비스에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 확인하거나, 명부를 우편으로 요청할 수도 있으며 이 경우 저희는 3 영업일 내에 발송합니다.

내년도 서비스 제공자 네트워크에 변동 사항이 있습니다. **2025 년도 제공자 명부** ko.clevercarehealthplan.com/provider 를 검토하여 귀하의 서비스 제공자들(주치의, 전문의, 병원 등)이 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오.

내년도 약국 네트워크에 변동 사항이 있습니다. **2025 년 약국 명부** ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy 를 검토하여 어느 약국이 저희 네트워크에 속하는지 확인하십시오.

귀하는 해당 연도 중에 저희가 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(의료 서비스 제공자) 및 약국을 변경할 수 있음을 반드시 인지하고 있어야 합니다. 연도 중간에 바뀌는

의료 서비스 제공자 변동 사항이 귀하에게 영향을 미치는 경우, 회원 서비스에 연락하여 도움을 받으십시오.

섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항

저희는 내년도 특정 의료 서비스에 대한 비용과 혜택을 변경하고 있습니다. 아래 정보는 그러한 변경 사항을 기술하고 있습니다.

비용	2024(금년)	2025(내년)
침술 서비스	무제한 네트워크 내 침술 방문 서비스에 대해 연간 최대 \$2,500 까지 방문당 \$0 코페이.	무제한 네트워크 내 침술 방문 서비스에 대해 연간 최대 \$1,900 까지 방문당 \$0 코페이.
구급차 – 지상	운행당 \$40 코페이(편도).	운행당 \$100 코페이(편도).

비용	2024(금년)	2025(내년)
<p>치과 서비스 정기 서비스에 대한 PPO 보장(예방 및 종합)</p> <p>네트워크 외에서 받은 서비스에 대해서는, 본 플랜은 분기별 플랜 최대 한도 내에서 보장 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하는 서비스 제공자가 청구하는 금액까지 추가 비용을 부담할 수 있습니다.</p>	<p>플랜 수당 금액 최대 한도까지 \$0 코페이</p> <p>본 플랜은 예방 및 종합 서비스를 위해 귀하의 효력발생일(예: 1 월 1 일)에 개시하여 3 개월마다(예: 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일) \$600 의 분기별 수당을 제공하며 \$2,400 를 초과하지 않습니다. 이월되지 않습니다.</p> <p>임플란트 포함입니다.</p> <p>임플란트, 콘 빔 CT 촬영, 수복치료 크라운 및 고정 보철의 경우 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>치과교정은 제외됩니다.</p>	<p>플랜 수당 금액 최대 한도까지 \$0 코페이</p> <p>이 플랜은 예방 및 종합 서비스를 위해 귀하의 효력 발생일(1 월 1 일)에 개시하여 3 개월마다(4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일) \$550 의 분기별 수당을 제공하며 \$2,200 를 초과하지 않습니다.</p> <p>분기말 현재 사용하지 않은 통합 수당 금액은 다음 분기로 이월되며 12 월 31 일에 소멸합니다.</p> <p>임플란트 포함입니다.</p> <p>제한 및 예외 사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스(예: 크라운 및 근관치료)에 대해서는 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>치과교정은 제외됩니다.</p>
<p>응급실</p>	<p>방문당 \$75 코페이</p>	<p>방문당 \$90 코페이 72 시간 안에 입원하는 경우는 \$0.</p>

비용	2024(금년)	2025(내년)
<p>건강 및 웰니스 서비스(플렉스 카드)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 비처방 의약품(OTC) • 피트니스 • 한방 건강 보조제 	<p>본 플랜은 피트니스 운동, 보장된 OTC 품목 및/또는 한방 건강 보조제에 사용할 수 있도록 귀하의 발효일부터 \$275 의 분기별 통합 수당을 제공합니다.</p> <p>매 분기말 현재 사용하지 않은 통합 수당 금액은 이월되지 않으며 12 월 31 일에 소멸합니다.</p>	<p>본 플랜은 보장되는 OTC 품목(예: 보청기, 코로나 19 검사, 날록손, 니코틴 대체 요법), 피트니스 운동 및/또는 한방 건강 보조제에 사용할 수 있도록 귀하의 발효일부터 \$225 의 분기별 통합 수당을 제공합니다.</p> <p>매 분기말 현재 사용하지 않은 통합 수당 금액은 이월되지 않으며 12 월 31 일에 소멸합니다.</p>
<p>파트 B Rx</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인슐린 • 화학요법 및 기타 파트 B 약 	<p>0% 코인슈런스, 최대 \$35</p> <p>20% 코인슈런스</p>	<p>0~20% 코인슈런스, 최대 \$35</p> <p>0~20% 코인슈런스</p>

