



## **Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP)**

**Medicare Advantage and Prescription Drug  
보험**

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside  
카운티에 서비스 제공

**보험 연도: 2023년 1월 1일 - 2023년 12월 31일**

JASMINE



Clever Care Medicare Advantage HMO 보험은 하나의 보험으로 의료 서비스, 처방약, 한방 치료, 치과 치료 및 그 이상의 혜택을 보장받을 수 있어 편리합니다.

가입하시려면 Medicare 파트 A에 가입 자격이 되며, Medicare 파트 B에도 가입이 되어 있고, 서비스 해당 지역 중 하나의 카운티에 거주하고 있어야 합니다: **Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside 카운티.**

당사의 의사, 병원, 약국, 의약품 목록 등의 네트워크 목록은 당사 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다:



**주치의 및 기타 의료 서비스 제공자**

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

**약국**

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

**처방집 (보장되는 의약품 목록)**

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

이 서류에 관한 내용을 이해하는데 도움이 필요하시면, **1-833-808-8164 (TTY:711)** 로 전화 주십시오:



**10월 1일 - 3월 31일**

오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일.

**4월 1일 - 9월 30일**

오전 8시부터 오후 8시까지, 월요일 부터 금요일.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 자세한 내용을 알고 싶으시면 최신 “Medicare & You” 책자를 참조하십시오. Medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 신청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.



## 2023 혜택 요약서

### CLEVER CARE JASMINE MEDICARE ADVANTAGE (HMO C-SNP)

만성적 심혈관 질환이나 당뇨병을 위한 특수 필요 플랜.

아래 정보는 의료 및 처방약 비용을 요약한 것입니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록은 보장 범위 증명서 (EOC)를 참조하십시오. EOC는 10월 15일에 당사 웹사이트에서 보실 수 있습니다.

귀하께서 Medi-Cal 프로그램에 등록되어 있다면, 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않거나 비용 분담(예: 코페이, 코인슈런스, 또는 본인부담 공제액)에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 낮은 비용 분담을 유지하기 위해서는 Medi-Cal의 가입 상태를 유지하셔야 합니다.

### 보험료, 본인부담 공제액, 한도

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$31.80	Medicare 파트 B 보험료를 계속해서 지불하셔야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	해당 보험은 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방 약품에 본인부담 공제액이 있습니다.
가입자 부담 최대 한도액(파트 D 처방 약은 포함되지 않음.)	연간 \$7,550	이 금액은 보장되는 Medicare 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

### 의료 및 병원 혜택

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 치료	<p>다음의 Medicare에서 정해진 금액은 2022년용이며 2023년에 변동될 수 있습니다. Medicare에서 자료를 공개하는대로 갱신된 요율을 제공해 드리겠습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혜택 기간당 \$1,556 본인부담 공제액</li> <li>• 혜택 기간당 1 ~ 60일차 및 91일차 이상 일당 \$0 코페이</li> <li>• 혜택 기간당 61 ~ 90일차 일당 \$389 코페이</li> </ul> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.</p>	<p><b>서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b> 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p> <p>코페이는 혜택 기간에 다릅니다. 혜택 기간은 입원한 날 시작되고 연속 60일간 어떤 입원 치료도 받지 않았을 때 종료됩니다.</p>

