

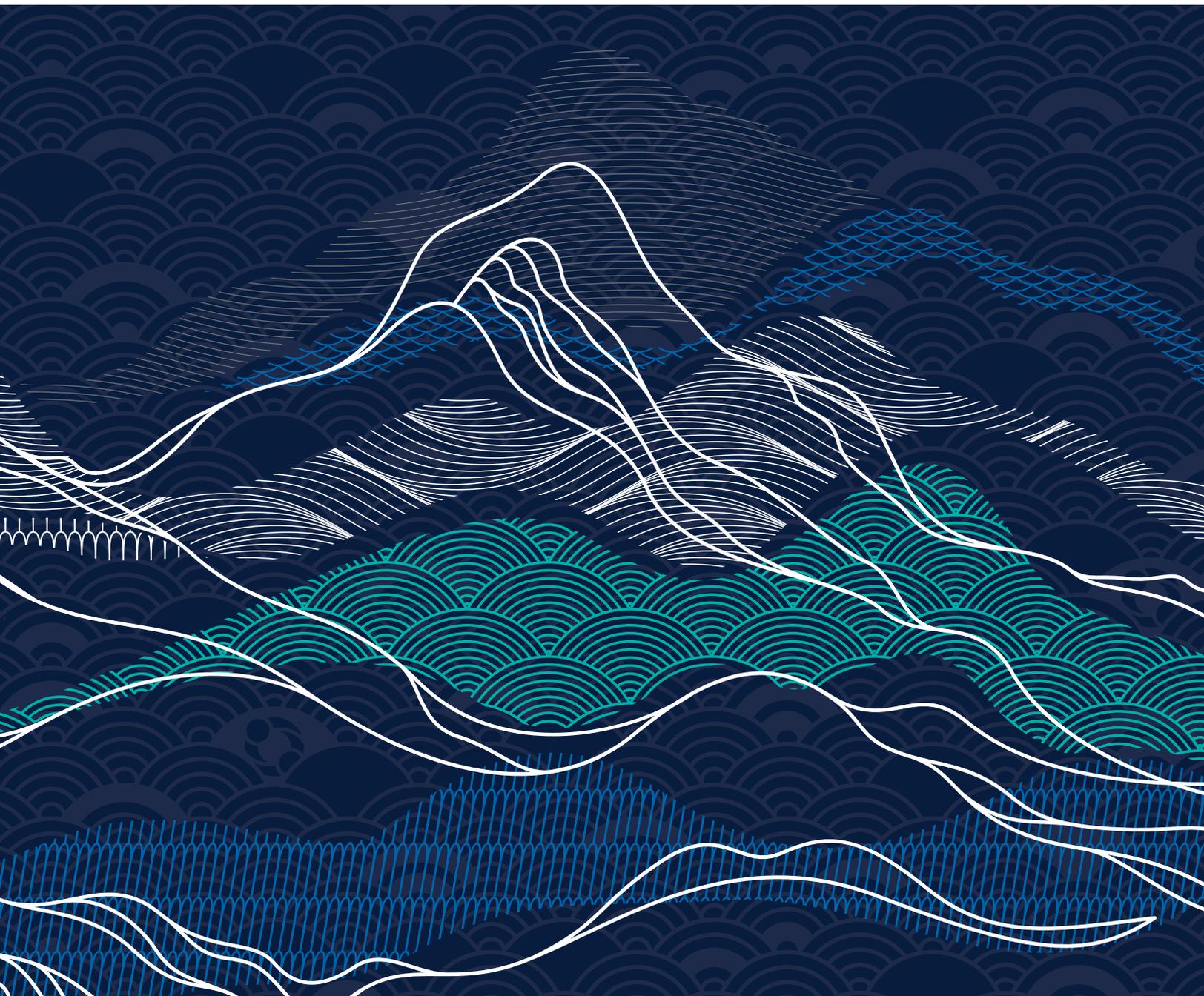


2025

가입 안내

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

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP)
Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티



2025

가입 안내

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

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP)
Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티

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

지금 연락하여 가입하기:
(833) 808-8158 (TTY: 711)

현재 회원:
(833) 808-8164 (TTY: 711)

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

언어는 양질의 의료에 결코 걸림돌이 될 수 없습니다.

당뇨병 또는 심혈관 질환을 위한 만성 특수 필요플랜(C-SNP)을 포함한 당사의 HMO 플랜은 의료 여정의 모든 단계에서 여러분을 지원하며 다양한 언어로 서비스를 제공합니다.

Clever Care의 차별화된 서양의학과 동양 웰니스의 조화는 여러분의 전통과 가치를 존중하며 건강 관리의 전반적인 부분을 지원합니다.

이 책자는 Clever Care의 메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 알아보고 가입하는 방법에 대한 모든 정보를 담고 있습니다.

Clever Care 가족으로 귀하를 맞이할 수 있기를 희망합니다.