비용	2024(금년)	2025(내년)
<p>만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 귀하가 다음과 같은 만성 질환을 한 개 이상 진단받은 경우에는 이 보충 혜택의 일부 또는 전부를 받을 자격이 있을 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가면역장애 • 암 • 심혈관 장애 • 만성 알코올 또는 약물 의존성 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 장애 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경 장애 • 중증 혈액장애 • 뇌졸중 <p>만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일환으로 제공되는 혜택. 일부 질병은 제외됩니다(예: 고혈압 및 당뇨병 전증). 모든 회원이 해당되지는 않습니다.</p>	<p>식료품(건강 식품) 적격 식료품에 대해 \$0 코페이, 월 한도 \$25. 다음 달로 이월되지 않습니다.</p>	<p>식품 및 농산물(식료품) 적격 건강 식료품에 대해 \$0 코페이, 월 수당 \$40. 잔액은 다음 달로 이월되지 않습니다.</p> <p>SSBCI 혜택을 이용하기 전에 주치의(PCP)의 사전 승인 및 적격 질병 확인이 필요합니다.</p>
<p>교통편 비용금</p>	<p>매년 25 마일 반경 이내 본 플랜 승인, 비용금, 건강 관련 장소로의 편도 24 회 이동에 대해 \$0.</p>	<p>매년 30 마일 반경 이내 본 플랜 승인, 비용금, 건강 관련 장소로의 편도 24 회 이동에 대해 \$0.</p>

비용	2024(금년)	2025(내년)
전 세계적 보장	귀하는 미국 및 그 영토 이외 지역에서의 보장 응급 치료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 한도 \$75,000 가 있습니다.	귀하는 미국 및 그 영토 이외 지역에서의 보장 응급 치료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 한도 \$85,000 가 있습니다.

섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항

“약품 목록”의 변경

보장 대상 약의 리스트를 처방집 또는 “약품 목록”이라고 합니다. “약품 목록”의 사본은 전자적으로 제공됩니다.

저희는 “약품 목록”을 변경하였으며, 이 변경에는 약의 제거 또는 추가, 특정 약에 적용되는 제한의 변경, 또는 약의 다른 비용 분담 계층으로의 이동이 포함될 수 있습니다. “약품 목록”을 검토하여 내년에 귀하의 약이 보장될 것인지를 확인하고, 또 어떤 제한사항이 있을 것인지, 또는 귀하의 약이 다른 비용 분담 계층으로 이동되었는지도 확인하십시오.

대부분의 “약품 목록” 변경은 각 연도의 초에 이루어집니다. 그러나, 저희는 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 줄, 메디케어 규칙이 허용하는 다른 변경을 할 수 있습니다. 저희는 온라인 “약품 목록을 최소 매월” 업데이트하여 최신 의약품 목록을 제공합니다. 귀하가 복용 중인 약품에 대한 귀하의 접근에 영향을 줄 변경을 하는 경우, 귀하에게 변경 고지를 보내드릴 것입니다.

연초 또는 연중에 약품 보장의 변경으로 인한 영향이 있을 경우, 귀하의 보장 범위 증명서 제 9 장을 검토하고 담당 의사와 상의하여 임시 공급 요청, 예외 신청 및/또는 신약 찾기 노력과 같은 방법을 찾아보십시오. 자세한 내용은 회원 서비스에 문의할 수도 있습니다.

처방약 혜택 및 비용의 변경

참고: 귀하가 약 비용을 지원하는 프로그램(“Extra Help(추가 도움)”)에 가입한 경우에는, 파트 D 처방약 비용에 관한 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. 저희가 “처방약에 대해 Extra Help(추가 도움)를 받는 사람을 위한 보장 범위 증명서 특약”(“저소득 보조금 특약” 또는 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보냈으므로, 약 비용에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. “Extra Help(추가

도움)”를 받고 있는데 이 자료를 9 월 30 일까지 받지 못했다면 회원 서비스에 전화하여 “LIS 특약”을 요청하십시오.