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>외래 병원 및 수술 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>외래 병원 시설</li> <li>외래 수술 센터</li> <li>외래 병원 관찰 서비스</li> </ul>	방문당 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	<b>서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
<b>의사 방문</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>주치의 (PCP)</li> <li>전문의</li> </ul>	방문당 \$0 코페이 방문당 \$0 코페이	<b>전문의 첫 진료 예약시에는 사전 승인이 필수는 아닙니다.</b>  후속방문이나 향후 의료 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.  네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
<b>예방 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>메디케어 가입환영 (Welcome to Medicare) 방문</li> <li>연례 웰니스 방문</li> </ul>	연간 1회 방문에 \$0 코페이	계약 연도 중 Medicare에서 승인한 모든 추가적인 예방 서비스의 혜택이 보장됩니다.
<b>응급 진료</b>	응급실(emergency room) 방문당 \$95 코페이  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	동일한 증세로 인해 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
<b>긴급 진료 서비스</b>	긴급 진료(urgent care) 센터 방문당 \$25 코페이  Medi-Cal에서 전체혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	동일한 증세로 인해 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
<b>진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>실험실 검사 서비스</li> <li>진단 검사, 시술, 기초 방사선</li> <li>외래환자 엑스레이</li> <li>진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)</li> <li>치료 목적 방사선 서비스 (예: 암 방사선 치료)</li> </ul>	각 서비스당 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스.  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	<b>서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  Medicare 지침에 따라 보장됩니다.  네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.  귀하께서는 치료 목적 방사선 서비스에 20%를 부담하지만, 어떤 경우에도 해당 연도의 총 가입자 부담 최대한도액을 초과하여 부담하지 않습니다.

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>청력 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>진단 청력 검사</li> </ul>	<p>각 Medicare 보장 방문에 \$0 코페이</p>	<p>귀하는 반드시 당사의 청력 네트워크에 소속된 의사를 이용하셔야 합니다.</p>
<b>청력 서비스 (Medicare 비보장, 정기)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>정기 청력 검사</li> <li>보청기 최적화 피팅 및 평가</li> <li>보청기</li> </ul>	<p>1회의 정기 청력 검사에 \$0 코페이</p> <p>연당 최대 3회까지 최적화 피팅 및 평가에 \$0 코페이</p> <p>보청기에 최대 보험 혜택 금액까지 \$0 코페이</p> <p>이 보험은 보청기에 매년 한쪽 귀당 <b>\$1,500</b> 까지 혜택을 보장합니다.</p>	<p>보청기는 NationsHearing을 통해 제공되며 개인적인 청력 필요에 부합하는 특정 기기로 제한 됩니다.</p> <p>정기 청력 검사 또는 보청기에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다.</p> <p>보청기의 분실, 도난 또는 손상의 경우 1회에 한해 교체 기기에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p>
<b>치과 서비스 (정기)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare 보장 서비스</li> </ul> <p>예방적 치과서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>치아 클리닝 (연당 2회 한정)</li> <li>구강 검사 (연당 2회 한정)</li> <li>불소 치료 (연당 1회 한정)</li> <li>엑스레이 (연당 1회 한정)</li> </ul> <p>추가로 보장되는 종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만, 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>치아 딥클리닝</li> <li>충치 치료</li> <li>신경 치료 (근관 치료)</li> <li>치과용 크라운 (치관)</li> <li>브릿지, 틀니, 발치 및 기타서비스</li> </ul>	<p>각 Medicare 보장 방문에 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 귀하의 보장 시작 날짜에 따라 1년에 최대 4회까지 <b>\$625씩의 수당</b>을 제공합니다. 연간 최대 혜택 금액은 \$2,500입니다.</p> <p>예방적 및 종합적 치과 서비스에 수당 금액까지 \$0 코페이</p> <p>치아 임플란트의 수술적 식립은 제외됩니다.</p>	<p><b>다시 하는 크라운과 고정 보철물(브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다.</b></p> <p><b>네트워크 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다.</b> 그러나, Liberty Dental 소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하께서 부담해야 할 지출이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일, 9월 30일까지 소진하지 않은 수당 금액은 이월되며, 12월 31일에 소멸됩니다.</p> <p>치과 서비스에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다. 네트워크 외부 제공자를 이용하실 경우 허용 금액과 청구 금액간의 차액에 대해 귀하께서 부담하셔야 할 수 있습니다.</p>

