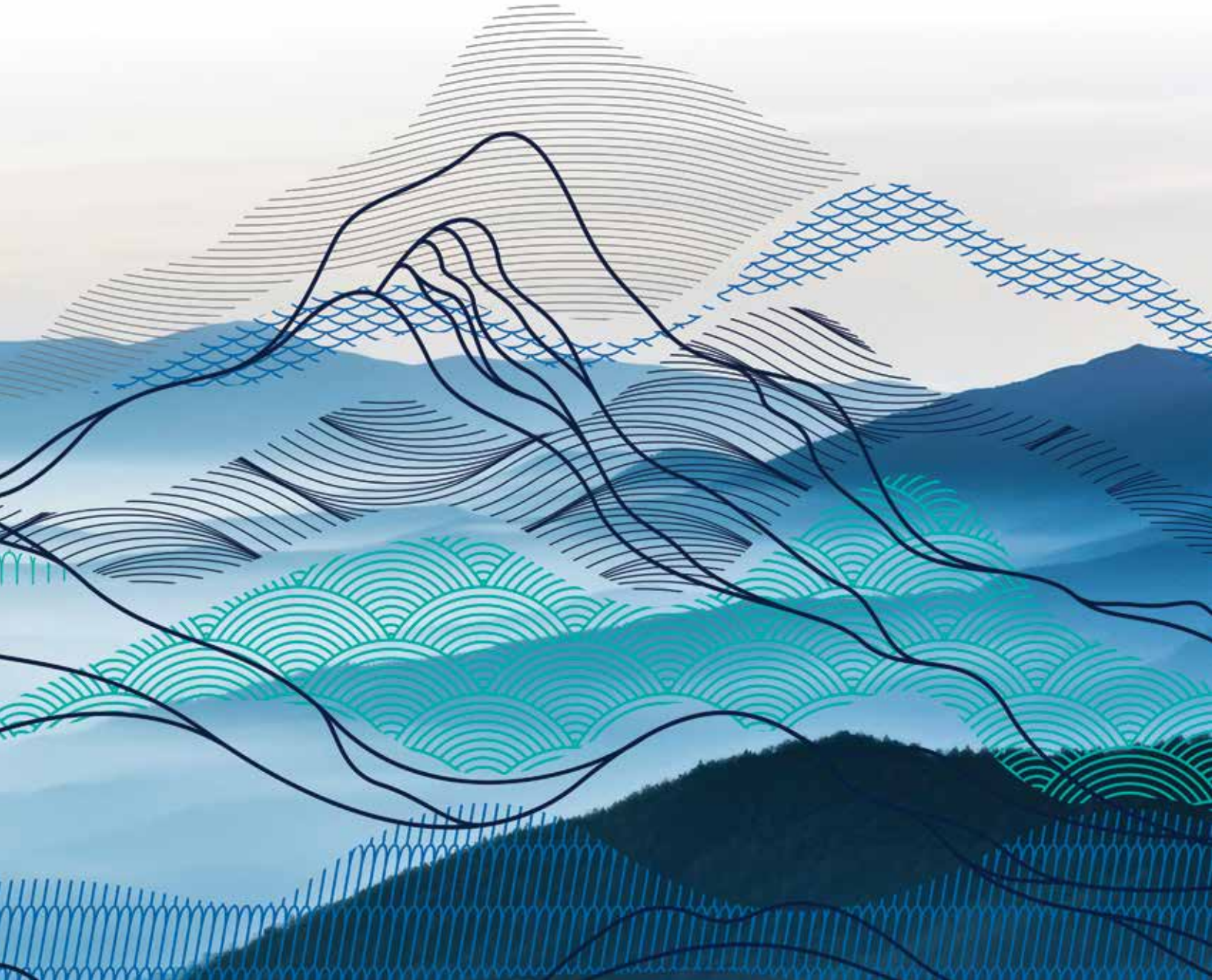
Clever Care
HEALTH PLAN

2026
가입 안내
Clever Care 메디케어 어드밴티지 (HMO) 및 (HMO C-SNP) 플랜

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



Clever Care HEALTH PLAN

LONGEVITY

VALUE

TOTAL+

BREATHE+

2026 가입 안내

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

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP) | Breathe+ (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 의료 서비스를 받는 데 장벽이 될 수 없습니다.

