

2024 가입 안내

Clever Care 메디케어 어드밴티지 (HMO) 및 (HMO C-SNP) 플랜

Longevity (HMO) | Active (HMO) | Value (HMO)
Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티

Total+ (HMO C-SNP)
Los Angeles, Orange, San Bernadino, Riverside 카운티

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

당사의 플랜과 이 책자에 소개된 혜택에 대한 질문은 **(833) 808-8164 (TTY: 711)**로 문의하십시오. 당사의 회원 서비스 팀에서 여러분의 언어로 상담 도와드리겠습니다.

10월 1일 ~ 3월 31일
주 7일, 오전 8시 ~ 오후 8시.

4월 1일 ~ 9월 30일
월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 8시.

웹사이트 방문: ko.clevercarehealthplan.com

문화를 이해하고 반영한 의료 솔루션을 제공합니다

Clever Care Health Plan은 Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티에서 서비스를 제공하는 선도적인 메디케어 어드밴티지 보험사이며, 가입자의 온전한 웰니스와 종합적인 건강 관리에 초점을 맞춘 메디케어 솔루션을 제공합니다.

당사의 접근법인 동서양 의학의 조화는 여러분의 전통, 가치관, 문화와 필요한 건강 관리를 이해하며 존중합니다. 언어는 결코 양질의 의료에 방해 요소가 되어서는 안 될 것입니다. 55년 이상 의료 업계에서 쌓아온 경력과 종합적인 모국어 서비스를 바탕으로 저희는 여러분의 의료 선택에 회원님의 목소리의 힘을 반영합니다.

Clever Care는 당뇨병이나 심혈관 질환이 있는 분들을 위한 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)을 포함하여 4가지 HMO 플랜을 제공하게 되어 기쁩니다. 당사의 HMO C-SNP 플랜의 요건에 해당하는 분은 추가적 혜택에 자격 대상이 될 수 있습니다.

이 책자는 Clever Care의 메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 알아보고 가입하는 방법에 관한 모든 정보를 제공합니다. Clever Care 가족으로 귀하를 모실 수 있기를 희망합니다.



Myong Lee (명 리)
설립자 및 CEO



Hiep Pham
설립자 및 마켓 CFO

수록 내용

메디케어 기초

Clever Care 소개

저희가 도와드리겠습니다

Clever Care 플랜 개요

혜택 요약서

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Active (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

알아두어야 할 사항

- 처방약
- 별점 평가 등급
- 추가 지원(Extra Help) 보험료 표
- NDN
- MLI

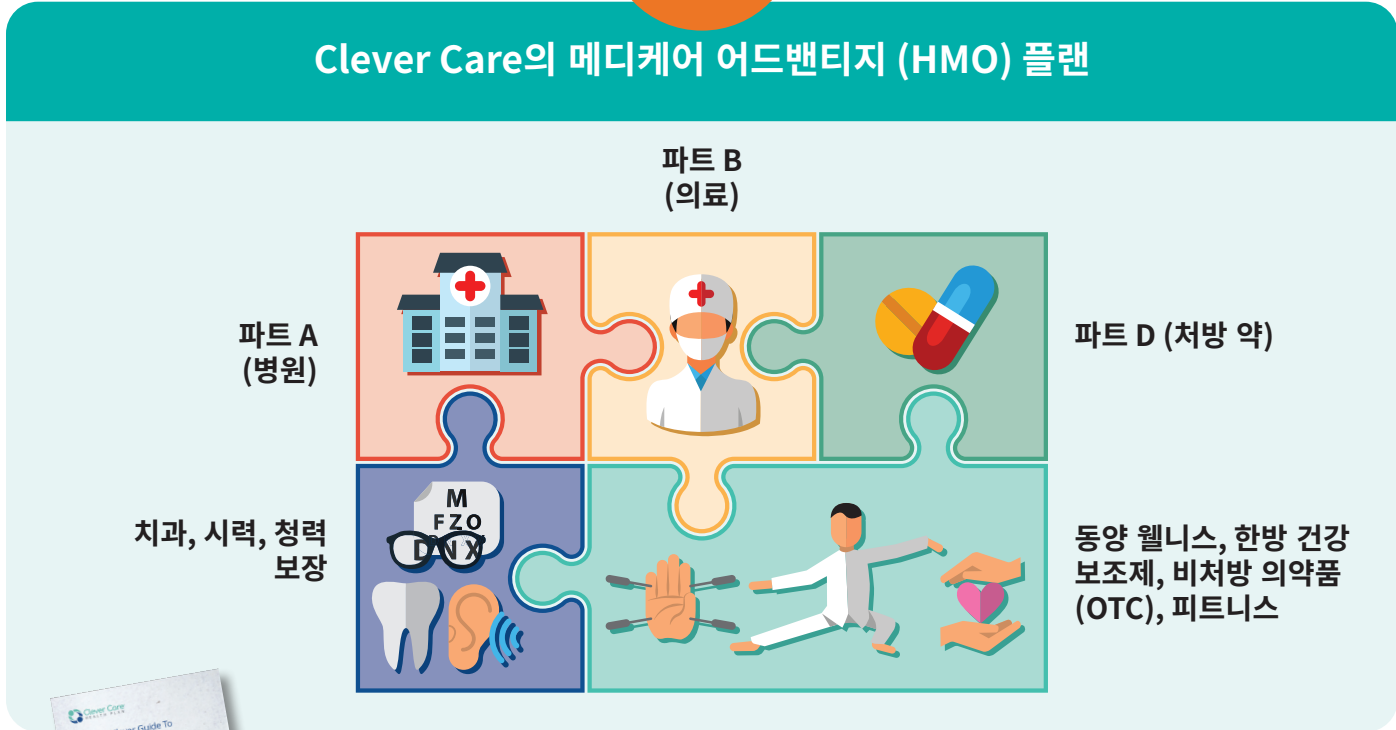
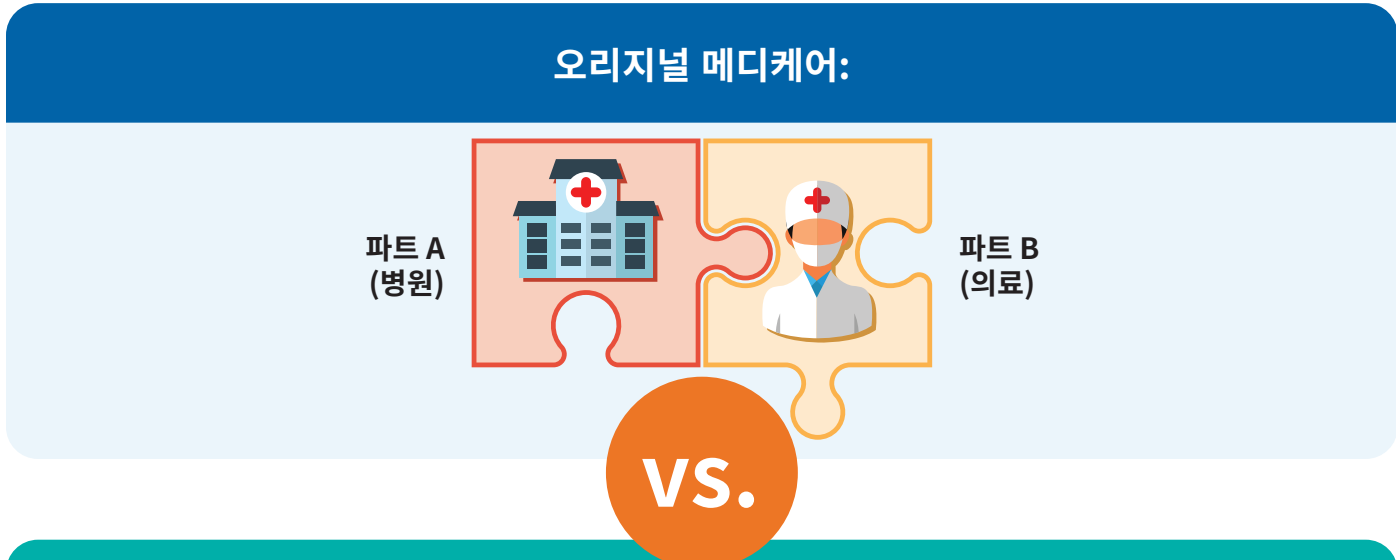
가입

- 가입 단계
- 영업 약속의 논의 범위 확인서 (에이전트 또는 중개인 용)
- 가입 양식
- 만성 질환 확인 (의료 제공자 용)

메디케어 기초

오리지널 메디케어에는 파트 A(병원)와 파트 B(의료)의 두 가지 파트가 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 파트 C라고도 하며 오리지널 메디케어의 모든 혜택에 치과, 시력, 청력, 비처방 의약품, 피트니스, 때로는 파트 D(처방약)와 같은 추가 혜택을 포함하는 플랜입니다.