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>시력 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 Medicare 보장 시력 검사.</li> <li>• 백내장 수술 후 Medicare 보장 안경</li> </ul>	<p>각 Medicare 보장 방문에 \$20 코페이</p> <p>당뇨망막병증 검사에 \$0코페이</p> <p>백내장 수술 후 메디케어 보장 안경에 \$0 코페이</p>	<p>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<b>시력 서비스 (Medicare 비보장, 정기)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 눈 정기 검사, 굴절 검사 포함</li> <li>• 안경류 (안경테, 렌즈, 또는 콘택트렌즈)</li> </ul>	<p>매 역년 당 1회의 눈 정기 검사에 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 안경류에 매년 <b>\$300</b>까지의 혜택을 제공합니다.</p> <p>보험이 제공하는 수당 금액까지 안경류에 \$0 코페이.</p>	<p>Medicare 비보장 서비스에 대해 <b>Eyemed</b> 네트워크에 소속된 의사를 <b>만드시</b> 이용하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p> <p>정기적 시력 서비스에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하는 잔여 비용을 부담합니다.</p>
<b>정신 건강 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원환자 정신 건강 관리</li> </ul>	<p>다음의 Medicare에서 정해진 금액은 2022년용이며 2023년에 변동될 수 있습니다. Medicare에서 자료를 공개하는대로 갱신된 요율을 제공해 드리겠습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혜택 기간당 \$1,556 본인부담 공제액</li> <li>• 혜택 기간당 1 ~ 60일차 일당 \$0 코페이</li> <li>• 혜택 기간당 61 ~ 90일차 일당 \$389 코페이</li> </ul> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.</p> <p>외래 환자 그룹 또는 개별 요법 방문에 20% 코인슈런스</p>	<p>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 관리 및 치료 평생 한도가 적용됩니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 외래 환자 정신 건강 진료</li> </ul>	<p>외래 환자 그룹 또는 개별 요법 방문에 20% 코인슈런스</p>	

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>전문 영양 시설 (SNF)</b>	<p>다음의 Medicare에서 정해진 금액은 2022년용이며 2023년에 변동될 수 있습니다. Medicare에서 자료를 공개하는대로 갱신된 요율을 제공해 드리겠습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혜택 기간당 1 ~ 20일차 일당 \$0 코페이</li> <li>• 혜택 기간당 21 ~ 100일차 일당 \$194.50 코페이</li> </ul> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.&gt;</p>	<p><b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b></p> <p>사전 입원이 필수사항은 아닙니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>
<b>재활 치료 서비스</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 작업 치료</li> <li>• 물리 치료 및 언어 치료</li> <li>• 심장 재활</li> <li>• 폐 호흡 재활</li> </ul>	<p>이러한 서비스에 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스</p> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.</p>	<p><b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b></p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>
<b>구급차</b>	<p>지상 및 항공 앰블런스 서비스에 운행당 (편도당) Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스</p> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.</p>	
<b>교통편 서비스</b>	<p>매년 25마일 반경 이내 보건 관련 비응급 교통편에 대하여 48회의 편도 운행에 \$0 코페이</p>	
<b>Medicare 파트 B 의약품</b>	<p>항암화학요법 의약품에 대해 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스</p> <p>다른 파트 B 의약품에 대해 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스</p> <p>Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코페이는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.</p>	<p><b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b></p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>