당사의 HMO 플랜은 의료 여정의 모든 단계에서 여러분을 지원하며 다양한 언어로 서비스를 제공합니다. 또한 당뇨병, 심혈관 질환, 만성 심부전, 일부 만성 폐 질환 관리를 위한 두 가지 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)이 준비되어 있어, 필요한 맞춤형 지원을 받으실 수 있습니다.

서양 의학과 한의학 웰니스의 균형 있는 접근으로, Clever Care는 전통과 문화를 존중하며 종합적인 건강 관리를 제공합니다.

이 책자에서 Clever Care 메디케어 어드밴티지 플랜 관련 모든 정보와 가입 절차를 확인하실 수 있습니다.

Clever Care 가족으로 함께하게 될 날을 기대합니다.

Karen Walker Johnson
최고경영자

Richard Greene
사장

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

알아두어야 할 사항
- 처방약
- 별점 평가 등급
- Extra Help(추가 도움) 보험료 표
- 차별 금지 및 접근성 요건(NDN)
- 이용 가능 안내(NOA)

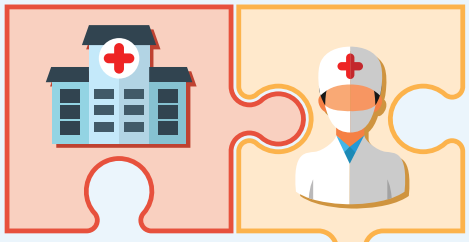
가입
- 가입 단계
- 영업 약속의 논의 범위 확인서(에이전트 또는 중개인 용)
- 가입 양식

메디케어 기초

오리지널 메디케어에는 파트 A(병원)와 파트 B(의료)의 두 가지 파트가 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**은 파트 C라고도 하며 오리지널 메디케어의 모든 혜택을 포함하면서 치과, 시력, 청력, 비처방 의약품(OTC), 피트니스와 같은 추가 혜택과, 때로는 파트 D(처방약) 혜택도 포함합니다.

건강 유지 기관(HMO)은 "관리 의료" 플랜으로 알려진 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. HMO에서는 승인된 의료 서비스 제공자 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택합니다. 담당 주치의(PCP)는 진료 추천서를 포함한 모든 의료 서비스를 관리합니다. HMO는 낮은 보험료, 고정된 본인 부담 코페이 또는 코인슈런스, 그리고 가입자 부담 최대 한도액이라는 안전망으로 합리적인 가격의 고품질 의료 서비스를 제공합니다.

오리지널 메디케어:



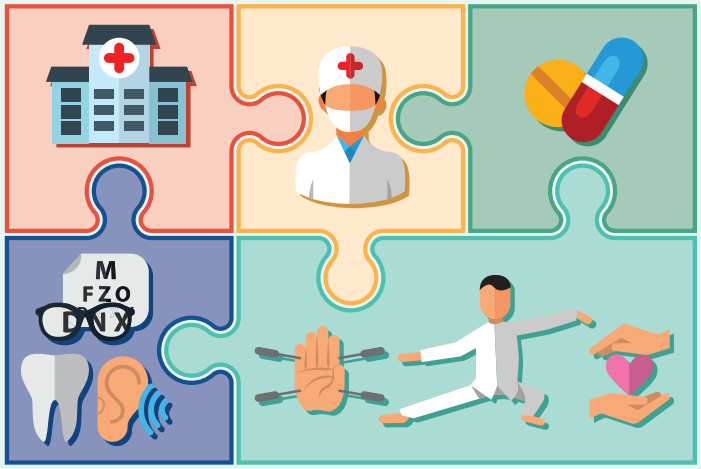
파트 A
(병원)

파트 B
(의료)

VS.