건강 유지 기관(HMO)은 "관리 의료" 플랜으로 알려진 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. HMO에서는 허가된 의료 서비스 제공자 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택하실 수 있습니다. 담당 PCP는 추천서(진료 의뢰)를 포함한 모든 의료 서비스를 관리합니다. HMO는 낮은 보험료, 고정된 본인 부담 코페이 또는 코인슈런스 금액, 가입자 부담 최대 한도액이라는 안전망을 통해 합리적인 가격의 고품질 의료 서비스를 제공합니다.



Clever Care 헬스 플랜에 대해 자세히 알아보세요!
 다음 웹 주소에서 **Clever 가이드 Medicare** 책자를 다운로드하십시오:
ko.clevercarehealthplan.com/clever-guides

Clever Care 소개

15,000곳 이상의 의료 서비스 제공자 시설, 60곳 이상의 주요 병원, 2,000명 이상의 이중 언어를 사용하는 의사 및 동양 웰니스 전문의를 보유한 Clever Care의 보험은 오리지널 메디케어에 뛰어넘는 당사만의 특별한 혜택과 더불어 비용까지 합리적인 종합적인 의료 서비스 및 웰니스 경험을 제공합니다.

다음과 같은 보험을 찾으신다면 Clever Care HMO 플랜은 올바른 선택입니다:

- 예측 가능한 비용 (\$0 자기 부담 공제액, \$0 PCP 코페이)
- 여러분의 커뮤니티 내 신뢰할 수 있는 의료 서비스 제공자와 병원
- 담당 주치의(PCP)가 귀하의 건강과 치료를 관리
- 최대 본인 부담금으로부터의 보호
- 처방약 보험
- 동양 웰니스 치료(침술 서비스, 팔사, 부항 등)
- 치과, 시력, 청력 보장
- 모국어로 서비스를 제공하는 헬스 플랜

건강 + 문화

Clever Care는 처방약, 치과, 시력, 청력 등의 혜택 외에도 다음과 같이 문화에 초점을 맞춘 다양한 혜택을 제공합니다:



- 600곳 이상의 침술 한의원 이용 기회. **추천서가 필요하지 않습니다.**
- 홍삼, 백화유, 제비집 등 200종 이상의 한방 건강 보조제
- 부항, 쑥뜸, 추나 마사지, 팔사, 반사 요법 등 동양 웰니스 방문
- 헬스장 멤버십과 골프, 태극권, 요가 등의 액티비티 등을 포함한 피트니스 혜택

의료 서비스와 지역사회의 전통이 만납니다

당사는 서비스 대상 커뮤니티에 대한 이해는 물론 현장에서 적극적으로 함께하고 있습니다. Clever Care는 Los Angeles, Monterey Park, Westminster에 각각 총 3개의 커뮤니티 센터를 운영하며 한국어, 중국어, 베트남어를 사용하는 커뮤니티를 대상으로 다음과 같은 프로그램을 통해 해당 언어로 된 무료 정보와 프로그램을 제공하고 있습니다:



- Medicare 기초
- Medicare 개론
- 의사 세미나
- 명상, 호흡, 피트니스 활동
- 건강한 생활 강좌

저희가 도와드리겠습니다

Clever Care Medicare Advantage 플랜이 제공하는 혜택:

- 처방약 보장범위
- 한방 건강 보조제에 쓸 수 있는 수당
- 비처방 의약품(OTC)에 쓸 수 있는 수당

어떤 제품이 보장되는지 쉽게 알아보실 수 있습니다



회원 서비스에 무료 전화 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 문의하십시오. 담당 직원이 여러분의 언어로 도와드리겠습니다.



최신 정보를 빠르게 확인하려면 당사 웹사이트를 방문하여 의약품 목록 및 참여 약국을 확인하십시오.



아래 QR 코드를 스캔하여 비처방 의약품(OTC) 및 한방 건강 보조제 카탈로그를 확인하십시오

처방약

약품 처방집:



ko.clevercarehealthplan.com/formulary

참여 약국:



ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy

비처방 의약품(OTC)과 한방 건강 보조제

nations OTC



매장에서 쇼핑하는 것을 선호하시나요? 더 많은 참여 소매점에 대해서는 회원 서비스에 연락하시거나 담당 중개인에게 문의하십시오.

Clever Care 플랜 개요

	Longevity (HMO)	Active (HMO)	Value (HMO)	Total+ (HMO C-SNP)
월 보험료	\$0	\$0 그리고 \$50 파트 B 보험료 인하	\$0 그리고 \$130 파트 B 보험료 인하	\$15.70 또는 전체 이중 자격 수혜자의 경우 최저 \$0
가입자 부담 최대 한도액	\$1,700	\$2,500	\$2,900	\$8,850 또는 전체 이중 자격 수혜자의 경우 최저 \$0
PCP 방문	\$0	\$0	\$0	\$0
전문의 방문	\$0	\$5	\$10	\$0
치과	최대 \$2,400 (이월을 통해 분기별로 분할 지급)	최대 \$1,200 (이월을 통해 분기별로 분할 지급)	최대 \$800 (이월을 통해 분기별로 분할 지급)	최대 \$2,300 (이월을 통해 분기별로 분할 지급)
침술 서비스	최대 \$2,500	최대 \$1,500	최대 \$1,200	최대 \$2,500
동양의학	24회 방문	18회 방문	12회 방문	24회 방문
플렉스 혜택	분기당 \$275, 이월 없음 OTC + 한방 건강 보조제 + 피트니스	피트니스 \$250 및 OTC + 한방 건강 보조제 \$75 분기당, 이월 없음	분기당 \$100, 이월 없음 OTC + 한방 건강 보조제 + 피트니스	분기당 \$275, 이월 없음 OTC + 한방 건강 보조제 + 피트니스
긴급 치료	\$0	\$0	\$0	\$25
고려해야 하는 이유	\$0 월 보험료이며 풍부한 보충 및 동양 의학 혜택을 포함한 광범위한 보장, 그리고 서비스 이용에 낮은 가입자 부담 금액을 제공하는 플랜입니다.	신뢰할 수 있는 보험 혜택, 풍부한 피트니스 수당, 최대 \$600의 파트 B 보험료 인하를 제공하는 웰니스 중심 플랜입니다.	최대 \$1,560의 파트 B 보험료 인하로 돈을 되받으며 신뢰할 수 있는 보험 혜택을 제공하는 플랜입니다.	특정 만성 질환을 앓고 있는 분들을 위한 총체적인 플랜입니다. 또한, 처방약에 대한 비용 절감 혜택도 포함되어 있습니다. 이중 자격 수혜자의 경우 플랜 보험료가 \$0 이며 일부 혜택에서 본인 부담금이 낮아집니다.