## 보험에 포함된 건강복지 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p><b>건강과 웰니스 (유연한 지출 수당)</b></p> <p><b>피트니스 활동</b>은 다음을 포함하며, 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>골프</li> <li>체육관(Gym) 회원권</li> <li>태극권 수업</li> <li>요가 또는 피트니스 강습</li> </ul> <p><b>비처방 일반 의약품 (OTC)</b> Clever Care는 온라인이나 전화로 구입 가능한 OTC 제품의 목록과 직접 상점에서 구입하실 수 있는 항목의 정보를 제공합니다.</p> <p><b>한방 건강 보조제</b> 한방 건강 보조제는 네트워크 소속 침술 한의원이나 판매 공급 업체에서 구입하시거나, Clever Care에 전화하셔서 주문가능합니다.</p>	<p>수당 금액 한도까지 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 귀하의 보장 시작 날짜에 따라 1년에 최대 4회까지 <b>\$320씩의 수당</b>을 제공합니다. 연간 최대 혜택 금액은 \$1,280입니다.</p> <p>귀하의 수당을 어떤 항목에 나눠 소비하실지 <b>직접 선택</b>하십시오. 귀하의 유연한 직불 카드를 이용하여 서비스 이용시 결제하십시오.</p>	<p>보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일, 9월 30일까지 소진하지 않은 수당 금액은 이월되지 않으며, 12월 31일에 소멸됩니다.</p> <p>한방 건강 보조제는 알레르기, 불안감, 관절염, 요통, 습진, 피로감, 불면증, 폐경 증상, 비만 등의 치료에 효능이 있습니다.</p>
<p><b>침술 서비스</b> 해당 보험은 네트워크 소속 한원에서 최대 \$3,000까지의 침술 서비스에 무제한 방문 혜택을 보장합니다.</p> <p><b>한의학 웰니스 서비스</b> 해당되는 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>부항/쑥뜸</li> <li>추나</li> <li>구아샤</li> <li>Med-X</li> <li>반사 요법</li> </ul>	<p>보험 최대 한도까지 방문당 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 역년 당 최대 <b>24회의 웰니스 서비스</b>를 제공합니다. 최대 허용 방문 횟수까지 방문당 \$0 코페이.</p>	<p>귀하는 반드시 당사의 침술 네트워크에 소속된 한의사를 이용하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>
<p><b>건강과 웰니스 (Medicare 비보장, 정기 서비스)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>담당 PCP에 의한 연례 신체검사</li> </ul>	<p>연간 1회 방문에 \$0 코페이</p>	<p>연례 신체검사에서는 일반적으로 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다.</p> <p>이 서비스는 Original Medicare 에서는 보장 되지 않습니다.</p>



혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>24시간 간호 전화 상담</b> 공인 간호사가 주 7일, 하루 24시간 의학적 질문 및 우려사항에 관해 전화로 도움을 드립니다.	\$0 코페이	어디서 치료를 받아야 하는지 모르거나 긴급한 의료적 상황에 대해 질문이 있을 때 의료 제공자로부터 조언을 받으려면 이 혜택을 이용하십시오.
<b>원격 건강 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teladoc® 진료</li> <li>귀하의 담당 의사 사무실에서 제공하는 비디오 진료</li> </ul>	의료 또는 정신 건강 진료에 \$0 코페이  \$0 코페이	비응급 상황인 건강문제에 대해 24시간 Teladoc 의사 혹은 정신건강 의사를 연결할 수 있습니다.  Teladoc 의사는 기본적인 의료 증세를 진단하고 다룰 수 있고, 의학적으로 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다.  이러한 방문은 귀하의 휴대폰, 태블릿이나 컴퓨터를 이용해 진행될 수 있습니다.
<b>COVID-19 서비스</b> COVID-19로 진단시 보험은 아래를 보장합니다: <ul style="list-style-type: none"> <li>검사,</li> <li>치료,</li> <li>수송,</li> <li>정신 건강,</li> <li>원격 의료,</li> <li>처방 약 혜택</li> </ul>	\$0 코페이	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  응급 상황일 경우, 네트워크 내부 및 외부 의료제공자에서의 치료가 모두 보장됩니다.