Clever Care 메디케어 어드밴티지(HMO) 플랜:

파트 B
(의료)



파트 A
(병원)

파트 D (처방약)

치과, 시력, 청력
보장

한의학 웰니스, 한방 건강
보조제, 비처방 의약품
(OTC), 피트니스

Clever 가이드 메디케어를 다음 주소에서 다운로드하세요:
ko.clevercarehealthplan.com/clever-guides

Clever Care 소개

15,000명 이상의 의료 서비스 제공자, 50곳 이상의 주요 병원, 2,500명 이상의 이중 언어 의사 및 한의학 웰니스 전문가로 구성된 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 주치의(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 보장
- 한의학 웰니스 치료(침술 서비스, 괄사, 부항 등)
- 치과, 시력, 청력 보장
- 편안한 언어로 서비스를 제공하는 헬스 플랜

건강과 웰니스, 당신의 방식으로

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

- 700명 이상의 한의사를 만날 수 있는 기회, **진료 추천서 없이 이용 가능**
- 800종 이상의 비처방 의약품(OTC)과 한방 건강 보조제
- 부항, 쑥뜸, 추나 마사지, 괄사, 반사 요법 등 한의학 웰니스 진료
- 헬스장 멤버십과 골프, 태극권, 요가 등의 활동이 포함된 피트니스 혜택

건강과 커뮤니티의 전통이 어우러진 조화

저희는 단순히 커뮤니티를 이해하는 것을 넘어, 그 안에서 함께하는 것을 중요하게 생각합니다. Clever Care는 한국어, 베트남어, 중국어, 광둥어를 사용하는 커뮤니티 내 다음과 같은 프로그램과 무료 언어 리소스를 제공하는 커뮤니티 센터를 운영하고 있습니다:

- 메디케어 기초
- 회원 오리엔테이션
- 의사 세미나
- 명상 및 피트니스 활동
- 생일 축하 행사
- 월별 문화 행사

저희가 도와드리겠습니다

Clever Care 메디케어 어드밴티지 플랜이 제공하는 혜택:

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

보장되는 제품을 쉽게 확인하실 수 있습니다

무료 회원 서비스 전화 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 연락해 주십시오. 담당자가 편하신 언어로 도움을 드립니다.

최신 정보를 신속히 확인하시려면 당사 웹사이트에서 약품 목록과 참여 약국을 확인하십시오.

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

처방약

약품 처방집:

ko.clevercarehealthplan.com/formulary

제휴 약국:

ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy

비처방 의약품(OTC)과 한방 건강 보조제

nations benefits

德成行 T S EMPORIUM

플렉스 혜택 카드를 어떻게 활용할 수 있는지 알아보고, 3,500곳 이상의 참여 매장과 일부 추천 매장 목록을 확인하세요.