Richard Greene
사장



Martina Lee Strickland
최고성장책임자

수록 내용

메디케어 기초

Clever Care 소개

저희가 도와드리겠습니다

Clever Care 플랜 개요

혜택 요약서

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

알아두어야 할 사항

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

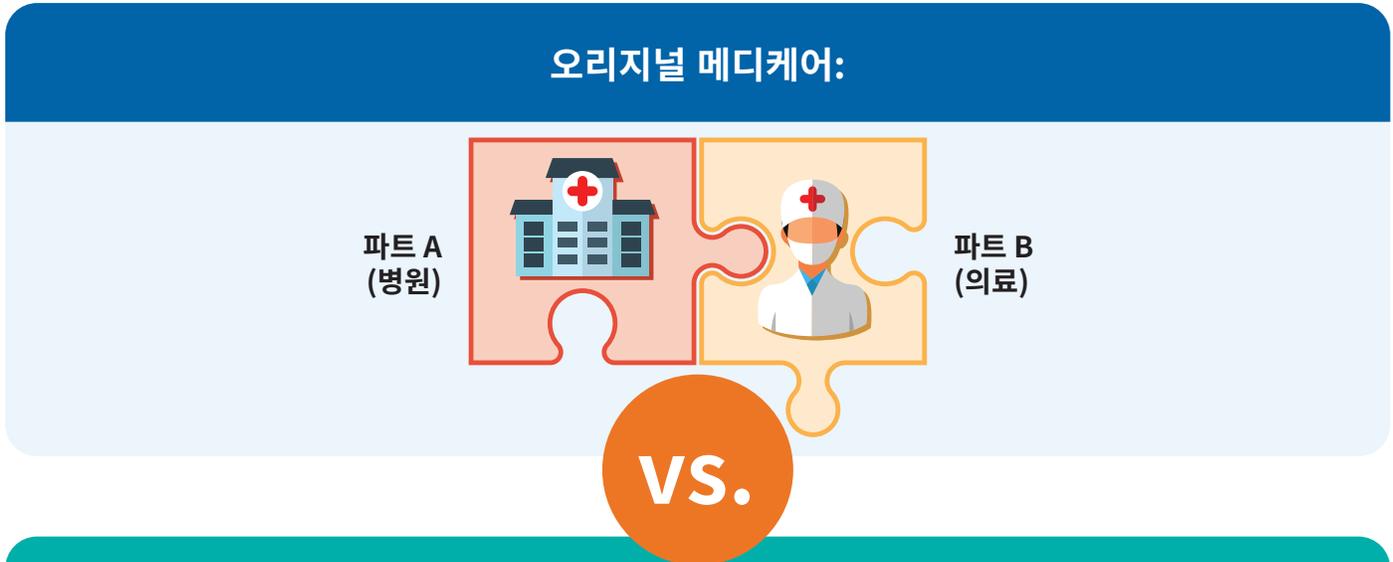
가입

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

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(OTC), 피트니스, 때로는 파트 D (처방 약)와 같은 추가 혜택을 포함하는 플랜입니다.

건강 유지 기관(HMO)은 "관리 의료" 플랜으로 알려진 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. HMO에서는 승인된 의료 서비스 제공자 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택하실 수 있습니다. 담당 PCP는 진료 추천서를 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 가이드 메디케어를 다음 주소에서 다운로드하세요:
ko.clevercarehealthplan.com/clever-guides

Clever Care 소개

15,000명 의료 서비스 제공자, 50곳 이상의 주요 병원, 2,000명 이상의 이중 언어를 사용하는 의사와 동양 웰니스 전문의를 보유한 Clever Care의 플랜은 오리지널 메디케어를 넘어서는 차별화되는 혜택과 합리적인 비용으로 종합적인 의료 서비스와 웰니스 경험을 제공합니다.

다음과 같은 사항을 고려하고 계신다면, Clever Care HMO 플랜은 올바른 선택입니다:

- 예측 가능한 비용 (\$0 본인부담 공제액, \$0 PCP 코페이)
- 커뮤니티 내 신뢰할 수 있는 의료 서비스 제공자와 병원
- 담당 주치의(PCP)가 제공하는 편리한 건강 관리
- 가입자 부담 최대 한도액 보호
- 처방약 보장범위
- 동양 웰니스 치료(침술 서비스, 팔사, 부항 등)
- 치과, 시력, 청력 보장
- 편안한 언어로 서비스를 제공하는 헬스 플랜

건강 + 문화

Clever Care는 처방약, 치과, 시력, 청력 등의 혜택뿐만 아니라, 문화에 중점을 둔 다양한 혜택도 제공합니다:



- 900명 이상의 한의사를 만날 수 있는 기회 (**추천서 불필요**)
- 홍삼, 백화유, 제비집(연와) 등 200종 이상의 한방 건강 보조제
- 부항, 쑥뜸, 추나 마사지, 팔사, 반사 요법 등 동양 웰니스 진료
- 헬스장 멤버십과 골프, 태극권, 요가 등의 활동이 포함된 피트니스 혜택

건강과 커뮤니티의 전통이 어우러진 조화

저희는 커뮤니티를 아는 것을 넘어, 그 안에서 함께 하는 것을 중요하게 생각합니다. Clever Care는 베트남어, 한국어, 중국어, 광둥어 커뮤니티에서 다음과 같은 프로그램과 함께 무료 언어 리소스를 제공하는 커뮤니티 센터를 운영하고 있습니다:



- 메디케어 기초
- 메디케어 101
- 의사 세미나
- 명상, 호흡, 피트니스 활동
- 건강한 생활 강좌

저희가 도와드리겠습니다

Clever Care 메디케어 어드밴티지 플랜이 제공하는 혜택:

- 처방약 보장범위
- 한방 건강 보조제 수당
- 비처방 의약품(OTC) 수당

보장되는 제품을 쉽게 확인할 수 있습니다



무료 회원 서비스 전화 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 문의하십시오. 담당 직원이 여러분의 언어로 도움을 드릴 것입니다.