본 플랜 비교는 편의를 위한 개략적인 개요입니다. 이곳에서 제시된 혜택 및 기타 혜택에 대한 자세한 내용은 혜택 요약서를 참조하시거나 담당 중개인에게 문의하십시오.



2024
혜택 요약서

Clever Care Longevity (HMO)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 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. 서비스 지역 내 하나의 카운티에 거주해야 합니다:
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



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 Longevity (HMO) | 포괄적인 혜택을 제공하는 주력 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$1,700	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	혜택 기간당 \$0 코페이	입원 일수를 무제한으로 보장합니다.
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	체류당 \$0 코페이	
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이	
예방 진료 <ul style="list-style-type: none"> 메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스 	메디케어 보장 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 \$75 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(얼전케어) 	방문당 \$0 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) 	서비스당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>청력 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메디케어가 보장하는 서비스 <p>청력 서비스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정기 청력 검사 (1회로 제한) • 보청기 최적화 피팅 및 평가 (3회로 제한) • 보청기 <p>해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당을 제공합니다.</p>	<p>메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 Nations Hearing의 네트워크에 소속된 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>보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p>
<p>치과 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메디케어가 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) • 화이트닝 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 \$600의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,400입니다.</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>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 	검사당 \$0 코페이 품목당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 VSP Vision Care의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 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. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당 을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 정신건강 관리 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	1 ~ 7일 차 일당 \$150 코페이; 8 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 방문당 \$40 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 영양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 \$0코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$75 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업 • 물리 및 언어 	방문당 \$0 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 운송 • 항공 수송 	운행당 \$40 코페이 (편도) 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 24회 의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 25마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품*	0 ~ 20% 코인슈런스	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.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 분기별로 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>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>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 	<p>연당 1회 방문에 \$0 코페이</p>	<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	고객 부담 금액	중요 고지 사항
24시간 Optum® 간호사 상담 전화 면허를 소지한 간호사가 365일 24시간 상근합니다.	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 진료에 \$0 코페이 정신 건강 진료에 \$40 코페이 진료당 \$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 \$75,000의 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 \$25 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>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

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.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액				
1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$0 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 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)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반 약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반 약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 3: 선호 브랜드 약품	\$35 코페이	\$105 코페이	\$70 코페이	\$35 코페이
계층 4: 비선호 약품	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수의약품 단계 약품*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 보충 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인술린:	비용 부담 단계와 관계없이 플랜이 보장하는 각 인술린 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 귀하는 다음 금액을 부담합니다: <ul style="list-style-type: none"> 계층 1과 계층 2 약품의 처방 일수 30일 치에 \$0 코페이 선별 계층 3 약품의 처방 일수 30일 치에 \$35 코페이 계층 4와 계층 5 약품 가격의 25% (조제료 일부 추가)
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.



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.

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.



2024
혜택 요약서

Clever Care Active (HMO)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 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. 서비스 지역 내 하나의 카운티에 거주해야 합니다:
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego

ACTIVE



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 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 Active (HMO) | 파트 B 바이다운(납부금 인하)을 제공하는 웰니스 중심의 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
파트 B 보험료 인하	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 \$50의 차액.	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 인하된 파트 B 보험료를 반드시 납부하셔야 합니다. 귀하의 파트 B 보험료가 귀하의 사회 보장(Social Security) 혜택에서 제하고 나오는 경우, 인하된 금액이 매달 받는 액수에 반영될 것입니다.
본인부담 공제액	\$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$2,500	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	1 ~ 5일 차 일당 \$100 코페이; 6 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당	
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	체류당 \$0 코페이	
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$5 코페이	
예방 진료 <ul style="list-style-type: none"> 메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스 	메디케어 보장 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 \$75 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(얼전케어) 	방문당 \$0 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) 	서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 진단 방사선 건당 \$50 코페이 또는 기본 방사선 서비스에 \$0 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 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 수당 을 제공합니다.	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이 검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 Nations Hearing의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 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.
치과 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 치과 서비스 (PPO)* 예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다: <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) 종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다: <ul style="list-style-type: none"> 충치 치료 및 치아 수리 신경 치료 치과용 크라운 (치관) 임플란트 브릿지, 틀니, 발치 해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 분기별 \$300의 수당 을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$1,200입니다.	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	임플란트, 콘빔 CT 영상, 다시 하는 크라운, 고정 보철물(브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다. 네트워크에 소속된 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 Liberty Dental 소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하께서 부담해야 할 지출이 낮아질 수 있습니다. 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. 플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다. 3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 	검사당 \$0 코페이 품목당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 VSP Vision Care의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 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. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당 을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 정신건강 관리 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	1 ~ 7일 차 일당 \$175 코페이; 8 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 방문당 \$40 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 영양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 \$0코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$180 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업 • 물리 및 언어 	방문당 \$0 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 운송 • 항공 수송 	운행당 \$75 코페이 (편도) 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 16회 의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 25마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품*	0 ~ 20% 코인슈런스	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.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>피트니스 플렉스 수당</p> <p>해당 플랜은 분기별로 \$250의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$1,000입니다.</p> <p>피트니스 활동은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 골프, 탁구 • 태극권, 요가 • 헬스장 회원권 	<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>OTC 및 한방 건강 보조제 플렉스 수당</p> <p>해당 플랜은 분기별로 총 \$75의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$300입니다.</p> <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>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)</p> <p>해당 플랜은 연간 최대 \$1,500까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스</p> <p>해당 플랜은 달력상 연당 최대 18회의 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>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 	<p>연당 1회 방문에 \$0 코페이</p>	<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	고객 부담 금액	중요 고지 사항
24시간 Optum® 간호사 상담 전화 면허를 소지한 간호사가 365일 24시간 상근합니다.	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 진료에 \$0 코페이 정신 건강 진료에 20% 코인슈런스 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 \$25 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>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

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.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액				
1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$0 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 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)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반 약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반 약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 3: 선호 브랜드 약품	\$47 코페이	\$141 코페이	\$94 코페이	\$47 코페이
계층 4: 비선호 약품	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수의약품 단계 약품*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 보충 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인술린:	비용 부담 단계와 관계없이 플랜이 보장하는 각 인술린 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 귀하는 다음 금액을 부담합니다: <ul style="list-style-type: none"> 계층 1과 계층 2 약품의 처방 일수 30일 치에 \$0 코페이 선별 계층 3 약품의 처방 일수 30일 치에 \$47 코페이 계층 4와 계층 5 약품 가격의 25% (조제료 일부 추가)
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.



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 보장 범위, 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.

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.



2024
혜택 요약서

Clever Care Value (HMO)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 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. 서비스 지역 내 하나의 카운티에 거주해야 합니다:
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



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 Value (HMO)