2025 년부터 연간 본인부담 공제액 단계, 초기 보장 단계, 재난적보장 단계의 세 가지 의약품 지불 단계가 있습니다. 보장 격차 단계 및 보장 격차 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

보장 격차 할인 프로그램 역시 제조업체 할인 프로그램으로 대체됩니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라, 의약품 제조업체는 초기 보장 단계 및 재난적 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대한 플랜의 전체 비용의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인은 본인 부담 금액에 포함되지 않습니다.

본인부담 공제액 단계의 변경

단계	2024(금년)	2025(내년)
1 단계: 연간 본인부담 공제액 단계	본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다.	본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다.

초기 보장 단계에서의 비용 부담의 변경

단계	2024(금년)	2025(내년)
2 단계: 초기 보장 단계 이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 약 비용의 플랜 몫을 지불하고 귀하는 그 비용의 본인 몫을 지불합니다. 대부분의 성인 파트 D 백신은 무상으로 보장됩니다.	1 개월분에 대한 귀하의 비용은 다음과 같습니다: 계층 1: 선호 일반약: 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다. 계층 2: 일반약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다. 계층 3: 선호 브랜드약	1 개월분에 대한 귀하의 비용은 다음과 같습니다: 계층 1: 선호 일반약: 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다. 계층 2: 일반약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다. 계층 3: 선호 브랜드약

단계	2024(금년)	2025(내년)
	<p>귀하는 처방당 \$35 를 지불합니다.</p> <p>계층 4: 비선호 브랜드약 귀하는 처방당 \$99 를 지불합니다.</p> <p>계층 5: 특수 계층 약 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다.</p> <p>계층 6: 보충 약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <hr/> <p>귀하의 총 약 비용이 \$5,030 에 도달하면 귀하는 그 다음 단계(보장 범위 격차 단계)로 이동합니다. 또는 귀하가 파트 D 약에 대해 본인 부담 금액 \$8,000 를 지불한 경우, 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동하게 됩니다.</p>	<p>귀하는 처방당 \$47 를 지불합니다.</p> <p>계층 4: 비선호 브랜드약 귀하는 처방당 \$99 를 지불합니다.</p> <p>계층 5: 특수 계층 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다.</p> <p>계층 6: 선별 케어 약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <hr/> <p>귀하가 파트 D 약에 대해 본인 부담 금액 \$2,000 를 지불한 경우, 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동하게 됩니다.</p>
<p>표준 비용 분담</p> <ul style="list-style-type: none"> • 소매 및 우편 주문 	<p>1 개월 또는 3 개월분으로 보장</p>	<p>1 개월, 2 개월 또는 3 개월분으로 보장</p>

재난적 보장 단계의 변경

재난적 보장 단계는 세 번째이자 마지막 단계입니다. 2025 년부터 의약품 제조업체는 재난적 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드약 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인은 본인 부담 금액에 포함되지 않습니다.

재난적 보장 단계에서의 귀하의 비용에 대한 구체적 정보는 *보장 범위 증명서*의 제 6 장 섹션 6 을 참조하십시오.

섹션 2 행정적 변경

설명	2024(금년)	2025(내년)
메디케어 처방약 결제 플랜	해당 없음	메디케어 처방의약품 결제 플랜은 현재의 의약품 보장과 함께 작동하는 새로운 결제 옵션으로, 의약품 비용을 1년에 걸쳐 달라지는 월별 금액으로 나누어 관리하는 데 도움이 됩니다(1 월~12 월). 이 결제 옵션에 대해 자세히 알아보려면 1-833-808-8164 로 문의하거나 Medicare.gov 를 방문하십시오.

섹션 3 어느 플랜을 선택할지 결정하기

섹션 3.1 – Clever Care Longevity 유지를 원하는 경우

저희 플랜 유지를 원하는 경우 귀하가 할 일은 아무 것도 없습니다. 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하거나 오리지널 메디케어로 변경하지 않으면, 귀하는 자동적으로 본 플랜에 등록됩니다.

섹션 3.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

저희는 귀하가 내년에도 가입을 유지하시길 희망하지만, 2025 년도 플랜 변경을 원하시는 경우에는 다음 단계를 밟으십시오:

1 단계: 귀하의 선택에 대해 배우고 비교하십시오

- 다른 메디케어 헬스 플랜에 가입할 수 있습니다.
- 또는—오리지널 메디케어로 변경할 수 있습니다. 오리지널 메디케어로 변경하는 경우, 메디케어 약 플랜 가입 여부를 결정할 필요가 있을 것입니다. 메디케어 약 플랜에 가입하지 않는 경우, 가능한 파트 D 가입 지연 벌금 관련 섹션 1.1 을 참조하십시오.