### 귀하의 보험에 포함된 추가적 혜택:

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>전세계적 보장</b>	미국과 미국 영토 이외 지역에서 보장되는 응급 진료, 긴급 진료 서비스, 구급차 이송에 연간 한도는 \$100,000	
<b>의료기기 및 용품</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>내구성 의료 장비</li> <li>보철 (예: 보조기, 인공 수족)</li> <li>당뇨성 족부질환 치료 신발과 인서트</li> <li>당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품</li> </ul>	Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.  해당 보험은 연간 하나의 혈당 측정기를 보장합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<b>퇴원 후 식사:</b> 입원환자 병원 또는 전문요양시설 체류 직후, 해당 보험은 연간 84회의 식사를 넘지 않으면서 28일 동안 식사 지원을 함으로서 회복에 도움이 되도록 합니다.	연간 최대 허용 식사 횟수까지 \$0 코페이	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  외래 수술 후에는 해당되지 않습니다.
<b>개별 응급 응답 시스템 (PERS)</b> 버튼을 눌러 24시간 응답 센터로 귀하를 연결해주는 이동식 장치 및 관찰 서비스입니다.	연간 1개의 장치에 \$0 코페이	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>
<b>발 관리 (족질환 치료)</b> Medicare 보장 발 관리 (족질환 치료)	Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b> 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
<b>발 관리 (Medicare 비보장, 정기)</b>	최대 12회 방문까지 Medicare 비보장 방문에 \$0 코페이	
<b>카이로프랙틱 서비스</b>  Medicare 보장 카이로프랙틱 치료	Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스  Medi-Cal에서 전체 혜택을 받는 분들의 경우, 서비스에 대한 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제 3자에서 일부 또는 전액이 지불될 수 있습니다.	<b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b>  Medicare는 아탈구(척추에서 하나 이상의 뼈가 제자리에서 벗어남)를 교정하기 위한 서비스를 보장합니다.  네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p><b>만성 질병을 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)</b></p> <p>적격 기준에 부합하는 회원을 위한 혜택으로서, 당사의 사례 관리 프로그램에 반드시 참여해야 하며 목표를 정하고 결과를 측정이 있는 일련의 활동을 준수해야 합니다.</p> <p>아래 나열된 질환 중 하나 이상에 해당하는 회원이 해당 추가 보충 혜택에 적격할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 심혈관 질환</li> <li>• 치매</li> <li>• 당뇨병</li> <li>• 말기 간 질환</li> <li>• 말기 신장 질환</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• 만성 폐 질환</li> <li>• 만성 및 장애적 정신건강 질환</li> <li>• 신경학적 질환</li> <li>• 뇌졸중</li> </ul>	<p><b>만성 질환을 위한 식사</b> 매년 42회 식사를 넘지 않으면서 14 일 동안 하루당 3끼의 식사에 \$0 코페이</p> <p><b>식료품</b> 매달 \$25 한도로 적격 식료품에 \$0 코페이. 다음달로 이월되지 않습니다.</p> <p><b>사회적 니즈 혜택</b> 비임상적 개인 간병인이 제공하는 돌봄 서비스에 \$0 코페이. 서비스는 24회, 4시간 근무 단위(총 96시간) 로 제한됩니다.</p> <p><b>가정 웰니스 확인 방문</b> 가정 웰니스 확인 방문 1회에 \$0 코페이</p> <p><b>원격 관찰 서비스</b> 의료 및 기타 건강 데이터를 관찰하는 장치 한 개에 \$0 코페이</p> <p><b>재택 안전 평가</b> 연간 최대 2회의 평가에 \$0 코페이</p> <p><b>재택 지원 서비스</b> 일상 활동을 지원하는 서비스에 \$0 코페이.</p> <p><b>간병인을 위한 지원</b> 연간 40시간의 돌봄에 한하여 일시적 위탁 간호에 \$0 코페이</p>	<p><b>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</b></p> <p>모든 SSBCI 혜택은 일정 기준에 부합하며, 보험에서 승인한 가입자에게 해당합니다.</p> <p>서비스는 보험과 계약한 의료 제공자나 업체를 통해 제공됩니다.</p> <p>식사 혜택은 외래환자 수술 방문 후에는 해당되지 않습니다.</p> <p>이 서비스는 낙상 위험 기준, 보행, 균형 또는 민첩성 기준에 해당하는 분들에 제한됩니다.</p>





# 처방 약 보장범위

2023년 1월 1일부터 2023년 12월 31일까지 유효

귀하의 비용 부담은 선택하는 약국(예: 일반 소매, 네트워크 외부, 우편 주문)에 따라 또는 30일치/100일치를 공급받는지 여부에 따라 달라질 수 있습니다. 만일 귀하께서 장기 요양 시설(LTC)에 거주하고 있다면, 귀하는 31일치의약품 공급을 위해 일반 소매 약국을 이용할 때와 동일한 금액을 부담합니다