\$130의 파트 B 보험료 바이다운(납부금 인하)을 제공하는 본질적인 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
파트 B 보험료 인하	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 \$130의 차액.	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 인화된 파트 B 보험료를 반드시 납부하셔야 합니다. 귀하의 파트 B 보험료가 귀하의 사회 보장(Social Security) 혜택에서 제하고 나오는 경우, 인화된 금액이 매달 받는 액수에 반영될 것입니다.
본인부담 공제액	\$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$2,900	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	1 ~ 5일 차 일당 \$120 코페이, 6 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당	
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	체류당 \$0 코페이	
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$10 코페이	
예방 진료 <ul style="list-style-type: none"> 메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스 	메디케어 보장 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 \$110 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(얼전케어) 	방문당 \$0 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) 	서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 진단 방사선 건당 \$75 코페이 또는 기본 방사선 서비스에 \$0 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 청력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> 정기 청력 검사 (1회로 제한) 보청기 최적화 피팅 및 평가 (3회로 제한) 보청기 <p>해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당을 제공합니다.</p>	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이 검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	<p>정기 서비스를 받으려면 Nations Hearing의 네트워크에 소속된 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>보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p>
치과 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 치과 서비스 (PPO)* 예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다: <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) 종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다: <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 \$200의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$800입니다.</p>	메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	<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>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 	검사당 \$0 코페이 품목당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 VSP Vision Care의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 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. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당 을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 정신건강 관리 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	1 ~ 7일 차 일당 \$175 코페이; 8 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 방문당 \$40 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 요양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 \$0코페이 ; 21 ~ 100일 차 일당 \$188 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업 • 물리 및 언어 	방문당 \$5 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 운송 • 항공 수송 	운행당 \$150 코페이 (편도) 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 16회 의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 25마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품*	0 ~ 20% 코인슈런스	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 부담금은 20% 코인슈런스를 초과하지 않습니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>건강 및 웰니스 플렉스 수당</p> <p>해당 플랜은 분기별로 총 \$100의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$400입니다.</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>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)</p> <p>해당 플랜은 연간 최대 \$1,200까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스</p> <p>해당 플랜은 달력상 연당 최대 12회의 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>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 	<p>연당 1회 방문에 \$0 코페이</p>	<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>
<p>24시간 Optum® 간호사 상담 전화</p> <p>면허를 소지한 간호사가 365일 24시간 상근합니다.</p>	<p>통화당 \$0 코페이</p>	<p>어디에서 치료를 받아야 할지 잘 모르거나 긴급한 의료 상황에 대해 질문이 있을 때 이 혜택을 사용하여 면허가 있는 간호사로부터 조언을 구하십시오.</p>

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
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 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 \$50,000의 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 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p>식료품 (건강한 음식) 월 \$25 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>

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

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.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액				
1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$0 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 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)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선행 일반 약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반 약품	\$10 코페이	\$30 코페이	\$20 코페이	\$10 코페이
계층 3: 선행 브랜드 약품	\$47 코페이	\$141 코페이	\$94 코페이	\$47 코페이
계층 4: 비선행 약품	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수의약품 단계 약품*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 보충 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인슐린:	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 귀하는 다음 금액을 부담합니다: <ul style="list-style-type: none"> 계층 1과 계층 2 약품의 처방 일수 30일 치에 \$0 코페이 선별 계층 3 약품의 처방 일수 30일 치에 \$47 코페이 계층 4와 계층 5 약품 가격의 25% (조제료 일부 추가)
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.



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 보장 범위, 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.

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.



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 기재된 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 의약품 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.

처방 약

해당 목록은 편의를 위해 자주 사용되는 약품을 나열한 것입니다. 당사의 처방집에는 **37,000개 이상의 약품**이 있으며, 저희는 더 많은 약품을 이 목록에 추가하고 있습니다. 귀하께서 복용하시는 약품이 아래 목록에 없다면 온라인으로 약품 목록을 확인하시거나 당사의 회원 서비스에 전화하여 확인하십시오.

자주 사용되는 약품

약품 제한 열에 표기된 약어에 대한 범례

QL = 수량 제한

PA = 사전 승인 필요



이 목록은 보장 대상의 전체 목록이 아닙니다.

최신 목록을 보려면 이곳을 스캔하세요.

약품 이름	등급	약품 사용량 관리 제한
ATORVASTATIN CALCIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
AMLODIPINE BESYLATE 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
LOSARTAN POTASSIUM 25mg, 50mg, 100mg	1	
METFORMIN HCL ER 500mg, 750mg	1	QL
OMEPRAZOLE 10mg, 20mg, 40mg	1	
TAMSULOSIN HCL 0.4mg	1	
VASCEPA 0.5g, 1g	2	QL
ROSUVASTATIN CALCIUM 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL
GABAPENTIN 100mg, 300mg, 400mg	1	QL
AMOXICILLIN 500mg 875mg	1	
METOPROLOL SUCCINATE 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
ALENDRONATE SODIUM 10mg, 35mg, 70mg	1	QL
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.1%	1	
CREON 3000units, 6000units, 12000units, 24000units, 36000units	3	
LATANOPROST 0.01%	1	QL
LEVOTHYROXINE SODIUM 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 500mcg	1	
FLUTICASONE PROPIONATE 50mcg	1	QL
RESTASIS 0.05%	2	QL
PANTOPRAZOLE SODIUM 20mg, 40mg	1	QL
MELOXICAM 7.5mg	1	
CELECOXIB 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2	QL
CLOPIDOGREL 75mg	1	
FINASTERIDE 5mg	1	

약품 이름	등급	약품 사용량 관리 제한
SILDENAFIL CITRATE 20mg	1	QL, PA
TRADJENTA 5mg	3	QL
JARDIANCE 10mg, 25mg	3	QL
DONEPEZIL HCL 5mg, 10mg	1	QL
AZITHROMYCIN 250mg, 500mg	1	
LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE 50-12.5mg, 100-12.5mg, 100-25mg	1	
MONTELUKAST SODIUM 4mg, 5mg, 10mg	1	
FAMOTIDINE 20mg, 40mg	1	
LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE 5mg	1	
LISINAPRIL 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
SIMVASTATIN 20mg, 40mg, 80mg	1	QL
ALBUTEROL SULFATE HFA 90mcg	2	QL
FARXIGA 5mg, 10mg	3	QL
OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS 1g	2	QL
AZELASTINE HCL 137mcg, 205mcg	2	QL
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
OLMESARTAN MEDOXOMIL 5mg, 20mg, 40mg	2	
ZOLPIDEM TARTRATE 5mg, 10mg	1	QL
PIOGLITAZONE HCL 15mg, 30mg, 45mg	1	QL
LINZESS 72mcg, 145mcg, 290mcg	3	QL
TRAZODONE HCL 50mg, 100mg, 150mg, 300mg	1	
ATENOLOL 25mg, 50mg, 100mg	1	
OLOPATADINE HCL 0.1%, 0.2%	2	
SERTRALINE HCL 25mg, 50mg, 100mg	1	
KETOCONAZOLE 2%	2	QL
ALLOPURINOL 100mg, 300mg,	1	
GLIPIZIDE and GLIPIZIDE ER 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0.12%	1	
LIDOCAINE 5% 연고 또는 패치	2	QL
MECLIZINE HCL 12.5mg, 25mg	2	
METOPROLOL TARTRATE 25mg, 50mg, 100mg	1	
CARVEDILOL 3.125, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
EZETIMIBE 10mg	1	QL
MEMANTINE HCL 5mg, 10mg	2	QL
DORZOLAMIDE-TIMOLOL 22.3-6.8/1	2	
PRAVASTATIN SODIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL
TRAMADOL HCL 50mg	1	QL
BACLOFEN 5mg, 10mg, 20mg	2	

약품 이름	등급	약품 사용량 관리 제한
CIPROFLOXACIN HCL 250mg, 500mg, 750mg	2	
TIMOLOL MALEATE 0.25%, 0.5%	1	
FENOFIBRATE 54mg, 160mg	2	
JANUVIA 25mg, 50mg, 100mg	4	QL, PA
MYRBETRIQ ER 25mg, 50mg	3	
NAPROXEN 250mg, 375mg, 500mg	1	
TRULICITY 0.75mg/0.5mL, 1.5mg/0.5mL, 3mg/0.5mL, 4.5mg/0.5mL	3	QL
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300mg-15mg, 300mg-30mg, 300mg-60mg,	2	QL
ESCITALOPRAM OXALATE 5mg, 10mg, 20mg	1	
GLIMEPIRIDE 1mg, 2mg, 4mg	1	QL
FLUOCINONIDE 0.05%	2	
FUROSEMIDE 20mg, 40mg 80mg	1	
ALPRAZOLAM 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	1	QL
BENZAEPRIIL HCL 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POTASS 500-125mg, 875-125mg	1	
ELIQUIS 2.5mg, 5mg	3	QL
CICLOPIROX 8% 용액	2	QL
PREGABALIN 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL
LOVASTATIN 10mg, 20mg, 40mg	1	
LORAZEPAM 1mg, 2mg	1	QL
XARELTO 10mg, 15mg, 20mg	3	QL
LOPERAMIDE 2mg	2	

중요 정보 :

2024년 메디케어의 별점 평가 등급

Clever Care Health Plan - H7607

미국 정부
공식 메디
케어 정보



2024년, Clever Care Health Plan - H7607은 메디케어로부터 다음과 같은 별점 평가 등급을 획득하였습니다.