Clever Care 플랜 개요

	Longevity (HMO)	**Value** (HMO)	**Total+/Breathe+** (HMO C-SNP) 전액 메디칼 (Full Medi-Cal)[1]	**Total+/Breathe+** (HMO C-SNP) 전액 메디칼(Full Medi-Cal) 비대상자[1]
월 보험료	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
파트 B 인하	**해당 없음**	**$120**/월	**해당 없음**	**해당 없음**
가입자 부담 최대 한도액	**$500**	**$2,000**	**$0**	**$9,250**
주치의(PCP) 진료	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
전문의 진료	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
치과 (연 2회 분할 지급, 잔액은 이월 가능)	최대 **$2,200**	최대 **$800**	최대 **$2,400**	최대 **$2,400**
침술 서비스	연간 최대 **$2,000**	연간 최대 **$1,000**	연간 최대 **$2,000**	연간 최대 **$2,000**
한의학 웰니스	**24**회 방문	**12**회 방문	**24**회 방문	**24**회 방문
플렉스 혜택[2]	연간 최대 **$1,260**	연간 최대 **$360**	연간 최대 **$2,400**	연간 최대 **$2,400**
긴급 진료(얼전케어)	**$0**	**$0**	**$0**	**$25**
이 옵션을 선택하는 이유	**$0** 월 보험료와 서비스 이용에 **낮은 본인 부담 비용**으로 풍부한 보충 혜택과 한의학 웰니스 혜택을 포함한 폭 넓은 보장을 제공하는 플랜.	**$0** 월 보험료와 월 메디케어 **파트 B 보험료 인하**로 경제적인 이점을 제공하며 신뢰할 수 있는 보험 혜택을 제공하는 플랜.	적격 만성 질환이 있어야 하며, **전액 Medi-Cal(메디칼)** 자격이 있는 경우, **$0** 플랜 보험료와 **$0** 서비스 이용 시 본인 부담금 적용.	당뇨병, 심혈관 질환, 만성 심부전(Total+) 또는 천식, 만성 기관지염, 폐기종, 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)(Breathe+)이 있는 분들을 위한 종합 건강 관리 플랜. **$0** 플랜 보험료.

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

[1] 해당 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. 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] 플렉스 혜택 수당은 비처방 의약품(OTC), 한방 건강 보조제, 피트니스 이용에 사용하실 수 있으며, 치과, 시력, 청력 수당 초과 시에도 사용 가능합니다. SSBCI 자격이 있는 회원은 **식료품** 구매에도 이용할 수 있습니다. 자가면역 질환, 심혈관 질환, 만성 알코올 및 약물 의존, 당뇨병, 심각한 혈액 질환 또는 여기에 나열되지 않은 다른 적격 만성 질환이 있는 경우, 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램에 해당될 수 있습니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 기타 자격 요건과 보장 기준이 적용됩니다. 모든 Total+ and Breathe+ 회원은 해당 플랜 가입시 필요한 기준을 충족하므로 SSBCI 대상자입니다.

M10901-EGP-KO (10/25)

Clever Care
HEALTH PLAN

LONGEVITY

2026 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: 2026년 1월 1일 ~ 2026년 12월 31일

H7607_26_CM1308_M 09152025

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.

해당 Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 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

약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

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.com으로 이메일을 보내주십시오.

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

2026년 혜택 요약서
Clever Care Longevity (HMO) | 포괄적인 혜택을 제공하는 주력 플랜.

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	회원 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.
본인부담 공제액	$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 $500	해당 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 회원님께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
병원 입원 보장*	혜택 기간당 $0 코페이	입원 일수를 무제한으로 보장합니다.
병원 외래 보장*		
• 외래환자 입원	체류당 $0 코페이	
• 소견 서비스	소견 서비스에 $0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 $0 코페이	
의사 진료실 방문		
• 주치의(PCP)	방문당 $0 코페이	
• 전문의*	전문의 방문당 $0 코페이	
예방 진료 • 메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스	방문당 $0 코페이	연간 1회 방문. 이 진료의 목적은 귀하의 현재 건강 및 위험 요인에 따라 개인 맞춤형 예방 계획을 세우는 것입니다.
응급 진료 • 응급실	방문당 $90 코페이	72시간 이내에 병원에 입원할 경우 코페이는 $0입니다.
긴급하게 필요한 서비스 • 긴급 진료 센터(얼전케어)	방문당 $0 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영*		
• 실험실 검사 서비스	서비스당 $0 코페이	
• 진단 검사, 처치	서비스당 $0 코페이	
• 엑스레이	엑스레이당 $0 코페이	
• 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	서비스당 $0 코페이	