## Part D 처방 약 혜택 및 귀하가 지불하시는 금액

<b>1 단계:</b> <b>연간 본인부담 공제액</b>	<b>\$505</b> 연간 본인부담 공제액은 계층 1 & 6에는 적용되지 않습니다.			
<b>2 단계:</b> <b>초기 보장 단계</b> 귀하는 총 연간 의약품 비용(보험과 귀하가 지불한 비용)이 \$4,660에 도달할 때 까지 다음을 지불합니다.	<b>일반 소매 비용 부담 (네트워크 소속)</b>		<b>일반 비용 부담 (우편 주문)</b>	<b>소매 비용 부담 (네트워크 외부)*</b>
	<b>처방 일수 30일</b>	<b>처방 일수 100일</b>	<b>처방 일수 100일</b>	<b>처방 일수 30일</b>
<b>계층 1:</b> <b>선호 일반 약품</b>	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
<b>계층 2:</b> <b>일반 약품</b>	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 3:</b> <b>선호 브랜드 약품</b>	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 4:</b> <b>비선호 약품</b>	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 5:</b> <b>특수의약품 단계 약품</b>	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
<b>계층 6:</b> <b>보충 약품**</b>	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이

\* 장기, 100일치, 의약품 공급은 네트워크 외부 약국에서는 이용할 수 없습니다.

\*\* 계층 6 보충 약품은 복제약 비아그라(Viagra), 처방 기침 약 및 비타민류를 포함합니다.

<b>3 단계:</b> <b>보험 적용 공백</b> 연간 총 의약품 비용이 \$4,660에 도달 하면 귀하는 연간 총 의약품 비용 (보험과 귀하가 지불한 비용)이 \$7,400에 도달할 때 까지 이 단계에 해당합니다.	<b>이 지불 단계에서는 귀하는 다음 금액을 부담합니다:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>계층 1 선호 일반 약품의 처방 일수 30일치에 \$0 코페이.</li> <li>계층 2 일반 약품의 처방 일수 30일치에 \$0 코페이.</li> <li>선별된 계층 3 선호 브랜드 약품의 처방 일수 30일치에 \$35 코페이.</li> <li>브랜드 및 특수의약품 가격의 25% (조제료의 일부 추가).</li> </ul>
<b>4 단계:</b> <b>재난적 보장 단계</b> 연간 총 의약품 비용이 \$7,400에 도달하면 귀하는 역년 연말까지 이 단계에 계속 해당합니다.	지불 단계에서 귀하는 다음 중 더 많은 금액을 지불합니다: <ul style="list-style-type: none"> <li>비용의 5%, 또는</li> <li>일반 약품의 \$4.15 코페이 (일반 약품으로 취급되는 브랜드 약품 포함) 또는</li> <li>기타 모든 약품의 경우 \$10.35 코페이.</li> </ul>



## 귀하의 처방 약 비용을 더 절약할 수 있는 똑똑한 방법을 소개합니다!



### 2023에 새롭게 소개드립니다! 처방 일수 100일치 약품 공급

무언가를 대가 없이 더 받을 수 있는 건 언제나 반가운 소식일 것입니다. 귀하의 담당 의료 제공자가 90일 처방전을 작성한다면 Clever Care는 자동으로 처방전의 약을 90일치가 아닌 100일치로 받으실 수 있도록 승인할 것입니다. 즉, 귀하께 추가 비용의 부담 없는 10일 분의 약품을 얹어드릴 수 있습니다!