전체 별점 평가 등급: ★★★★★
의료 서비스 평가 등급: ★★★★★
처방약 서비스 평가 등급: ★★★★★

메디케어는 매년 5점제 별점 평가 등급 시스템에 따라 플랜을 평가합니다.

별점 평가 등급이 중요한 이유

메디케어는 의료 및 처방약 서비스에 대해 플랜을 평가합니다.

이에 따라 소비자는 플랜의 품질과 실적을 쉽게 비교할 수 있습니다.

별점 평가 등급은 다음과 같은 항목을 기준으로 합니다.

- 플랜 서비스 및 관리에 대한 가입자의 평가
- 플랜을 해지했거나 유지한 가입자 수
- 메디케어에 접수된 해당 플랜의 불만 건수
- 플랜 소속의 의사 및 병원 데이터

별점이 높을수록 좋은 플랜입니다. 예를 들어 가입자는 더 나은 관리와 고객 서비스를 더 빠르게 받을 수도 있습니다.

별점이 높을수록 플랜 실적
이 좋은 것입니다.

★★★★★ 최우수
★★★★☆ 평균 이상
★★★☆☆ 평균
★★☆☆☆ 평균 이하
★☆☆☆☆ 나쁨

온라인에서 별점 평가 등급에 대한 자세한 정보 보기

온라인에서 본 플랜과 다른 플랜들의 별점 평가 등급을 비교하려면 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 방문하십시오.

이 플랜에 대해 궁금한 점이 있으신가요?

태평양 시각 기준으로 10월 1일~3월 31일 사이에는 주 7일 오전 8시~오후 8시 중에 Clever Care Health Plan에 833-388-8168(무료 전화)번 또는 711(TTY)번으로 연락하십시오. 4월 1일~9월 30일 기간의 영업 시간은 태평양 시각 기준으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 기존 플랜 가입자는 833-388-8168(무료 전화)번 또는 711(TTY)번으로 연락하십시오.

Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare와 계약이 있는 HMO 및 HMO C-SNP 보험사입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

Clever Care Health Plan Inc. (이하 Clever Care)는 해당 연방 민권 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신 상태, 성적 성향, 성 정체성을 포함)을 근거로 차별하지 않습니다. Clever Care는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신 상태, 성적 성향, 성 정체성을 포함)을 이유로 사람을 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Clever Care는:

- 장애인에게는 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이 서비스들이 필요하시면 1-833-808-8164 (TTY: 711)로 전화하십시오.

Clever Care가 이 서비스들을 제공하지 않았거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신 상태, 성적 성향, 성 정체성을 포함)에 근거하여 차별을 했다고 생각하실 경우 다음 접수처로 불만 사항을 접수하실 수 있습니다:

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

이메일: civilrightscoordinator@ccmapd.com

팩스: (657) 276-4721

귀하는 우편, 팩스, 또는 이메일을 통해 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 불만 사항을 접수하는데 도움이 필요하시면, 저희 Clever Care 민권 조정자(Civil Rights Coordinator)가 도움을 드릴 준비가 되어 있습니다.

또한 민권에 대한 진정을 미국 보건복지부, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 민권실 진정 포털을 통해 컴퓨터로 제출 하시거나 다음의 우편 또는 전화로 민권 사무국에 제출할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

진정 양식은 hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 찾아보실 수 있습니다.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (Spanish): Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 808-8163 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือยาของเรา หากคุณต้องการล่ามแปลภาษาไทย เพียงโทรหาเราที่ (833) 388-8168 (TTY:711) บุคคลที่พูดภาษาอังกฤษสามารถช่วยคุณได้ นี่คือการบริการฟรี

처방약 비용 지불을 위해 Medicare의 추가 지원(Extra Help)을 받는 사람들의 월 보험료

만약 귀하가 Medicare로 부터 Medicare 처방약 비용을 지불하는데 도움이 되는 추가 지원을 받는다면, Medicare로 부터 추가 지원을 받지 않을 때에 비해 월 플랜 보험료를 더 적게 내게 됩니다.

추가 지원을 받는 경우, 아래 모든 플랜에서 귀하의 월 플랜 보험료는 \$0입니다. (이것은 귀하가 납부해야 할 Medicare의 파트 B 보험료는 포함하지 않습니다.)

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Active (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Clever Care Health Plan의 보험료에는 의료 서비스 혜택과 처방약 혜택이 포함되어 있습니다.

추가 지원을 받지 않으시는 경우, 다음에 전화하여 자격 여부를 확인하실 수 있습니다:

- 1-800-MEDICARE 또는 TTY 사용자는 1-877-486-2046 (24시간/주 7일)
- 거주하는 주 정부 Medicaid 사무소, 또는
- 사회보장국 1-800-772-1213, TTY 사용자는 1-800-325-0778로 월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시에 전화할 수 있습니다.

문의 사항은 고객 서비스팀 (833) 808-8164 (TTY/TDD 사용자는 711)로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 주 5일(평일) 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 주십시오. 기재된 시간은 태평양 기준시입니다.

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

Clever Care Health Plan에 가입하기



귀하의 중개인(브로커)은 영업 약속의 논의 범위 확인서 양식을 작성합니다



가입 신청서를 작성합니다.
(메디케어 ID 카드를 소지하고 있어야 합니다.)



신청서에 서명하고 Clever Care에 제출합니다

간단한 4단계로 가입하기

1단계	가입 자격에 해당하는지 확인하십시오.
2단계	Clever Care 메디케어 어드밴티지 플랜을 선택하십시오. Clever Care Total+ (HMO C-SNP)에 가입하려면 가입 양식에 당뇨병 또는 심혈관 질환이 있음을 입증해야 합니다.
3단계	주치의(PCP)를 선택하십시오. 참여 의료 서비스 제공자는 ko.clevercarehealthplan.com/provider 에서 확인하실 수 있습니다. 담당 PCP의 이름과 ID 번호를 적어두십시오. 가입 신청서 작성 시 이 정보가 필요합니다.
4단계	가입 신청서를 작성하여 제출하십시오.

가입을 완료했습니다! 이제 어떻게 되나요?

Clever Care Health Plan에 귀하의 가입 신청서가 접수되면, 저희는 귀하의 가입 절차를 즉시 진행합니다. 귀하는 가입 후 30일 이내에 아래 내용을 받게 됩니다.



가입 확인서

메디케어가 귀하의 가입을 승인한 후, 10일 이내에 Clever Care로부터 가입 확인서를 받게 됩니다.



Clever Care 회원 ID 카드

귀하의 가입이 확인된 후 10일 이내로 귀하의 새로운 ID 카드가 발송됩니다. 더불어 귀하의 보장 범위 증명서(EOC) 및 기타 플랜 문서에 대한 정보도 받게 됩니다.



Clever Care에 오신 것을 환영합니다

귀하의 보험을 최대한 활용하는 방법에 대한 정보가 담긴 회원 가이드를 우편으로 받게 되며, 궁금한 점에 대한 답변을 받을 수 있는 환영 전화를 받으실 것입니다.