최신 정보를 신속히 확인하시려면 당사 웹사이트에서 약품 목록과 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 benefits



매장에서 쇼핑하는 것을 선호하시나요? 더 많은 참여 상점에 대한 정보는 회원 서비스에 연락하시거나 담당 브로커에게 문의하십시오.

Clever Care 플랜 개요

	Longevity (HMO)	Value (HMO)	Total+ (HMO C-SNP) 전체 Medi-Cal 대상자 ¹	Total+ (HMO C-SNP) Medi-Cal이 없는 경우 ¹
월 보험료	\$0	\$0	\$0	\$18.40
파트 B 인하	\$1.20/월 (San Diego 카운티)	\$105 ~ \$110/월 (카운티별로 상이) ²	해당 없음	해당 없음
가입자 부담 최대 한도액	\$1,200	\$2,900	\$0	\$9,350
주치의(PCP) 진료	\$0	\$0	\$0	20% 코인슈런스
전문의 진료	\$0	\$5	\$0	20% 코인슈런스
치과 (이월을 통해 분기별 분할 지급)	최대 \$2,200	최대 \$800	최대 \$2,200	최대 \$2,200
침술 서비스	연간 최대 \$1,900	연간 최대 \$1,000	연간 최대 \$2,000	연간 최대 \$2,000
동양 웰니스 요법	24회 방문	12회 방문	24회 방문	24회 방문
플렉스 혜택 (OTC + 한방 건강 보조제 + 피트니스)	연간 최대 \$900	연간 최대 \$200	연간 최대 \$800	연간 최대 \$800
긴급 진료(열전케어)	\$0	\$0	\$0	\$25
이 옵션을 선택하는 이유	\$0 월 보험료와 서비스 이용에 낮은 본인 부담 비용으로 풍부한 보충 혜택과 동양 웰니스 혜택을 포함한 폭 넓은 보장을 제공하는 플랜	\$0 월 보험료와 월 메디케어 파트 B 보험료 인하로 경제적인 이점을 제공하며 신뢰할 수 있는 보험 혜택을 제공하는 플랜	서비스 이용에 \$0 본인 부담 비용. Medi-Cal(메디칼) 자격이 되는 경우 \$0 플랜 보험료, \$125 월 식료품비 ³ 수당 제공. 당뇨병 또는 심혈관 질환이 있어야 합니다.	당뇨병 또는 심혈관 질환이 있는 개인을 위한 종합적인 플랜

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

¹ Total+는 만성 질환 특수 필요 플랜(C-SNP)입니다. 귀하의 가입 가능 여부는 해당되는 만성 질환이 있으며 그것을 증명하는 것에 따릅니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. Medi-Cal(메디칼)의 전체 자격에 해당하면 서비스 비용은 Medi-Cal 또는 제삼자가 전액 지급하게 됩니다. 전체 자격이 아닌 경우 금액은 달라질 수 있습니다.

² Los Angeles, Orange: 월 \$110; Riverside, San Bernardino, San Diego: 월 \$105

³ 식료품 혜택은 VBID 모델의 자격에 따라 달라지며, 추가 도움(LIS) 자격을 포함한 관련 기준을 기반으로 가입 후 플랜에서 결정합니다.



20**25**
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: 2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대해 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

해당 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

LONGEVITY



네트워크 소속 의사, 전문의, 병원, 약국을 찾아보십시오.
네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우, 서비스 비용 전액을 귀하가 지불해야 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 전화하십시오. 또는 이메일 sales@clevercarehealthplan.com으로 문의하십시오.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알고 싶으시면 현재 가지고 계신 **메디케어와 가입자 (Medicare & You)** 소책자를 확인하십시오. Medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 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.



2025 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	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
파트 B 보험료 인하 (San Diego 카운티에만 해당)	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 \$1.20의 차액	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 반드시 인하된 파트 B 보험료를 납부해야 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 \$1,200	해당 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 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*	방문당 \$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 	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 \$90 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 \$0입니다.