오리지널 메디케어 및 다른 유형의 메디케어 플랜에 대해 자세히 알아보려면 메디케어 플랜 파인더(www.medicare.gov/plan-compare)를 이용하거나, 메디케어와 가입자(Medicare & You) 2025 핸드북을 읽어 보거나, 귀하의 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 5 참조)에 전화하거나, 메디케어에 전화하십시오(섹션 7.2 참조).

2 단계: 보장 변경

- 다른 메디케어 헬스 플랜으로 변경하려면 해당 새 플랜에 가입하십시오. 저희 플랜에서는 자동적으로 등록이 해제될 것입니다.
- 처방약 플랜과 함께 오리지널 메디케어로 변경하려면 해당 새 약 플랜에 가입하십시오. 저희 플랜에서는 자동적으로 등록이 해제될 것입니다.
- 처방약 플랜 없이 오리지널 메디케어로 변경하려면:
 - 저희에게 가입 해제 요청서를 보내주십시오. 자세한 방법은 회원 서비스에 문의하십시오.
 - – 또는 – 메디케어의 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 가입 해제를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 4 플랜 변경 마감일

내년도에 다른 플랜으로 또는 오리지널 메디케어로 변경하기를 원하는 경우, **10 월 15 일부터 12 월 7 일까지** 그렇게 할 수 있습니다. 변경 효력발생일은 2025 년 1 월 1 일입니다.

변경할 수 있는 연중 다른 때가 있습니까?

어떤 경우에는 연중 다른 때에도 변경이 허용됩니다. 예를 들어, 여기에는 Medicaid 보유자, 약 비용 지불에 대해 “Extra Help(추가 도움)”를 받는 자, 고용주 보장에 가입되어 있거나 해지하는 자, 그리고 서비스 지역 외부로 이사하는 자가 포함됩니다.

2025 년 1 월 1 일에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했으나 플랜 선택이 마음에 안 드는 경우에는 2025 년 1 월 1 일~3 월 31 일 사이에(메디케어 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 메디케어 헬스 플랜으로 전환하거나(메디케어 처방약 보장 유무에 관계없이) 오리지널 메디케어로 전환할 수 있습니다.

최근 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나 현재 입원 중인 경우, **언제든지** 메디케어 보장을 변경할 수 있습니다. 귀하는 언제든지(메디케어 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 메디케어 헬스 플랜으로 변경하거나 (별도의 메디케어 처방약 플랜 유무에 관계없이) 오리지널 메디케어로 전환할 수 있습니다. 최근에 기관에서 퇴소한 경우, 이사한 달로부터 만 2 개월 동안 플랜을 변경하거나 오리지널 메디케어로 전환할 기회가 있습니다.

섹션 5 메디케어에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 숙련된 상담사를 두고 있는 독립적인 정부 프로그램입니다. 캘리포니아의 경우, SHIP 은 Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP)이라고 합니다.

이는 연방 정부로부터 예산을 받아 메디케어 보유자들에게 **무료** 현지 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다. Health Insurance Counseling & Advocacy Program 카운슬러는 귀하의 메디케어 질문 또는 문제를 도울 수 있습니다. 그들은 귀하가 메디케어 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답할 수 있습니다. HICAP 전화 1-800-434-0222(TTY 사용자는 711)로 전화하시면 됩니다. HICAP 에 대한 상세 정보는 해당 웹사이트를 참조하십시오. Aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling.

섹션 6 처방약 지불을 돕는 프로그램

귀하는 처방약 지불을 돕는 프로그램의 대상일 수 있습니다. 아래에 여러 종류의 지원이 열거되어 있습니다:

- **메디케어의 “Extra Help(추가 도움)”**. 소득이 제한된 사람들은 처방 약 비용을 지불하기 위해 Extra Help(추가 도움)를 받을 수 있습니다. 자격이 되는 경우에 메디케어에서 매월 처방약 보험료와 연간 본인부담 공제액 및 코인슈런스를 포함하여 약 비용의 최대 75% 이상을 지급해 드릴 수 있습니다. 뿐만 아니라, 자격이 있는 가입자는 가입 지연 벌금을 적용받지 않습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하려면:
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 연중무휴 24 시간 전화할 수 있습니다;
 - 사회보장실 전화 1-800-772-1213 으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 7 시 사이에 담당자에게 문의하십시오. 자동 메시지는 하루 24 시간 이용이 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 이나
 - 거주 중인 주 정부 Medicaid 사무소에 전화하시면 됩니다.
- **HIV/AIDS 보유자를 위한 처방약 비용 분담 지원**. AIDS Drug Assistance Program(ADAP)은 HIV/AIDS 를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. 귀하의 주에서 운영중인 ADAP 의 자격에 해당하려면,