약품 보장에 대해 메디케어의 "Extra Help"(추가 지원)에 해당하는 경우, 가입이 확인된 후 10일 이내에 "LIS"(저소득 보조금) 서신을 받게 됩니다.

영업 약속의 논의 범위 확인서

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 보험중개인(에이전트)에게 모든 대면 판매를 위한 만남에 앞서 보험중개인과 메디케어 수혜자(또는 그의 위임받은 대리인) 사이에 논의될 내용을 파악하는 영업 약속의 논의 범위 확인서를 반드시 문서화하도록 하고 있습니다.

보험중개인과 논의하고자 하는 제품 유형 옆에 이름 이니셜을 기입하십시오.

Clever Care 메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜(파트 C)

- _____ **메디케어 건강 유지 기관(HMO):** 모든 오리지널 메디케어의 파트 A 및 파트 B 의료 보장 범위를 제공하고 파트 D의 처방약 보장 범위를 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 그리고 대부분의 HMO는 플랜의 네트워크에 소속된 의사 또는 병원의 의료 서비스만 받을 수 있는 점을 유념하시기 바랍니다(응급 상황 제외).
- _____ **메디케어 만성 특수 필요 플랜(C-SNP):** 이 메디케어 어드밴티지 플랜은 특수한 의료 관리가 필요한 분들을 위해 고안된 종합 혜택입니다. 이 플랜을 이용하시는 그룹의 상세한 예로는 특정 만성 질환이 있는 분들이 포함됩니다.

본 양식에 서명함으로써, 귀하는 위의 이니셜을 적은 제품 유형을 상의하기 위한 판매 중개인과의 만남에 동의하는 것입니다. 이 만남에는 가입의 의무가 없습니다. 현재 또는 향후 메디케어 가입 상태에 아무런 영향이 없을 것이며, 자동 가입은 발생하지 않을 것입니다.

서명:

날짜:

월	월	/	일	일	/	년	년	년	년
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

귀하가 위임된 대리인이라면, 위부분에는 서명과 아랫부분에는 정자체로 성함을 기재하십시오.

대리인 이름:

귀하와 수혜자와의 관계:

보험중개인(에이전트) 작성 부분: 작성된 가입 신청서와 함께 이 양식을 제출하십시오

보험중개인 이름:

보험중개인 전화:

()			-				
---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

수혜자 이름:

수혜자 전화(선택사항):

()			-				
---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

수혜자 주소:

연락 방법을 지정하십시오: 판매 행사 워크인 전화 수신 연락 허가 카드

본 양식이 약속 당시 수혜자에 의해 서명됐다면, 만남 전에 문서화되지 않은 이유를 서술하십시오:

보험중개인 서명:

약속 완료 일자:

월	월	/	일	일	/	년	년	년	년
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

판매 약속의 논의 범위 확인서는 CMS 기록 보존 요건이 적용됩니다.

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

Medicare Advantage Plan에 가입하기를 원하는 Medicare 보유자.

보험에 가입하려면 다음의 자격이 필요합니다.

- 미국 시민권자 또는 합법적 미국 체류자
- 플랜 서비스 지역 내 거주자

중요: Medicare Advantage Plan에 가입하려면 다음의 두 가지 자격도 필요합니다.

- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)

이 양식을 언제 사용합니까?

보험에 가입할 수 있는 시기는 다음과 같습니다.

- 매년 10월 15일~12월 7일(보장은 1월 1일부터 시작)
- Medicare를 처음 받은 후 3개월 이내
- 가입 또는 보험 변경이 가능한 특별한 경우

Medicare.gov 웹사이트를 방문하여 플랜 가입 시기에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- Medicare 번호(적색, 백색, 청색 Medicare 카드에 있는 번호)
- 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다 - 항목을 기입하지 않았다고 하여 보장이 거절되지는 않습니다.

유의사항:

- 가을 공개 가입(10월 15일~12월 7일) 기간에 플랜에 가입하려는 경우, 작성한 양식을 12월 7일까지 플랜에 제출해야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 보험료 청구서를 보내드립니다. 보험료 납부는 은행 계좌 또는 매월의 사회보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 혜택에서 공제하여 결제하는 방법 중 선택할 수 있습니다.

다음 절차는 무엇입니까?

가입 양식을 작성하고 나면, 귀하는 서명된 작성완료 신청서를 참고용으로 접수번호와 함께 이메일로 받게 됩니다. Clever Care Health Plan은 귀하의 신청서를 CMS에 제출 처리합니다. 귀하는 7~10 영업일 이내에 가입 승낙 또는 거절 통지를 받게 됩니다.

이 양식에 대한 도움은 어떻게 받습니까?

Clever Care에 (833) 808-8164로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다. 또는, Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

En Español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en Español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙 중인 개인

- 플랜에 가입하고 싶으나 거주지가 없는 경우에는 우체국 사서함, 보호시설 또는 클리닉의 주소, 또는 우편물(예컨대, 사회보장 수표) 수령 주소가 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 서류간소화법에 의하면, 유효한 OMB 관리 번호를 제시하지 않는다면 정보 수집에 대해 어떠한 경우에도 답변하지 않아도 좋습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-NEW입니다. 이 정보를 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 기록 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이 있거나 양식 개선을 위한 제안이 있으시면 다음 주소로 편지를 보내주세요. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요
이 양식 또는 어떠한 항목에도 개인 정보(청구, 결제, 의료 기록 등)를 기록하여 PRA Reports Clearance Office에 전송하면 안 됩니다. 접수된 항목 중 이 양식의 개선 방법 또는 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)에 관련되지 않는 항목은 모두 폐기합니다. 이는 플랜에서 보관하거나 검토하거나 전달하지 않습니다. 이 페이지의 “다음 절차는 무엇입니까?”를 참조하여 플랜에 작성한 양식을 전송합니다.

섹션 1

이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항임(선택 사항으로 표시되면 예외)

가입할 플랜 선택:

Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-002

<input type="checkbox"/>	001-로스엔젤레스 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	002-오렌지 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	003-샌디에고 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	004-샌버너디노 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	005-리버사이드 카운티	\$0/월

Clever Care **Value** (HMO) H7607-008

<input type="checkbox"/>	001-로스엔젤레스 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	002-오렌지 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	003-샌디에고 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	004-샌버너디노 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	005-리버사이드 카운티	\$0/월

Clever Care **Active** (HMO) H7607-007

<input type="checkbox"/>	001-로스엔젤레스 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	002-오렌지 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	003-샌디에고 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	004-샌버너디노 카운티	\$0/월
<input type="checkbox"/>	005-리버사이드 카운티	\$0/월

Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

<input type="checkbox"/>	001-로스엔젤레스 카운티	\$15.70/월
<input type="checkbox"/>	002-오렌지 카운티	\$15.70/월
<input type="checkbox"/>	004-샌버너디노 카운티	\$15.70/월
<input type="checkbox"/>	005-리버사이드 카운티	\$15.70/월

성:

이름: **중간 이니셜 (선택 사항):**

생년월일: / / **성별:** 남성 여성

전화번호: () -

거주지 도로 주소(우체국 사서함은 기입하지 않음):

도시: 주: 우편 번호:

우편 주소, 거주지와 다른 경우임(우체국 사서함 가능):

도시: 주: 우편 번호:

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: - -

의료 모델 검토에 의거하여, Clever Care Health Plan, Inc.는 2024년까지 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)을 운용할 수 있도록 국가품질보증위원회(NCQA)로부터 승인을 받았습니다.

섹션 1

이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항임(선택 사항으로 표시되면 예외) 계속

다음과 같은 중요한 질문에 답변해 주십시오.