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
청력 서비스* • 메디케어 보장 서비스 **청력 서비스(정기)** • 정기 검진(1회로 제한) • 보청기 최적화 피팅 및 평가 (3회로 제한) • 보청기 해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 **$600의 수당**을 제공합니다.	서비스당 $0 코페이 검사당 $0 코페이 서비스당 $0 코페이 플랜 수당 금액 최대 한도까지 $0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 분실, 도난, 또는 손상된 보청기의 1회 교체에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
치과 서비스* • 메디케어 보장 서비스 **치과 서비스(PPO)** **예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:** • 구강 검사(2회로 제한) • 치아 클리닝(2회로 제한) • 불소 치료(1회로 제한) • 바이트윙 엑스레이(2회로 제한) **종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지는 않습니다:** • 충치 치료 및 치아 수리 • 신경 치료 • 치과용 크라운(치관) • 임플란트 • 브릿지, 의치(틀니), 발치 해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 **$1,100의 연 2회(반년마다) 수당**을 제공합니다. 연간 혜택의 한도는 $2,200입니다.	서비스당 $0 코페이 예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 모든 미사용 수당은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 **시력 서비스(정기)** • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈, 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 **연간 $300의 수당**을 제공합니다.	검사당 $0 코페이 품목당 $0 코페이 검사당 $0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 $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 사용하실 수 있습니다. 모든 미사용 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* • 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 $25 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 요양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 $0 코페이; 21 ~ 100일 차 일당 $75 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* • 작업, 물리, 말하기, 언어 치료	방문당 $0 코페이	
구급차 • 지상 이송 • 항공 이송	운행당 $100 코페이(편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 **편도 48회**의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 $0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품 • 인슐린 • 항암화학요법 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 분담은 20% 코인슈런스 또는 $35를 초과하지 않습니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 **$315의 분기당 통합 수당**을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 $1,260입니다. **피트니스 활동**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 골프, 탁구 • 태극권, 요가 • 헬스장 회원권 **비처방 의약품(OTC)**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 **한방 건강 보조제**는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 **치과, 시력 및/또는 청력**에 대해 연간 수당을 초과하는 비용. **식료품(건강한 식품 및 농산물)*** 플랜과 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 항목을 참조하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다. 모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 네트워크 공급업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 식료품 구매는 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.
침술 서비스(정기) 해당 플랜은 **연간 최대 $2,000**까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다. **한의학 웰니스 서비스** 해당 플랜은 달력상 연당 최대 **24회**의 웰니스 서비스를 제공합니다. 서비스에 포함되는 사항은 다음과 같습니다: • 부항/쑥뜸 • 추나, 괄사 • Med-X 및 반사 요법	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	진료 추천서 또는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 연간 플랜 최대 한도는 다음 플랜 연도로 이월되지 않습니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
건강 및 웰니스(정기) • 연례 신체 검사	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.
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. • Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능). • 담당 의사의 진료실을 통해 제공되는 진료.	Teladoc 의료 또는 정신 건강 진료에 대해 $0 코페이 진료당 $0 코페이	Teladoc 의료 제공자는 비응급 상황인 건강 문제를 진단하고 다룰 수 있고, 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다.