*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(열전케어) 	방문당 \$0 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 처치 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 	서비스당 \$0 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 	서비스당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 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 <p>해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당을 제공합니다.</p>	검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	<p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p>
치과 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 	서비스당 \$0 코페이	종합 서비스에는 제한 및 제외 사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 치료 승인이 필요합니다.
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 분기당 \$550의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,200입니다.</p>	예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	<p>네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 귀하의 부담 비용이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>네트워크 외부에서 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 최대 플랜 한도까지 보장되는 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 정기 서비스에 대해 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 비용 전액을 귀하가 지불해야 합니다.
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	사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 병원 - 정신과 • 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 \$0 코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$75 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업, 물리, 말하기 및 언어 치료 	방문당 \$0 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 이송 • 항공 이송 	운행당 \$100 코페이 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 24회 의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품* <ul style="list-style-type: none"> • 인슐린 • 화학요법 및 기타 파트 B 의약품 	비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스, \$35를 초과하지 않음 비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스	가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 인슐린에 대한 비용 부담은 20% 코인슈런스 또는 \$35를 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 \$225의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$900입니다.</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"> 통증 완화제 감기 및 독감약 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 인삼 제비집(연와) 타이거밤 	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 소비하는 방법을 선택합니다.</p> <p>플렉스 카드로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 네트워크에 속한 판매처에서 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 \$1,900까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스 해당 플랜은 역년 기준 최대 24회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 부항/쑥뜸 추나, 팔사 Med-X 및 반사 요법 	<p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 면허를 소지한 간호사가 연중무휴 (365일 24시간) 상근합니다.</p>	<p>통화당 \$0 코페이</p>	<p>어디서 진료를 받아야 할지 확신이 없거나 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 주치의 진료실을 통해 제공되는 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 \$85,000의 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; 연간 84식을 초과할 수 없습니다.	외래 환자 처치 후에는 이용할 수 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>귀하가 아래 나열된 만성 질환 중 하나에 대해 담당 주치의(PCP)로부터 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택의 대상이 될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 질환 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경학적 질환 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중 	<p>건강한 식품 및 농산물(식료품) 적격 식품 품목에 대해 월별 \$40의 수당이 제공되며, \$0 코페이. 남은 잔액은 다음 달로 이월되지 않습니다.</p> <p>만성 질환자를 위한 식사 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p>원격 관찰 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 관찰하는 기기에 \$0 코페이</p> <p>재택 안전 평가 연간 최대 2회 평가에 \$0 코페이</p> <p>재택 지원 서비스 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연간 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. 연간 40시간으로 제한됩니다.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 일부 질환은 제외됩니다 (예: 고혈압 및 전당뇨). 모든 회원에게 자격이 부여되지 않습니다.</p> <p>이러한 혜택을 사용하려면 사전 승인 및 담당 주치의(PCP)의 확인이 필요합니다.</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 가입자 부담 최대 한도액이 \$2,000에 도달할 때까지 귀하는 다음을 지불합니다.	소매 일반 비용 부담 (네트워크 소속)		우편 주문 일반 비용 부담	소매 비용 부담 (네트워크 비소속)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 3: 선호 브랜드	\$47 코페이	\$141 코페이	\$94 코페이	\$47 코페이
계층 4: 비선호 브랜드	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수 계층*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 선별 케어 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인슐린:	비용 부담 계층에 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 처방 일수 1개월 치에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.			
백신:	비용 부담 계층에 관계없이 미국 예방 접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인 백신에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 코페이를 지불하지 않습니다.			
3 단계: 재난적 보장 단계 연간 약품 가입자 부담 최대 한도액이 \$2,000에 도달한 후, 귀하는 해당 역년 말까지 이 단계에 머뭅니다.	이 지불 단계에서, 보장되는 파트 D 의약품에 대하여 귀하는 \$0를 지불합니다.			

* 네트워크 비소속 약국이나 소매 또는 우편 주문에서는 계층 1 ~ 6에 해당하는 일부 선별 약품에 대하여 장기 공급 약품을 이용할 수 없습니다.
** 계층 6에는 일반 비아그라, 처방 기침약 및 비타민이 포함됩니다.



가입 전 체크리스트

LONGEVITY

귀하가 가입 결정을 내리기 전, 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 전화하여 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 방문하거나 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 수 있는 새로운 약국을 선택해야 할 수 있습니다.
- 귀하의 약품이 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: 귀하는 해당 플랜에 대한 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 코페이먼트/코인슈런스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 플랜에만 해당: 응급 상황 또는 긴급한 상황을 제외하고는 네트워크 비소속 의료 제공자(의료 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. Tricare(트라이케어)에 가입된 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장이 시작되면 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하시기 바랍니다. Medigap(메디갭) 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 개인 정보를 보호합니다. 개인 정보 보호 관행 고지를 참조하십시오: ko.clevercarehealthplan.com/privacy. 모든 상표는 해당 소유자의 단독 재산입니다.



20**25**
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: 2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대해 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

해당 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

VALUE



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.



2025 혜택 요약서

Clever Care Value (HMO) | \$105 ~ \$110의 파트 B 보험료 바이다운(납부비 보조)을 제공하는
본질적인 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
파트 B 보험료 인하 (카운티별로 상이)	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 금액의 차액 <ul style="list-style-type: none"> LA 및 Orange 카운티는 \$110 San Diego, San Bernardino, Riverside 카운티는 \$105 	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 반드시 인화된 파트 B 보험료를 납부해야 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 대해 귀하가 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 \$75 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 \$75 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 	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 \$125 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 \$0입니다.