개인은 주 거주 및 HIV 지위, 주정부가 정의한 저소득 및 미보험/저보험 지위의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP 에 의해서도 보장되는 Medicare 파트 D 처방약은 California AIDS Drug Assistance Program(ADAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. 자격 기준, 보장 대상 약 또는 본 프로그램 가입 방법, 또는 귀하는 현재 가입되어 있거나, 계속 지원을 받을 수 있는 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050 으로 월요일~금요일의 오전 8 시~오후 5 시 사이에 전화하십시오(공휴일 제외). 전화시 귀하의 메디케어 파트 D 플랜 이름 또는 보험 번호를 알려주어야 한다는 것을 알아두십시오.

- **메디케어 처방 지불 플랜.** 메디케어 처방약 지불 플랜은 2025 년부터 본인 부담 의약품 비용을 관리하는 데 도움이 되는 새로운 지불 옵션입니다. 이 새로운 지불 옵션은 현재의 의약품 보장과 함께 작동하며, 의약품 비용을 1 월부터 12 월에 걸쳐 달라지는 월별 금액으로 나누어 관리하는 데 도움이 됩니다. 이 지불 옵션은 지출을 관리하도록 도움을 드릴 수 있지만, 비용을 절감하거나 의약품 비용을 낮춰 드리지는 않습니다.

자격이 있는 분들을 위한 메디케어의 “Extra Help(추가 도움)”와 SPAP 및 ADAP 의 도움은 메디케어 처방약 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 회원은 소득 수준에 관계없이 이 지불 옵션에 참여할 자격이 있으며, 모든 메디케어 의약품 플랜과 의약품 보장이 있는 메디케어 헬스 플랜은 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 결제 옵션에 대해 자세히 알아보려면 **1-833-808-8164** 로 문의하거나 Medicare.gov 를 방문하십시오.

섹션 7 질문?

섹션 7.1 – Clever Care 로부터 도움 받기

질문이 있으십니까? 저희가 도와드리겠습니다. 회원 서비스 전화번호 **1-833-808-8164** (TTY 는 **711**)로 전화하십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시에서 오후 8 시까지, 그리고 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 평일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 전화로 문의할 수 있습니다. 이 번호는 통화가 무료입니다.

2025 년도 보장 범위 증명서를 숙독하십시오(내년도 혜택 및 비용에 대한 세부 내용이 들어있습니다).

본 연례 변경 고지는 귀하의 2025 년도 혜택 및 비용에 대한 변경 사항의 요약 내용을 제공합니다. 세부 사항은 Clever Care Longevity 를 위한 **2025 년도 보장 범위 증명서**를 참조하십시오. **보장 범위 증명서**는 귀하의 플랜 혜택에 대한 법적인 상세 기술입니다. 이것은 귀하가 보장 서비스 및 처방약을 받으려면 준수해야 하는 규칙과 귀하의 권리를 설명합니다. **보장 범위 증명서** 사본이 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에 있습니다. 또한 회원 서비스에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

저희 웹사이트 방문

저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 을 방문하실 수도 있습니다. 다시 말씀드리지만, 저희 웹사이트에는 서비스 제공자 네트워크(서비스 제공자 명부) 및 보장 대상 처방약 목록(처방집/약품 목록)에 대한 최신 정보도 있습니다.

섹션 7.2 – 메디케어로부터 도움 받기

메디케어로부터 직접 정보를 얻으려면:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 24 시간, 주 7 일 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

메디케어 웹사이트 방문

메디케어 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 거주하시는 지역의 메디케어 헬스 플랜을 비교하여 비용, 보장 범위 및 품질 별점 평가에 대한 정보를 제공합니다. 플랜에 대한 정보를 보려면 www.medicare.gov/plan-compare 를 방문하십시오.

메디케어와 가입자(Medicare & You) 2025 속독

메디케어와 가입자(Medicare & You) 2025 핸드북을 읽어 보십시오. 이 문서는 매년 가을에 메디케어 가입자에게 우편으로 발송됩니다. 메디케어 혜택, 권리 및 보호의 요약과 메디케어에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변이 들어 있습니다. 이 문서의 사본이 없는 경우, 메디케어 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 다운로드하거나, 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하셔야 합니다.