LONGEVITY

플랜에 포함되어 있는 추가 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
전 세계적 보장 해당 플랜은 미국 및 미국 영토 외부에서 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 $100,000 한도가 있습니다.	서비스당 $0 코페이	
퇴원 후 가정에서의 회복* 해당 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 이용 후 바로 회복을 지원하는 통합 혜택을 제공합니다. 다음과 같은 서비스를 받으실 수 있습니다: • 개인 케어 조정 • 가정 배달 식사 • 재택 지원 서비스	의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화. 식사 지원에 대해 $0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3식까지. $0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점(마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.	외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다. 회원님께서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다. 이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 이는 24시간 대응 센터와 연결해주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연간 기기 한 대에 대해 $0 코페이	회원 서비스에 연락해 주십시오.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)* 아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다. • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 위장관(소화기) 질환 • 만성 심부전 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 기능 저하 관련 질환 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 • 신경학적 질환 • 장기 이식 후 치료 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중	**건강한 식품 및 농산물(식료품)** 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다. **만성 질환 회원을 위한 식사** 식사 지원에 대해 $0 코페이. 연간 42회 한도 내에서 14일 동안 1일 3식까지. **원격 모니터링 서비스** 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 $0 코페이. **재택 안전 평가** 연간 최대 2회 평가에 대해 $0 코페이. **재택 지원 서비스** 일상생활 활동 지원 서비스에 $0 코페이. 연간 40시간으로 제한. **사회적 니즈 혜택** 비임상 개인 간병인이 제공하는 사회적 교류 서비스에 대해 $0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한. **간병인(보호자) 지원** 임시 간호에 $0 코페이. 연간 40시간으로 제한.	언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 해당 혜택을 이용하기 전, 주치의(PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다. 서비스는 플랜의 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

Rx 처방약 보장
Clever Care Longevity (HMO)

선택하시는 약국의 유형(예: 표준 소매약국, 네트워크 외 약국, 우편 주문 약국)이나 30일분 또는 100일분 처방 여부에 따라 비용 분담이 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하시는 경우, 31일분 약에 대해 표준 소매약국에서 지불하는 금액과 동일한 금액을 부담하시게 됩니다.

파트 D 처방약 혜택 및 회원 부담 금액				
1 단계: **연간 본인부담 공제액**	**$0** 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 적용되지 않습니다.			
2 단계: **초기 보장** 총 본인 부담금이 $2,100에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	**소매 일반 비용 분담 (네트워크 소속)**		**우편 주문 일반 비용 분담**	**소매 비용 분담 (네트워크 외)**[1]
	처방 일수 30일	**처방 일수 100일**	**처방 일수 100일**	**처방 일수 30일**
계층 1: **선호 일반(제네릭)**	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
계층 2: **일반(제네릭)**	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
계층 3: **선호 브랜드**	$40 코페이	$120 코페이	$80 코페이	$40 코페이
계층 4: **비선호 브랜드**	$99 코페이	$297 코페이	$198 코페이	$99 코페이
계층 5: **특수 계층**[1]	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: **선별 케어 약품**[2]	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
인슐린:	본인부담 공제액이 없으며, 비용 분담 계층에 관계없이 각 보장 인슐린 제품에 대해 월 $35를 초과하여 지불하지 않습니다.			
백신:	예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 백신에 대해서는, 비용 분담 계층과 관계없이 본인부담 공제액이나 코페이가 없습니다.			
3 단계: **재난적 보장 단계** 연간 약품 가입자 부담 최대 한도액이 $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.			

[1] 장기 복용을 위한 약품 공급은 네트워크 외 약국이나 계층 5 특수 약품에서는 제공되지 않습니다.

[2] 계층 6 선별 케어 약품에서는 당뇨병, 혈압, 콜레스테롤 치료에 사용되는 선호 일반(제네릭) Stars 의약품(별점 등급 평가에 반영되는 의약품)이 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/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 납부하셔야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매달 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. 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.

Clever Care
HEALTH PLAN

2026 혜택 요약서

VALUE

Clever Care Value (HMO)

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

H7607_26_CM1446_M 09172025

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

해당 Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 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

약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

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.com으로 이메일을 보내주십시오.