*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(열전케어) 	방문당 \$0 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 처치 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 엑스레이당 \$0 코페이 서비스당 \$75 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 	서비스당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 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 수당 을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 	서비스당 \$0 코페이	종합 서비스에는 제한 및 제외 사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 치료 승인이 필요합니다.
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 분기당 \$200의 수당 을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$800입니다.	예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 귀하의 부담 비용이 낮아질 수 있습니다. 네트워크 외부에서 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 최대 플랜 한도까지 보장되는 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 정기 서비스에 대해 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 비용 전액을 귀하가 지불해야 합니다.
시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 <p>해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당을 제공합니다.</p>	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 병원 - 정신과 • 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 \$0 코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$214 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업, 물리, 말하기 및 언어 치료 	방문당 \$5 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 이송 • 항공 이송 	운행당 \$200 코페이 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 16회 의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품* <ul style="list-style-type: none"> • 인슐린 • 화학요법 및 기타 파트 B 의약품 	비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스, \$35를 초과하지 않음 비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스	가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 인슐린에 대한 비용 부담은 20% 코인슈런스 또는 \$35를 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 \$50의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$200입니다.</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"> • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 소비하는 방법을 선택합니다.</p> <p>플렉스 카드로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 네트워크에 속한 판매처에서 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 \$1,000까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스</p> <p>해당 플랜은 역년 기준 최대 12회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 부항/쑥뜸 • 추나, 팔사 • Med-X 및 반사 요법 	<p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 연중무휴 (365일 24시간) 상근합니다.</p>	<p>통화당 \$0 코페이</p>	<p>어디서 진료를 받아야 할지 확신이 없거나 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 주치의 진료실을 통해 제공되는 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 \$55,000의 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; 연간 84식을 초과할 수 없습니다.	외래 환자 처치 후에는 이용할 수 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>귀하가 아래 나열된 만성 질환 중 하나에 대해 담당 주치의(PCP)로부터 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택의 대상이 될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약물 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 질환 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경학적 질환 • 뇌졸중 • 중증 혈액 질환 	<p>건강한 식품 및 농산물(식료품)</p> <p>적격 식품 품목에 대해 월별 \$25의 수당이 제공되며, \$0 코페이. 남은 잔액은 다음 달로 이월되지 않습니다.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 일부 질환은 제외됩니다 (예: 고혈압 및 전당뇨). 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>식료품 수당을 플렉스 카드에 추가하려면 사전 승인과 귀하의 주치의(PCP)의 확인이 필요합니다.</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 연간 총 의약품 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 귀하는 다음을 지불합니다.	소매 일반 비용 부담 (네트워크 소속)		우편 주문 일반 비용 부담	소매 비용 부담 (네트워크 비소속)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반	\$5 코페이	\$15 코페이	\$10 코페이	\$5 코페이
계층 3: 선호 브랜드	\$47 코페이	\$141 코페이	\$94 코페이	\$47 코페이
계층 4: 비선호 브랜드	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수 계층*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 선별 케어 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인슐린:	비용 부담 계층에 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 처방 일수 1개월 치에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.			
백신:	비용 부담 계층에 관계없이 미국 예방 접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인 백신에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 코페이를 지불하지 않습니다.			
3 단계: 재난적 보장 단계 연간 약품 가입자 부담 최대 한도액이 \$2,000에 도달한 후, 귀하는 해당 역년 말까지 이 단계에 머뭅니다.	이 지불 단계에서, 보장되는 파트 D 의약품에 대하여 귀하는 \$0를 지불합니다.			

* 네트워크 비소속 약국이나 소매 또는 우편 주문에서는 계층 1~6에 해당하는 일부 선별 약품에 대하여 장기 공급 약품을 이용할 수 없습니다.

** 계층 6에는 일반 비아그라, 처방 기침약 및 비타민이 포함됩니다.



가입 전 체크리스트

귀하가 가입 결정을 내리기 전, 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 전화하여 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 방문하거나 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.
- 귀하의 약품이 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: 귀하는 해당 플랜에 대한 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 코페이먼트/코인슈런스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 플랜에만 해당: 응급 상황 또는 긴급한 상황을 제외하고는 네트워크 비소속 의료 제공자(의료 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. Tricare (트라이케어)에 가입된 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장이 시작되면 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하시기 바랍니다. Medigap(메디갭) 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.



20**25**
혜택 요약서

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티

플랜 연도: 2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대해 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

해당 Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음과 같은 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 적격 만성 심혈관 질환 또는 당뇨병 진단을 받았으며¹
4. 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 이용하는 경우, 서비스 비용 전액을 귀하가 지불해야 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 확인하십시오. Medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 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.

¹해당 플랜은 만성 질환 특수 필요 플랜(C-SNP)입니다. 귀하의 가입 가능 여부는 해당되는 만성 질환이 있으며 그것을 증명하는 것에 따릅니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 일부 질환은 제외됩니다 (예: 고혈압 및 전당뇨).



2025 혜택 요약서 | Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

심혈관 질환 또는 당뇨병 진단을 받은 개인을 위한 종합적인 플랜으로, LIS 수혜자를 위한 처방약 비용 인하 혜택이 포함됩니다.

비용 분담 인하(reduced cost-sharing)가

적용되는 경우  로 표시됩니다.

귀하가 전체 Medi-Cal(메디칼) 프로그램에 등록되어 있는 경우, 귀하는 의료 서비스 비용으로 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하가 Medi-Cal과 비용 분담금(SOC)이 있는 경우, 플랜 보험료, 본인부담 공제액, 그리고 모든 비용 분담은 Medi-Cal 또는 제3자가 부분적으로 지불합니다. 비용 분담 인하를 위해 귀하는 Medi-Cal에 계속 등록되어 있어야 합니다.

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	\$18.40	 귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	\$590	 해당 플랜에는 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방약에 대한 본인부담 공제액이 있습니다.
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$0	연간 \$9,350	 해당 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 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	다음 메디케어 정의 금액은 2024년 기준이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 업데이트된 금액은 메디케어에서 발표하는 대로 제공될 것입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 혜택 기간당 \$1,632 본인부담 공제액 • 1~60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 • 61~90일 차, 혜택 기간당 일당 \$408 코페이 	

