



20**26**  
혜택 요약서

## Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

**California** 서비스 지역

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

플랜 연도: 2026년 1월 1일 ~ 2026년 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](http://ko.clevercarehealthplan.com/eoc)

**해당 Clever Care HMO C-SNP 플랜에 가입하려면 다음 조건이 충족되어야 합니다:**

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 천식, 만성 기관지염, 폐기종 또는 만성폐쇄성폐질환(COPD)으로 진단받았으며<sup>1</sup>
4. 서비스 지역 카운티에 거주해야 합니다:
  - Los Angeles
  - Orange
  - San Bernardino
  - Riverside
  - San Diego



네트워크 소속 의사, 전문의, 병원, 약국을 찾아보십시오. 네트워크에 소속되지 않은 의료서비스 제공자를 이용하는 경우, 서비스 비용 전액은 회원님께서 부담하셔야 합니다.

[ko.clevercarehealthplan.com/provider](http://ko.clevercarehealthplan.com/provider)



약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

[ko.clevercarehealthplan.com/formulary](http://ko.clevercarehealthplan.com/formulary)



해당 자료에 관한 문의 사항이 있으시면 **1-833-808-8164 (TTY: 711)**로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 연락해 주십시오. 또는 [sales@clevercarehealthplan.com](mailto:sales@clevercarehealthplan.com)으로 이메일을 보내주십시오.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알고 싶으시면 현재 소지하고 계신 **메디케어와 가입자 (Medicare & You)** 소책자를 확인하십시오. [medicare.gov](http://medicare.gov)에서 온라인으로 확인하시거나 연중무휴(주 7일, 하루 24시간) 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 신청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하셔야 합니다.

<sup>1</sup> 해당 플랜은 만성 질환 특수 필요 플랜(C-SNP)입니다. 귀하의 가입 가능 여부는 해당되는 질환이 있으며 그것을 증명하는 것에 따릅니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.



## 2026년 혜택 요약서 | Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

천식, 만성 기관지염, 폐기종 또는 만성폐쇄성폐질환(COPD)으로 진단받은 분들을 위한 통합 건강 관리 플랜.



**기호는 비용 분담 할인(reduced cost-sharing)이 적용될 때 표시됩니다.**

Medi-Cal과 본인부담금(SOC)을 함께 적용받는 경우, 보험료, 본인부담 공제액 및 기타 비용 분담금은 Medi-Cal 또는 제3자가 전부 또는 일부를 부담합니다. 비용 분담금 혜택을 유지하려면 Medi-Cal 가입 상태를 유지해야 합니다.

### 보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	\$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	\$615	 해당 플랜에는 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방약에 대한 본인부담 공제액이 있습니다.
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$0	연간 \$9,250	 이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 지불하는 연간 최대 금액입니다.

### 의료 및 병원 혜택

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	혜택 기간당 \$0 코페이	다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혜택 기간당 \$1,736 본인부담 공제액</li> <li>• 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당</li> <li>• 61 ~ 90일 차, 일당 \$434 코페이, 혜택 기간당</li> </ul>	

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>병원 외래 보장*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>외래 환자 입원</li> <li>소견 서비스</li> </ul>	체류당 \$0 코페이  소견 서비스에 \$0 코페이	체류당 20% 코인슈런스  소견 서비스에 대해 20% 코인슈런스	
<b>외래 수술 센터(ASC) 서비스*</b>	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
<b>의사 진료실 방문</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>주치의(PCP)</li> <li>전문의*</li> </ul>	방문당 \$0 코페이  전문의 방문당 \$0 코페이	방문당 \$0 코페이  전문의 방문당 \$0 코페이	
<b>예방 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>메디케어 가입 환영 (Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스</li> </ul>	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.
<b>응급 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>응급실</li> </ul>	방문당 \$0 코페이	방문당 \$95 코페이	 72시간 이내에 병원에 입원할 경우 코페이는 \$0입니다.
<b>긴급하게 필요한 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>긴급 진료 센터 (얼전케어)</li> </ul>	방문당 \$0 코페이	방문당 \$25 코페이	
<b>진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>실험실 검사 서비스</li> <li>진단 검사, 처치</li> <li>엑스레이</li> <li>진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)</li> </ul>	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이  진단 서비스당 \$0 코페이  엑스레이당 \$0 코페이  방사선 서비스당 \$0 코페이	실험실 검사 서비스당 20% 코인슈런스  진단 서비스당 \$0 코페이  엑스레이당 20% 코인슈런스  방사선 서비스당 20% 코인슈런스	