### 처방전 우편 주문

해당 서비스는 Medimpact Direct를 통해 제공되며 매일 복용하는 의약품에 대한 것입니다. 이 서비스에 가입하시면 3회가 아닌 2회의 코페이 비용으로 연장된 의약품 공급(100일치)의 편리함을 이용하실 수 있고, 귀하의 처방 의약품도 별도의 비용 없이 안전하게 배달됩니다. 계층 5 약품에 대해서는 이 서비스를 이용하실 수는 있지만 30일치 공급분으로 한정됩니다.



### 선택 인슐린에 대해 무료 또는 저렴한 비용

파트 D 시니어 저축 모델은 “보험 적용 공백”이라고 알려진 기간 동안 인슐린 비용을 낮게 유지하는데 도움이 됩니다. 복용하는 인슐린의 브랜드에 따라, <모든 보험 적용 단계에서> 30일치 공급분에 대해 \$0 또는 최대 \$35의 귀하의 부담금액이 발생합니다.



## 건강을 지키는 활동과 보상금 프로그램

건강 개선, 처방 약 준수, 부상 및 질병의 예방에 초점을 맞춘 활동과 필요한 검진에 참여 하는 것은 보상금을 획득할 수 있는 기준에 부합합니다. 승인이 되면, 보상 금액은 귀하의 유연한 수당 카드에 적립됩니다.

최대 \$600의 보상 금액은 식료품, 비처방 일반 의약품 및 한방 건강 보조제 구입에 사용하실 수 있습니다.



## 가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 철저히 이해하시는 것이 중요합니다. 질문이 있으신 경우, 고객 서비스 담당자에게 1-833-808-8164 (TTY: 711)로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 일주일 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지이며, 4월 1일부터는 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시까지 상담하실 수 있습니다.

### 혜택 이해하기

- 보장 범위 증명서 (EOC), 특히 정기적으로 의사의 진찰을 받으시는 서비스에 대한 전체 혜택 목록을 검토하십시오. EOC의 사본을 보시려면 [ko.clevercarehealthplan.com](http://ko.clevercarehealthplan.com)을 방문하시거나, 1-833-808-8164 (TTY: 711)로 고객 서비스에 전화하십시오.
- 현재 진찰을 받고있는 의사가 네트워크에 속하는지 확인하기 위해 의료 제공자 명부를 검토 하십시오(또는 의사에게 문의 하십시오). 만약 의사가 목록에 없다면, 새로운 의사를 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- 약국 명부를 검토하여 모든 처방 약품에 이용하는 약국이 네트워크에 속하는지 확인하십시오. 약국이 명부에 없다면, 귀하의 처방 약을 받을 약국을 새로 선택해야 할 가능성이 높습니다.

### 중요한 규칙 이해하기

- 월 보험료가 있는 보험의 경우:** 귀하의 월 플랜 보험료 외에도 Medicare 파트 B 보험료를 계속해서 지불하셔야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회보장 급여에서 공제됩니다.
- 월 보험료가 없는 보험의 경우:** 귀하는 해당 플랜에 대해 별도의 월 보험료를 지불하지 않지만, Medicare 파트 B 보험료는 계속해서 지불하셔야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회보장 급여에서 공제됩니다.
- 혜택, 보험료나 코페이/코인슈런스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 보험에만 해당:** 응급이나 긴급 상황을 제외하고, 당사는 네트워크 외부 제공자(제공자 명부에 나열되지 않은 의사) 에서의 서비스는 보장하지 않습니다.
- C-SNP 보험에만 해당:** 이 보험은 만성 질환 특수 필요 플랜(C-SNP)입니다. 귀하의 가입 가능 여부는 귀하께서 특정 중증 또는 장애적 만성 질환에 해당한다는 것을 확인하는 것을 기반으로 합니다.

Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare와 계약을 맺은 HMO C-SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

당사는 고객의 개인정보를 보호합니다. 자세한 내용은 [ko.clevercarehealthplan.com/privacy](https://ko.clevercarehealthplan.com/privacy)에 나와 있는 보장 범위 증명서 (EOC) 또는 개인정보 보호방침을 참조하십시오.

이 안내서에 포함된 모든 로고 또는 상표는 해당 소유자의 단독 재산입니다.