*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
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	체류당 20% 코인슈런스	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 0% 코인슈런스	방문당 20% 코인슈런스	
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스 전문의 방문당 20% 코인슈런스	
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 	방문당 \$0 코페이	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 \$0 입니다.
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터 (얼전케어) 	방문당 \$0 코페이	방문당 \$25 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 처치 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 진단 검사 또는 처치 또는 엑스레이당 0% 코인슈런스 방사선 서비스당 \$0 코페이	실험실 검사 서비스당 20% 코인슈런스 진단 검사당 \$0 코페이 엑스레이당 20% 코인슈런스 방사선 서비스당 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
<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>서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이</p> <p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이</p> <p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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) 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 분기당 \$550의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,200입니다.</p>	<p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>종합 서비스에는 제한 및 제외 사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 귀하의 부담 비용이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>네트워크 외부에서 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 최대 플랜 한도까지 보장되는 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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	전체 Medi-Cal 대상자 고객 부담 금액	Medi-Cal이 없는 경우 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 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 품목당 \$0 코페이 검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	검사당 \$0 코페이 품목당 \$0 코페이 검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 정기 서비스에 대해 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 비용 전액을 귀하가 지불해야 합니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 병원 - 정신과 <ul style="list-style-type: none"> • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	혜택 기간당 체류당 \$0 방문당 \$0 코페이	다음 메디케어 정의 금액은 2024년 기준이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 업데이트된 금액은 메디케어에서 발표하는 대로 제공될 것입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 혜택 기간당 \$1,632 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차 일당 \$408 코페이, 혜택 기간당 방문당 20% 코인슈런스	 종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 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
전문 영양 시설(SNF)*	체류당 \$0 코페이	다음 메디케어 정의 금액은 2024년 기준이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 업데이트된 금액은 메디케어에서 발표하는 대로 제공될 것입니다. <ul style="list-style-type: none"> 1 ~ 20일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 21 ~ 100일 차 일당 \$204 코페이, 혜택 기간당 	 사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> 작업, 물리, 말하기 및 언어 치료 	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> 지상 이송 항공 이송 	운행당 0% 코인슈런스 (편도)	운행당 20% 코인슈런스 (편도)	
교통편 해당 플랜은 편도 24회의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품* <ul style="list-style-type: none"> 인슐린 화학요법 및 기타 파트 B 의약품 	0% 코인슈런스	비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스, \$35를 초과하지 않음 비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스	 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 인슐린에 대한 비용 부담은 20% 코인슈런스 또는 \$35를 초과하지 않습니다.

*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 분기별로 총 \$200의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$800입니다.</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"> • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 소비하는 방법을 선택합니다.</p> <p>플렉스 카드로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 소비하는 방법을 선택합니다.</p> <p>플렉스 카드로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 네트워크에 속한 판매처에서 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 \$2,000까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스 해당 플랜은 역년 기준 최대 24회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 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>정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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>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	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 연중무휴(365일 24시간) 상근합니다.	통화당 \$0 코페이	통화당 \$0 코페이	어디서 진료를 받아야 할지 확신이 없거나 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). 	의학적 또는 정신 건강 진료에 \$0 코페이 방문당 \$0 코페이	의료 또는 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.
<ul style="list-style-type: none"> 담당 주치의 진료실을 통해 제공되는 진료 	방문당 \$0 코페이	방문당 \$0 코페이	

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; 연간 84식을 초과할 수 없습니다.	외래 환자 처치 후에는 이용할 수 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>귀하가 아래 나열된 만성 질환 중 하나에 대해 담당 주치의(PCP)로부터 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택의 대상이 될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약물 의존증 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 질환 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경학적 질환 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중 	<p>만성 질환자를 위한 식사 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p>원격 관찰 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 관찰하는 기기에 \$0 코페이</p> <p>재택 안전 평가 연간 최대 2회 평가에 \$0 코페이</p> <p>재택 지원 서비스 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연간 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. 연간 40시간으로 제한됩니다.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 일부 질환은 제외됩니다 (예: 고혈압 및 전당뇨). 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>이러한 혜택을 사용하려면 사전 승인 및 담당 주치의(PCP)의 확인이 필요합니다.</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 대하여 일반 소매 약국을 이용할 때와 동일한 금액을 지불합니다. Medi-Cal(메디칼) 및 비용 부담금 (share of cost)이 있는 경우, 파트 D 본인부담 공제액은 Medi-Cal 또는 제3자가 전액 또는 일부를 지불합니다. VBIID 모델은 Extra Help(추가 도움)을 받는 수혜자의 처방약에 대한 비용 부담을 면제합니다.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액

1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$590 계층 6 또는 인슐린 약품에는 연간 본인부담 공제액이 적용되지 않습니다.					
2 단계: 초기 보장 귀하는 총 연간 의약품 비용(플랜 및 귀하가 지불한 비용)이 \$2,000에 도달할 때까지 다음 금액을 지불합니다.	소매 일반 비용 부담 (네트워크 소속)		우편 주문 일반 비용 부담		소매 비용 부담 (네트워크 비소속)*	
	처방 일수 30 ~ 100 일, VBIID 대상자	처방 일수 30 ~ 100일	처방 일수 100일, VBIID 대상자	처방 일수 100일	처방 일수 30일, VBIID 대상자	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 2: 일반	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 3: 선호 브랜드	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 4: 비선호 브랜드	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 5: 특수 계층*	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스	\$0	25% 코인슈런스
계층 6: 선별 케어 약품**	\$0		\$0		\$0	
인슐린:	본인부담 공제액을 지불하지 않은 경우에도 비용 부담 단계와 관계없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 처방 일수 1개월 치에 대하여 본인부담 공제액 또는 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.					
백신:	비용 부담 계층에 관계없이 미국 예방 접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인 백신에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 코페이를 지불하지 않습니다.					
3 단계: 재난적 보장 단계 연간 약품 가입자 부담 최대 한도액이 \$2,000에 도달한 후, 귀하는 해당 역년 말까지 이 단계에 머뭅니다.	이 지불 단계에서, 보장되는 파트 D 의약품에 대하여 귀하는 \$0를 지불합니다.					

*네트워크 비소속 약국이나 소매 또는 우편 주문에서는 계층 1 ~ 6에 해당하는 일부 선별 약품에 대하여 장기 공급 약품을 이용할 수 없습니다. **계층 6에는 일반 비아그라, 처방 기침약 및 비타민이 포함됩니다.