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<p><b>청력 서비스*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 메디케어 보장 서비스</li> </ul> <p><b>청력 서비스(정기)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정기 청력 검사 (1회로 제한)</li> <li>• 보청기 최적화 피팅 및 평가(3회로 제한)</li> <li>• 보청기</li> </ul> <p>해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 <b>\$600의</b> 수당을 제공합니다.</p>	<p>서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사 또는 서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사 또는 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 반드시 이용하셔야 합니다.</p> <p>모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.</p> <p>분실, 도난, 또는 손상된 보청기의 1회 교체에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p>
<p><b>치과 서비스*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 메디케어 보장 서비스</li> </ul> <p><b>치과 서비스(PPO)</b></p> <p><b>예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 구강 검사(2회로 제한)</li> <li>• 치아 클리닝(2회로 제한)</li> <li>• 불소 치료(1회로 제한)</li> <li>• 바이트윙 엑스레이 (2회로 제한)</li> </ul> <p><b>종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지는 않습니다:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 충치 치료 및 치아 수리</li> <li>• 신경 치료</li> <li>• 치과용 크라운(치관)</li> <li>• 임플란트</li> <li>• 브릿지, 의치(틀니), 발치</li> </ul> <p>해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 <b>\$1,200의 연 2회(반년마다)</b> 수당을 제공합니다. 연간 혜택의 한도는 \$2,400입니다.</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>네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.</p> <p>네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다.</p> <p>플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.</p> <p>모든 미사용 수당은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>치아 교정은 제외됩니다.</p>

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>시력 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사</li> <li>• 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경</li> </ul>	검사당 \$0 코페이  품목당 \$0 코페이	검사당 \$0 코페이  품목당 \$0 코페이	정기 서비스를 위해 당사 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하시는 경우, 모든 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다.  플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 이용하실 수 있습니다.
<b>시력 서비스(정기)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정기 시력 검사</li> <li>• 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈)</li> <li>• 업그레이드</li> </ul> 해당 플랜은 안경류에 대해 <b>연간 \$350의 수당</b> 을 제공합니다.	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
<b>정신 건강 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원환자 병원 - 정신과</li> </ul>	혜택 기간당 체류당 \$0	다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혜택 기간당 \$1,736 본인부담 공제액</li> <li>• 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당</li> <li>• 61 ~ 90일 차, 일당 \$434 코페이, 혜택 기간당</li> </ul>	 종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법)</li> </ul>	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>전문 영양 시설(SNF)*</b>	체류당 \$0 코페이	다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>1 ~ 20일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당</li> <li>21 ~ 100일 차 일당 \$217 코페이, 혜택 기간당</li> </ul>	 사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
<b>물리 치료*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>작업, 물리, 말하기, 언어 치료</li> </ul>	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
<b>구급차</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>지상 이송</li> <li>항공 이송</li> </ul>	운행당 \$0 코인슈런스 (편도) 운행당 \$0 코인슈런스	운행당 20% 코인슈런스 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
<b>교통편</b> 해당 플랜은 <b>편도 48회</b> 의 비용급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 \$0 코페이	운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
<b>메디케어 파트 B 의약품</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>인슐린</li> <li>항암화학요법 및 기타 파트 B 의약품</li> </ul>	\$0 코페이  \$0 코페이	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.