귀하께서는 Clever Care 외에 추가로 가입된 다른 처방약 보장(VA, TRICARE 등)이 있으십니까? 예 아니오

다른 보장 이름: _____

이 보장의 회원 번호: _____ 이 보장의 그룹 번호: _____

선택 사항:

귀하께서는 거주 중인 주 정부의 Medi-Cal(Medicaid) 프로그램에 가입되어 있으십니까? 예 아니오

“예”인 경우, 귀하의 Medi-Cal(Medicaid) 번호를 기재해 주십시오. _____

귀하가 Clever Care Total+ (HMO C-SNP) 플랜에 가입하고 있는 경우에만 작성해 주십시오.

당뇨병(고혈당)으로 진단받은 적이 있거나 현재 혈당을 관리하기 위해 인슐린 또는 다른 약을 복용하고 계십니까? 예 아니오

심부정맥 또는 심방세동(Afib)으로 진단받은 적이 있거나 빠르고 불규칙한 심장박동 문제가 있는 적이 있습니까? 예 아니오

관상동맥질환(CAD) 또는 말초혈관질환으로 진단받은 적이 있거나, 심장마비가 있었거나, 또는 동맥 또는 정맥의 경화로 인해 원활하지 못한 혈액순환의 경험을 하신 적이 있습니까? 예 아니오

만성정맥혈전색전증으로 진단받은 적이 있거나 또는 정맥에 1회 이상 혈전이 생긴 적이 있습니까? 예 아니오

귀하의 건강 상태를 치료하기 위해 약을 복용하고 계십니까? 예 아니오

“예”인 경우, 약 이름을 기재해 주십시오.

귀하의 질환을 확인해 줄 수 있는 의사

성명: _____

전화: (_____) _____ - _____ 팩스: (_____) _____ - _____

진료실 주소:

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

건강 정보의 공개에 대한 승인

아래의 본인 서명은 상기 의료 서비스 제공자 및/또는 본인의 주치의가 Clever Care Health Plan에 본인의 건강 정보 공개 및/또는 의료 기록을 제공하는 것을 승인합니다.

중요: 다음을 읽고 서명하십시오.

- 본인은 Clever Care Health Plan 가입을 유지하기 위해서는 병원(파트 A)과 의료(파트B) 모두를 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage Plan에 가입함으로써, 본인은 Clever Care가 본인의 정보를 Medicare와 공유하며, Medicare는 본인의 가입 추적, 결제 및 이 정보의 수집을 허가하는 연방법에서 허용하는 기타 다른 목적을 위해 이 정보를 이용할 수 있다는 것을 인정합니다(아래 개인정보보호법 설명문 참조). 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 오직 하나의 MA 플랜에만 가입될 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜 가입은 자동적으로 종료된다는 것을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜에 대해서는 예외가 적용됩니다).
- 이 가입 양식상의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은, 만일 이 양식에 본인이 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우, 플랜 가입이 해지될 수 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 Clever Care Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Clever Care Health Plan으로부터 받아야 한다는 사실을 이해합니다. Clever Care Health Plan이 제공하고 Clever Care Health Plan “보장 범위 증명서” 문서(또한 회원 계약서 또는 가입자 계약서로 알려져 있음)에 포함되어 있는 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare와 Clever Care는 누구도 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 지불을 하지 않습니다.
- 본인은 이 공란 에 체크하는 것이 이 신청서상의 본인의 서명(또는 본인을 대리할 법적 권한이 있는 사람의 서명)은 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미한다는 점을 표시하는 것이라고 이해합니다. 권한 대리인(상기와 같이)이 서명하는 경우, 이 서명은 다음을 확인합니다.
 1. 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입을 완료할 권한을 갖습니다.
 2. Medicare 요청이 있는 경우 이 권한을 증명하는 문서를 제출할 수 있습니다.

오늘 날짜:

월	일	/	월	일	/	년	년	년	년
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

귀하가 권한 대리인인 경우, 위 공란에 체크를 하고 다음 사항을 기입하십시오:

성명:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

다음 질문에 대해 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 답변을 하지 않아도 보장이 거절되지는 않습니다.

귀하는 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이십니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- 아니요, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이 아닙니다⁽¹⁾
- 예, 쿠바인입니다⁽⁴⁾
- 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다⁽²⁾
- 예, 다른 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신입니다⁽⁵⁾
- 예, 푸에르토리코인입니다⁽³⁾
- 답변하지 않겠습니다.⁽⁶⁾

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민⁽¹⁾
- 괄인 또는 차모르인⁽⁷⁾
- 아시아계 인디언⁽²⁾
- 일본인⁽⁸⁾
- 흑인 또는 아프리카계 미국인⁽³⁾
- 한국인⁽⁹⁾
- 중국인⁽⁴⁾
- 하와이 원주민⁽¹⁰⁾
- 캄보디아인⁽⁵⁾
- 기타 아시아계⁽¹¹⁾
- 필리핀인⁽⁶⁾
- 기타 태평양제도인⁽¹²⁾
- 사모아인⁽¹³⁾
- 베트남인⁽¹⁴⁾
- 백인⁽¹⁵⁾
- 답변하지 않겠습니다.⁽¹⁶⁾

귀하의 선호 언어는 무엇입니까?

- 영어
- 중국어
- 광둥어
- 크메르어
- 한국어
- 베트남어
- 스페인어
- 기타: _____

영어 이외의 귀하의 선호 언어는 무엇입니까?

- 중국어(번체)
- 한국어
- 베트남어
- 스페인어

정보를 접근 가능한 형태로 받아 보길 원하시면 다음 중 하나를 선택하십시오. 점자 큰 활자 오디오 CD
 위에 열거한 형태 이외의 접근 가능한 형태로 정보가 필요한 경우에는 Clever Care에 (833) 808-8164로 연락하십시오. 당사 사무실
 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시에서 오후
 8시까지입니다. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다.

직업이 있습니까? 예 아니요 귀하의 배우자/파트너는 직업이 있습니까? 예 아니요

문자 및 이메일 수신 동의:

휴대폰 전화번호: () -

본인의 번호를 제공함으로써, 본인은 의료서비스, 혜택 또는 기타 목적으로 Clever Care Health Plan의 자동화된 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 것에 동의합니다. 위 동의는 서비스를 받기 위한 조건은 아니며, 본인은 언제든지 Clever Care에 전화하여 수신 거부할 수 있습니다. 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

이메일 주소: _____

본인의 이메일 주소를 제공함으로써, 본인은 Clever Care의 연락 및 자료를 미국 우편보다는 전자적으로 수신하는 것에 동의합니다. 본인은 위 자료에 파트 C 및 파트 D 혜택 설명서(EOB), 연례 변경 통지(ANOC) 및 기타 자료가 포함된다는 것을 이해합니다. 본인은 언제든지 Clever Care에 전화하여 우편물 수령으로 변경할 수 있습니다.

주치의(PCP)를 기재하십시오.

PCP 이름: _____

의료 그룹 또는 IPA: _____

PCP 등록 ID #: _____ - _____

현재 이 주치의로부터 진료를 받고 있습니까? 예 아니요
 본인은 주치의가 없습니다. 본인에게 주치의를 배정해 주십시오.

섹션 3

플랜 보험료 납부

귀하는 매월 우편을 이용하여 월 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 지연 가입 벌칙금 포함)를 지불할 수 있습니다. 또한, 귀하의 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 혜택에서 매월 자동으로 보험료가 지불되도록 선택할 수도 있습니다.

만일, 귀하가 파트 D-소득 관련 월별 조정액(Part D-IRMAA)을 지불해야 하는 경우, 보험료 외에 이 추가 금액을 지불해야 합니다. Clever Care에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

보험료 납부 방식을 선택하십시오. 선택을 하지 않으시면 청구서를 받으시게 됩니다.