가치 중심적 보험 설계(VBID) 모델

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

VBID 추가 혜택 및 프로그램의 대상이 되려면 수혜자는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)로부터 저소득 보조금 지원(추가 도움)을 받아야 합니다. 플랜의 승인이 필요합니다.



식료품 및 농산물 수당: 적격 회원에게는 매월 \$125가 지급됩니다. 월별 수당은 플렉스 카드에 적립됩니다. 이 수당을 사용하여 지역 내 식료품점에서 건강한 식품 및 농산물을 구매하는 데 사용할 수 있습니다. 월말에 남은 잔액은 다음 달로 이월되지 않습니다.



교통편 (비용급 상황): 적격 회원은 의사 진료 약속, 약국 또는 기타 보건 관련 장소로의 차량 서비스를 편도 24회, 30마일 반경 내에서 이용할 수 있습니다.



파트 D 비용 분담금 인하: 적격 회원은 계층 1 ~ 5의 모든 처방약에 대해 아무것도 지불하지 않습니다 (\$0).



보상금 및 인센티브: 당뇨병 및/또는 스타틴 약품을 처방받고 이를 준수하는 Total+ 회원은 3개월마다 최대 \$100(약품당 \$50)까지, 연간 최대 \$300까지 적립할 수 있습니다. 처방된 약을 90% 이상 준수하고, 무료 전체 의약품 검토를 완료해야 합니다. 참여는 가입 필수 요건이 아닙니다.



보상금은 귀하의 플렉스 카드에 추가되며 다음 용도로 사용할 수 있습니다:

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



전화 주세요. 친절하게 도와드리겠습니다! 1-833-808-8164 (TTY: 711)

TOTAL+

메디케어는 Clever Care Health Plan, Inc.가 가치 중심적 보험 설계(Value-Based Insurance Design) 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공 및/또는 코페이먼트를 낮추도록 승인하였습니다. 이 프로그램은 메디케어가 메디케어 어드밴티지 플랜을 개선하기 위한 새로운 방법을 시도할 수 있게 합니다. VBID 모델에 따른 추가 혜택 또는 파트 D 보상금 및 인센티브 프로그램의 대상 여부는 보장되지 않으며, 관련 기준(예: 임상 진단, 자격 기준, 질병 상태 관리 프로그램 참여)에 따라 가입 후 플랜에서 결정됩니다.



가입 전 체크리스트

귀하가 가입 결정을 내리기 전, 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 전화하여 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 방문하거나 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 수 있는 새로운 약국을 선택해야 할 수 있습니다.
- 귀하의 약품이 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: 귀하는 해당 플랜에 대한 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 코페이먼트/코인슈런스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 플랜에만 해당: 응급 상황 또는 긴급한 상황을 제외하고는 네트워크 비소속 의료 제공자(의료 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. Tricare(트라이케어)에 가입된 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장이 시작되면 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하시기 바랍니다. Medigap(메디갭) 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 개인 정보를 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	Quantity Limits (수량 제한)
PA	Prior Authorization required (사전 승인 필요)
BvD	Part B vs D determination (파트 B 와 파트 D 결정 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	
ROSUVASTATIN CALCIUM 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL
DICLOFENAC SODIUM 25mg, 50mg, 75mg	2	BvD
GABAPENTIN 100mg, 300mg, 400mg	1	QL
AMOXICILLIN 500mg 875mg	1	
METOPROLOL SUCCINATE 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
IBUPROFEN 400mg, 600m, 800mg	1	BvD
ALENDRONATE SODIUM 10mg, 35mg, 70mg	1	QL
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.1%	1	
CREON	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

약품 이름	등급	약품 사용량 관리 제한
PANTOPRAZOLE SODIUM 20mg, 40mg	1	QL
MELOXICAM 7.5mg	1	
CELECOXIB 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2	QL
CLOPIDOGREL 75mg	1	
FINASTERIDE 5mg	1	
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	
LISINOPRIL 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
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 파스	2	QL, PA
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

약품 이름	등급	약품 사용량 관리 제한
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	
CIPROFLOXACIN HCL 250mg, 500mg, 750mg	2	
TIMOLOL MALEATE 0.25%, 0.5%	1	
FENOFIBRATE 54mg, 160mg	2	QL
JANUVIA	3	QL
MYRBETRIQ ER 25mg, 50mg	3	
PREDNISONE 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	BvD
NAPROXEN 250mg, 375mg, 500mg	1	
TRULICITY 0.75mg/0.5mL, 1.5mg/0.5mL, 3mg/0.5mL, 4.5mg/0.5mL	3	QL, PA
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
BENAZEPRIL 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 :

2025년 메디케어의 별점 평가 등급

Clever Care Health Plan - H7607

미국 정부
공식 메디
케어 정보



2025년, 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 플랜 실적
이 좋은 것입니다.

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

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

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.



처방약 비용 지불을 위해 메디케어의 추가 도움(Extra Help)을 받는 사람들의 월 플랜 보험료

만약 귀하가 메디케어로부터 메디케어 처방약 비용을 지불하는데 도움이 되는 추가 도움을 받는다면, 메디케어로부터 추가 도움을 받지 않을 때에 비해 월 플랜 보험료를 더 적게 내게 됩니다.