## 플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>건강 교육 웰니스 키트</b> 해당 플랜은 모든 가입자에게 폐 건강을 위한 맞춤형 웰니스 키트를 제공합니다.	키트에 대해 \$0 코페이	키트에 대해 \$0 코페이	

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<p><b>건강 및 웰니스 플렉스 수당</b></p> <p>해당 플랜은 <b>\$600</b>의 분기당 통합 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,400입니다.</p> <p><b>피트니스 활동</b>은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>골프, 탁구</li> <li>태극권, 요가</li> <li>헬스장 회원권</li> </ul> <p><b>비처방 의약품(OTC)</b>은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>통증 완화제</li> <li>감기 및 독감약</li> <li>응급처치용품</li> </ul> <p><b>한방 건강 보조제</b>는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>인삼</li> <li>제비집(연와)</li> <li>타이거밤</li> </ul> <p><b>치과, 시력 및/또는 청력</b>에 대해 연간 수당을 초과하는 비용.</p> <p><b>식료품(건강한 식품 및 농산물)*</b> 플랜과 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 항목을 참조하십시오.</p>	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p><b>귀하는 직접</b> 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다.</p> <p>플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p><b>귀하는 직접</b> 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다.</p> <p>플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다.</p> <p>모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다.</p> <p>한방 건강 보조제는 네트워크 공급 업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다.</p> <p>식료품 구매는 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.</p>

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>침술 서비스(정기)</b> 해당 플랜은 연간 최대 <b>\$2,000</b> 까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.	플랜의 최대 금액까지, 방문당 \$0 코페이	플랜의 최대 금액까지, 방문당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다.  플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다.
<b>한의학 웰니스 서비스</b> 해당 플랜은 달력상 연당 최대 <b>24회</b> 의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 부항/쑥뜸</li> <li>• 추나, 팔사</li> <li>• Med-X 및 반사 요법</li> </ul>	최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 \$0 코페이	최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 \$0 코페이	사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
<b>건강 및 웰니스(정기)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 연례 신체 검사</li> </ul>	연당 1회 방문에 \$0 코페이	연당 1회 방문에 \$0 코페이	해당 검사는 연례 웰니스 진료보다 더 광범위합니다. 혈액 검사 및 기타 검사 외에도 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다.
<b>원격 진료</b> 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 담당 주치의 진료실을 통해 제공되는 진료</li> </ul>	Teladoc 의료 또는 정신 건강 진료에 대해 \$0 코페이  진료당 \$0 코페이	Teladoc 의료 또는 정신 건강 진료에 대해 \$0 코페이  진료당 \$0 코페이	Teladoc 의료 제공자는 비용급 상황인 건강 문제를 진단하고 다룰 수 있고, 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다.

### 보험에 포함되어 있는 추가 혜택:

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
<b>전 세계적 보장</b> 해당 플랜은 미국 및 미국 영토 외부에서 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 <b>\$100,000</b> 한도가 있습니다.	서비스당 \$0 코페이	

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
<p><b>퇴원 후 가정에서의 회복*</b></p> <p>해당 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 이용 후 바로 회복을 지원하는 통합 혜택을 제공합니다. 다음과 같은 서비스를 받으실 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 개인 케어 조정</li> <li>· 가정 배달 식사</li> <li>· 재택 지원 서비스</li> </ul>	<p>의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화.</p> <p>식사 지원에 대해 \$0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3식까지.</p> <p>\$0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점(마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.</p>	<p>외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다.</p> <p>회원님께서서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다.</p> <p>이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.</p>
<p><b>개별 응급 응답 시스템(PERS)*</b></p> <p>24시간 대응 센터와 연결해주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.</p>	<p>연간 기기 한 대에 대해 \$0 코페이</p>	<p>회원 서비스에 연락해 주십시오.</p>
<p><b>만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)*</b></p> <p>아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 자가 면역 질환</li> <li>· 암</li> <li>· 심혈관 질환</li> <li>· 만성 알코올 또는 약물 의존증</li> <li>· 만성 및 장애적 정신 건강 질환</li> <li>· 만성 위장관(소화기) 질환</li> <li>· 만성 심부전</li> <li>· 만성 신장 질환</li> <li>· 만성 폐 질환</li> <li>· 인지 기능 저하 관련 질환</li> <li>· 치매</li> <li>· 당뇨병</li> <li>· HIV/AIDS</li> <li>· 면역 결핍 및 면역 억제 질환</li> <li>· 신경학적 질환</li> <li>· 장기 이식 후 치료</li> <li>· 중증 혈액 질환</li> <li>· 뇌졸중</li> </ul>	<p><b>건강한 식품 및 농산물(식료품)</b> 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다.</p> <p><b>만성 질환 회원을 위한 식사</b> 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p><b>원격 모니터링 서비스</b> 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 \$0 코페이.</p> <p><b>재택 안전 평가</b> 연간 최대 2회 평가에 대해 \$0 코페이.</p> <p><b>재택 지원 서비스</b> 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연간 40시간으로 제한.</p> <p><b>사회적 니즈 혜택</b> 비임상 개인 간병인이 제공하는 사회적 교류 서비스에 대해 \$0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한.</p> <p><b>간병인(보호자) 지원</b> 임시 간호에 \$0 코페이. 연간 40시간으로 제한.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>해당 혜택을 이용하기 전, 주치의(PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다.</p> <p>서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.</p>