- 청구서 받기.
- 귀하의 월 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 혜택 수표에서의 자동 공제. 본인은 다음으로부터 월 혜택을 받습니다. i) 사회보장 ii) RRB

사회보장/RRB 공제가 시작되려면 사회보장 또는 RRB에서 승인한 후 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 신청을 수락하면, 사회보장 또는 RRB 혜택 수표에서의 최초 공제에는 귀하의 가입 발효일로부터 원천징수가 시작되는 시점까지의 모든 보험료가 포함됩니다. 사회보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 신청을 승인하지 않으면, 귀하에게 종이 청구서를 보내드립니다.

Clever Care Health Plan을 선택해 주셔서 감사합니다! (선택 사항)

잠시 시간을 내어 귀하가 Clever Care를 어떻게 알게 되었는지 알려 주십시오. 다음 예 중 1개 이상을 선택하십시오.

- 텔레비전⁽¹⁾
- 라디오⁽²⁾
- 신문⁽³⁾
- 소셜 미디어 또는 컴퓨터(Google, Facebook, YouTube, 게임 앱)⁽⁴⁾
- 우편⁽⁵⁾
- 가족, 친구, 의사, 또는 침술사⁽⁶⁾
- 귀하의 보험 중개인⁽⁷⁾
- 행사⁽⁸⁾
- 기타:⁽⁹⁾ _____

중개인(AGENT)만 작성

중개인 이름:	국가 판매자 번호(NPN):																				
FMO(해당되는 경우)																					
보장 효력발생일: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>월</td><td>월</td><td>/</td><td>일</td><td>일</td><td>/</td><td>년</td><td>년</td><td>년</td><td>년</td> </tr> </table>	월	월	/	일	일	/	년	년	년	년	신청서 접수일: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>월</td><td>월</td><td>/</td><td>일</td><td>일</td><td>/</td><td>년</td><td>년</td><td>년</td><td>년</td> </tr> </table>	월	월	/	일	일	/	년	년	년	년
월	월	/	일	일	/	년	년	년	년												
월	월	/	일	일	/	년	년	년	년												

개인정보보호법 설명문

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 Medicare Advantage(MA) Plan 수혜자 가입 추적, 의료 개선, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851 및 42 CFR § 422.50과 422.60 조항은 이 정보 수집 권한을 부여합니다. CMS는 기록 시스템 공고(SORN) "Medicare Advantage 처방 약품(MARx)", 시스템 No. 09-70-0588 규정에 의거하여 Medicare 수혜자의 가입 정보를 이용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

가입 기간 가입 자격 증명.

통상적으로, Medicare Advantage 플랜은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연례 가입 기간에만 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있도록 허용하는 예외가 있습니다. 다음의 내용을 자세히 읽고 귀하에게 해당하는 공란에 체크를 해 주십시오. 다음의 공란 중 어느 하나에 체크를 하면 이는 귀하가 아는 한 귀하는 가입 기간에 가입할 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 당사가 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단하는 경우, 귀하는 가입이 해지될 수 있습니다.

- 본인은 Medicare에 처음 가입합니다.⁽¹⁾
- 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며, Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP) 동안에 변경하고자 합니다.⁽²⁾
- 본인은 최근에 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 외부로 이사했거나 최근에 이사하여 이 플랜은 본인에게 새로운 선택입니다. 본인은 _____/_____/_____에 이사했습니다.⁽³⁾
- 본인은 최근 수감상태에서 석방되었습니다. 본인은 _____/_____/_____에 석방되었습니다.⁽⁴⁾
- 본인은 미국 외 지역에서 영구 거주하다 최근 미국으로 귀국했습니다. 귀국일은 _____/_____/_____입니다.⁽⁵⁾
- 본인은 최근 미국의 합법적 체류 신분을 취득했습니다. 이 신분 취득일은 _____/_____/_____입니다.⁽⁶⁾
- 본인은 최근 본인의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 등급 변경 또는 Medicaid 상실)이 있습니다. 변경일은 _____/_____/_____입니다.⁽⁷⁾
- 본인은 최근 Medicare 처방약 보장에 대해 지불하는 본인의 추가 지원(Extra Help)에 변경 사항이 있습니다(추가 지원 신규 취득, 추가 지원 등급 변경 또는 추가 지원 상실). 변경일은 _____/_____/_____입니다.⁽⁸⁾
- 본인은 Medicare 및 Medicaid 모두를 가지고 있거나(또는 본인의 주 정부가 Medicare 보험료 지불을 지원합니다), 또는 Medicare 처방약 보장에 대해 지불하는 추가 지원을 받고 있으나, 변경 사항이 없습니다.⁽⁹⁾
- 본인은 장기 요양 시설(예컨대, 요양원 또는 장기 요양 시설)에 입주 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 또는 최근에 퇴원했습니다. 입주일/입주예정일/퇴원일은 _____/_____/_____입니다.⁽¹⁰⁾
- 본인은 최근 PACE® 프로그램에서 _____/_____/_____에 탈퇴했습니다.⁽¹¹⁾
- 본인은 최근 본의 아니게 신뢰할 수 있는 처방약 보장(Medicare의 보장과 동등)을 상실했습니다. 처방약 보장 상실일은 _____/_____/_____입니다.⁽¹²⁾
- 본인은 고용주 또는 조합 보장을 _____/_____/_____에 탈퇴/상실 예정입니다.⁽¹³⁾
- 본인은 주 정부에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.⁽¹⁴⁾
- 본인의 플랜이 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 예정입니다.⁽¹⁵⁾
- 본인은 Medicare(또는 주 정부) 플랜에 가입되었으나, 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 해당 플랜 가입일은 _____/_____/_____입니다.⁽¹⁶⁾
- 본인은 특수 필요 플랜(SNP)에 가입되었으나, 가입을 유지하기 위해 요구되는 특수 필요 자격을 상실했습니다. SNP로부터의 가입 해지일은 _____/_____/_____입니다.⁽¹⁷⁾
- 본인은 (연방재난관리청(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부의 기관이 선포한) 비상 또는 주요 재해의 영향을 받았습니다. 위의 다른 진술 사항 중 하나가 본인에게 해당되지만 재해 때문에 가입 신청을 할 수 없었습니다.⁽¹⁸⁾

이 같은 사항이 귀하에게 전혀 해당되지 않거나, 이를 확신하지 못하는 경우에는 가입 자격 판단을 위해 Clever Care에 (833) 808-8164 (TTY: 711) 로 문의하십시오.

만성 질환 확인 양식

의료 제공자 이름: _____

귀하의 환자 중 한 명이 Clever Care의 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)에 가입하기로 하였습니다. 해당 플랜의 가입 유지 조건을 충족하기 위해 CMS는 해당 개인이 플랜의 자격 요건에 적합한 만성 질환 중 하나 이상을 진단받았다는 사실 확인을 해야합니다. 수령 후 48시간 이내에 구두 또는 서면으로 확인을 완료해 주십시오.

전화: (833) 808-8164 | 팩스: (657) 276-4757.

환자 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
메디케어 ID 번호(MBI):	생년월일 (월월/일일/년년년년):	

환자의 적격 질환을 확인해 주십시오 (해당하는 모든 질환에 표시)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 만성 정맥 혈전색전성 질환 |
| <input type="checkbox"/> 심장 부정맥 | <input type="checkbox"/> 말초 혈관 질환 |
| <input type="checkbox"/> 관상동맥 질환 | |
| <input type="checkbox"/> 환자의 의료 차트상 상기 만성 질환 중 어느 것에도 해당하지 않습니다. | |

의료 서비스 제공자 증명 (의료 제공자 또는 진료실 직원이 작성 가능)

본인은 상기 정보가 올바르고 환자의 의료 기록에 명시되어 있음을 증명합니다.

정자체 성명:	직책:
서명:	날짜 (월월/일일/년년년년):

CLEVER CARE OFFICE USE ONLY

Date received:	Clever Care associate:	Status:
----------------	------------------------	---------

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