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

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	회원 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.
파트 B 보험료 인하	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 $120의 차액.	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 인하된 파트 B 보험료를 반드시 납부하셔야 합니다. 귀하의 파트 B 보험료가 귀하의 사회보장(Social Security) 혜택에서 제하고 나오는 경우, 인하된 금액이 매달 받는 액수에 반영될 것입니다.
본인부담 공제액	$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 $2,000	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	1 ~ 5일 차 일당 $100 코페이; 6 ~ 90일 차 일당 $0 코페이, 혜택 기간당	입원 일수를 무제한으로 보장합니다.
외래환자 병원 보장*		
• 외래환자 입원	체류당 $75 코페이	
• 소견 서비스	소견 서비스에 $0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 $75 코페이	
의사 진료실 방문		
• 주치의(PCP)	방문당 $0 코페이	
• 전문의*	전문의 방문당 $0 코페이	
예방 진료 • 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 귀하의 현재 건강 및 위험 요인에 따라 개인 맞춤형 예방 계획을 세우는 것입니다.
응급 진료 • 응급실	방문당 $125 코페이	72시간 이내에 병원에 입원할 경우 코페이는 $0입니다.
긴급하게 필요한 서비스		
• 긴급 진료 센터(얼전케어)	방문당 $0 코페이	

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

VALUE

VALUE

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영*		
• 실험실 검사 서비스	실험실 검사 서비스당 $0 코페이	
• 진단 검사, 처치	서비스당 $0 코페이	
• 엑스레이	엑스레이당 $0 코페이	
• 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	서비스당 $75 코페이	
청력 서비스*		정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다.
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 $0 코페이	
청력 서비스(정기)		모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다.
• 정기 검진(1회로 제한)	검사당 $0 코페이	
• 보청기 최적화 피팅 및 평가(3회로 제한)	서비스당 $0 코페이	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.
• 보청기	플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이	보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 **$600의 수당**을 제공합니다.		
치과 서비스*		네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 $0 코페이	
치과 서비스(PPO)*		
예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:		네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다.
• 구강 검사(2회로 제한)	예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	
• 치아 클리닝(2회로 제한)		플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.
• 불소 치료(1회로 제한)		
• 바이트윙 엑스레이(2회로 제한)		모든 미사용 수당은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.
종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지는 않습니다:		치아 교정은 제외됩니다.
• 충치 치료 및 치아 수리		
• 신경 치료		
• 치과용 크라운(치관)		
• 임플란트		
• 브릿지, 의치(틀니), 발치		
해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 **$400의 연 2회(반년마다) 수당**을 제공합니다. 연간 혜택의 한도는 $800입니다.		

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 **시력 서비스(정기)** • 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	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 사용하실 수 있습니다. 모든 미사용 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* • 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 $25 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 요양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 $0 코페이; 21 ~ 100일 차 일당 $210 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* • 작업, 물리, 말하기, 언어 치료	방문당 $5 코페이	
구급차 • 지상 이송 • 항공 이송	운행당 $150 코페이(편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 **편도 16회**의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 $0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품* • 인슐린 • 항암화학요법 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 분담은 20% 코인슈런스 또는 $35를 초과하지 않습니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 **$90의 분기당 통합 수당**을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 $360입니다. **피트니스 활동**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 골프, 탁구 • 태극권, 요가 • 헬스장 회원권 **비처방 의약품(OTC)**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 **한방 건강 보조제**는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 **치과, 시력 및/또는 청력**에 대해 연간 수당을 초과하는 비용. **식료품(건강한 식품 및 농산물)*** 플랜과 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 항목을 참조하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다. 모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 네트워크 공급업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 식료품 구매는 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.
침술 서비스(정기) 해당 플랜은 **연간 최대 $1,000**까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다. **한의학 웰니스 서비스** 해당 플랜은 달력상 연당 최대 **12회**의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다: • 부항/쑥뜸 • 추나, 괄사 • Med-X 및 반사 요법	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	진료 추천서 또는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 연간 플랜 최대 한도는 다음 플랜 연도로 이월되지 않습니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

VALUE

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
건강 및 웰니스(정기) • 연례 신체 검사	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.
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. • Teladoc® 진료(24시간 이용 가능). • 담당 의사의 진료실을 통해 제공되는 진료.	의학적 또는 정신 건강 진료에 $0 코페이 진료당 $0 코페이	Teladoc 의료 제공자는 비응급 상황인 건강 문제를 진단하고 다룰 수 있고, 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다.