\*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

선택하시는 약국의 유형(예: 표준 소매약국, 네트워크 외 약국, 우편 주문 약국)이나 30일분 또는 100일분 처방 여부에 따라 비용 부담이 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하시는 경우, 31일분 약에 대해 표준 소매약국에서 지불하는 금액과 동일한 금액을 부담하시게 됩니다. Extra Help(추가 도움, 메디케어 저소득 보조 프로그램) 자격이 있는 회원의 경우, 본 문서에 표시된 금액보다 낮은 약 비용을 부담할 수 있습니다.

파트 D 처방약 혜택 및 회원 부담 금액			
<b>1 단계:</b> 연간 본인부담 공제액	<b>\$615</b> 이 연간 본인부담 공제액은 계층 6에는 적용되지 않습니다.		
<b>2 단계:</b> 초기 보장 총 본인 부담금이 \$2,100에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	<b>소매 일반 비용 부담 (네트워크 소속)</b>	<b>우편 주문 일반 비용 부담</b>	<b>소매 비용 부담금 (네트워크 외)<sup>2</sup></b>
	<b>처방 일수 30 ~ 100일</b>	<b>처방 일수 100일</b>	<b>처방 일수 30일</b>
<b>계층 1:</b> 선호 일반(제네릭)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 2:</b> 일반(제네릭)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 3:</b> 선호 브랜드	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 4:</b> 비선호 브랜드	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 5:</b> 특수 계층 <sup>2</sup>	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 6:</b> 선별 케어 약품 <sup>3</sup>	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
<b>인슐린:</b>	본인부담 공제액이 없으며, 비용 부담 계층에 관계없이 각 보장 인슐린 제품에 대해 월 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.		
<b>백신:</b>	예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 백신에 대해서는, 비용 부담 계층과 관계없이 본인부담 공제액이나 코페이가 없습니다.		
<b>3 단계:</b> 재난적 보장 단계 연간 최대 금액이 \$2,100에 도달한 후, 귀하는 해당 연도 말(달력일 기준)까지 이 단계에 머무르게 됩니다.	이 지불 단계에서, 보장되는 파트 D 의약품에 대하여 귀하는 \$0을 지불합니다.		

<sup>2</sup> 장기 복용을 위한 약품 공급은 네트워크 외 약국이나 계층 5 특수 약품에서는 제공되지 않습니다.

<sup>3</sup> 계층 6 선별 케어 약품에서는 당뇨병, 혈압, 콜레스테롤 치료에 사용되는 선호 일반(제네릭) 의약품이 포함됩니다. 또한, 제외된 의약품(처방 기침약, 비타민, 일반(제네릭) 비아그라)도 포함됩니다.





## 가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전, 제공되는 혜택과 규칙을 정확히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있으시면 1-833-808-8164 (TTY: 711), 10월 1일~3월 31일 주 7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 평일 오전 8시~오후 8시로 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/eoc](http://ko.clevercarehealthplan.com/eoc)를 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 코페이/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 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다. 당사의 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 당사는 귀하의 개인정보를 보호합니다. 개인정보 보호관행 고지를 확인하십시오: [ko.clevercarehealthplan.com/privacy](http://ko.clevercarehealthplan.com/privacy). 모든 상표는 각 소유자의 단독 재산입니다. Benefits Mastercard® 선불카드는 The Bancorp Bank NA에서 발급됩니다. ©2025 NationsBenefits, LLC. 모든 권리 보유. NationsBenefits는 NationsBenefits, LLC.의 등록 상표입니다.

M11129-SB-BRP-KO (01/26)