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

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

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

추가 도움을 받지 않는 경우, 다음에 전화하여 자격 여부를 확인할 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 회원 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 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

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

Clever Care는:

- 장애가 있는 사람에게는 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 (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@cmapd.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 của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe và chương trình bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711). Nhân viên nói tiếng Việt của chúng tôi có thể 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: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នក នឹងយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

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

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 양식 작성 시 이 정보가 필요합니다.
4단계	가입 양식을 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 도움)”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)
- 거주 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?

작성 완료하고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오.

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

이메일: enrollment@ccmapd.com

팩스: (657) 276-4757

가입 신청이 처리되면 귀하에게 연락을 드립니다.

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 0938-1378입니다. 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 **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

<input type="checkbox"/>	001-로스엔젤레스 카운티	\$18.40/월
<input type="checkbox"/>	002-오렌지 카운티	\$18.40/월
<input type="checkbox"/>	003-샌디에고 카운티	\$18.40/월
<input type="checkbox"/>	004-샌버너디노 카운티	\$18.40/월
<input type="checkbox"/>	005-리버사이드 카운티	\$18.40/월

성: _____

이름: _____

중간 이니셜 (선택 사항): _____

생년월일: ____ / ____ / ____

성별: 남성 여성

전화번호: (____) _____ - _____

거주지 도로 주소(우체국 사서함 기재 불가. 참고: 노숙 중인 개인의 경우, 우체국 사서함이 거주지 주소로 고려될 수 있습니다.):

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 2025년까지 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 **말초혈관질환**으로 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

본인의 서명은 상기 기재된 의료 제공자 및/또는 주치의(PCP)가 Clever Care Health Plan에게 본인의 건강 정보를 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 플랜에 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).
- 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.
- 이 가입 양식상의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은 이 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우, 플랜 가입이 해지될 수 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 본인(또는 본인을 대리할 법적 권한이 있는 사람)의 서명이 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. 권한 대리인(위와 같이)이 서명하는 경우, 이 서명은 다음 사항을 확인합니다:
 1. 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입을 완료할 권한을 갖습니다. 그리고
 2. Medicare 요청이 있는 경우 이 권한을 증명하는 문서를 제출할 수 있습니다.

서명:

오늘 날짜:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 권한 대리인인 경우, 위에 서명하고 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.

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

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

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

귀하의 성별은 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

- 여성⁽¹⁾
- 남성⁽²⁾
- 논바이너리⁽³⁾
- 저는 다른 용어를 사용합니다⁽⁴⁾ _____
- 답변하지 않겠습니다.⁽⁵⁾

다음 중에서 귀하를 가장 잘 나타내는 항목은 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

- 레즈비언 또는 게이⁽¹⁾
- 이성애자, 즉, 게이 또는 레즈비언이 아님⁽²⁾
- 양성애자⁽³⁾
- 저는 다른 용어를 사용합니다⁽⁴⁾ _____
- 잘 모르겠습니다⁽⁵⁾
- 답변하지 않겠습니다.⁽⁶⁾

귀하가 선호하는 구사 언어는 무엇입니까?

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

영어 이외에 귀하가 선호하는 서면 언어는 무엇입니까?

- 중국어(번체) 한국어 베트남어 스페인어

정보를 접근 가능한 형태로 받아 보길 원하시면 다음 중 하나를 선택하십시오. 점자 큰 활자 오디오 CD 데이터 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 아니오 귀하의 배우자는 직업이 있습니까? 예 아니오

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:

메디컬 그룹 또는 IPA:

PCP 등록 ID #:

현재 이 주치의로부터 진료를 받고 있습니까? 예 아니오 본인은 주치의가 없습니다. 본인에게 주치를 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.

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

보험료 납부 방식을 선택하십시오. 선택을 하지 않으면 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

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

가입 신청자의 양식 작성을 돕는 개인 작성란

귀하가 가입 신청자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 카운슬러, 가족 구성원, 또는 제삼자)인 경우, 이 섹션을 작성해 주십시오.

성명:	가입 신청자와의 관계:
서명:	국가 프로듀서 번호(에이전트/브로커 전용):
FMO(해당되는 경우)	전화를 통한 가입인가요?: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
보장 효력발생일: ____월 ____일 / ____월 ____일 / ____년 ____년 ____년 ____년	신청서 접수일: ____월 ____일 / ____월 ____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 수급자의 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 해주십시오. 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 장기 요양 시설(예컨대, 요양원 또는 장기 요양 시설)에 입주 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 또는 최근에 퇴원했습니다. 입주일/입주예정일/퇴원일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁹⁾
- 본인은 최근 PACE® 프로그램에서 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴했습니다.⁽¹⁰⁾
- 본인은 최근 본인의 아니게 신뢰할 수 있는 처방약 보장(Medicare의 보장과 동등)을 상실했습니다. 처방약 보장 상실일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹¹⁾
- 본인은 고용주 또는 조합 보장을 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴/상실 예정입니다.⁽¹²⁾
- 본인은 주 정부에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.⁽¹³⁾
- 본인의 플랜이 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 예정입니다.⁽¹⁴⁾
- 본인은 Medicare(또는 주 정부) 플랜에 가입되었으나, 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 해당 플랜 가입일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹⁵⁾
- 본인은 특수 필요 플랜(SNP)에 가입되었으나, 가입을 유지하기 위해 요구되는 특수 필요 자격을 상실했습니다. SNP로부터의 가입 해지일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹⁶⁾
- 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.⁽¹⁷⁾
- 본인은 만성 질환에 맞춤형 혜택을 제공하는 특수 필요 플랜(Special Needs Plan)에 가입하고자 합니다.⁽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.