플랜에 포함되어 있는 추가 혜택

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
전 세계적 보장 해당 플랜은 미국 및 미국 영토 외부에서 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 **$75,000** 한도가 있습니다.	서비스당 $0 코페이	
퇴원 후 가정에서의 회복* 해당 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 이용 후 바로 회복을 지원하는 통합 혜택을 제공합니다. 다음과 같은 서비스를 받으실 수 있습니다: • 개인 케어 조정 • 가정 배달 식사 • 재택 지원 서비스	의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화. 식사 지원에 대해 $0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3식까지. $0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점(마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.	외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다. 회원님께서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다. 이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 이는 24시간 대응 센터와 연결해주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연간 기기 한 대에 대해 $0 코페이	회원 서비스에 연락해 주십시오.

VALUE

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)* 아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다. • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 위장관(소화기) 질환 • 만성 심부전 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 기능 저하 관련 질환 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 • 신경학적 질환 • 장기 이식 후 치료 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중	**건강한 식품 및 농산물(식료품)** 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다.	언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 해당 혜택을 이용하기 전, 주치의(PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다. 서비스는 플랜의 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

Rx 처방약 보장
Clever Care Value (HMO)

선택하시는 약국의 유형(예: 표준 소매약국, 네트워크 외 약국, 우편 주문 약국)이나 30일분 또는 100일분 처방 여부에 따라 비용 분담이 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하시는 경우, 31일분 약에 대해 표준 소매약국에서 지불하는 금액과 동일한 금액을 부담하시게 됩니다.

파트 D 처방약 혜택 및 회원 부담 금액				
1 단계: **연간 본인부담 공제액**	**$0** 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 적용되지 않습니다.			
2 단계: **초기 보장** 총 본인 부담금이 $2,100에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	**소매 일반 비용 분담(네트워크 소속)**		**우편 주문 일반 비용 분담**	**소매 비용 분담 (네트워크 외)**[1]
	처방 일수 30일	**처방 일수 100일**	**처방 일수 100일**	**처방 일수 30일**
계층 1: **선호 일반(제네릭)**	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
계층 2: **일반(제네릭)**	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
계층 3: **선호 브랜드**	$30 코페이	$90 코페이	$60 코페이	$30 코페이
계층 4: **비선호 브랜드**	$75 코페이	$225 코페이	$150 코페이	$75 코페이
계층 5: **특수 계층**[1]	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: **선별 케어 약품**[2]	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
인슐린:	본인부담 공제액이 없으며, 비용 분담 계층에 관계없이 각 보장 인슐린 제품에 대해 월 $35를 초과하여 지불하지 않습니다.			
백신:	예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 백신에 대해서는, 비용 분담 계층과 관계없이 본인부담 공제액이나 코페이가 없습니다.			
3 단계: **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.			

VALUE

[1] 장기 복용을 위한 약품 공급은 네트워크 외 약국이나 계층 5 특수 약품에서는 제공되지 않습니다.

[2] 계층 6 선별 케어 약품에서는 당뇨병, 혈압, 콜레스테롤 치료에 사용되는 선호 일반(제네릭) Stars 의약품(별점 등급 평가에 반영되는 의약품)이 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 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.

VALUE

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. 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.

Clever Care HEALTH PLAN

2026 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: 2026년 1월 1일 ~ 2026년 12월 31일

TOTAL+

H7607_26_CM1310_M 09152025

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

해당 Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 당뇨병, 만성 심부전(CHF) 또는 해당되는 심혈관 질환 진단을 받았으며[1]
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

약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

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.com으로 이메일을 보내주십시오.

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

[1] 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.

TOTAL+

2026 혜택 요약서 | Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

심혈관 질환, 만성 심부전 또는 당뇨병 진단을 받고 Medi-Cal(메디칼)을 이용하는 대상자를 위한 통합 건강 관리 플랜.

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

전액 Medi-Cal(메디칼) 프로그램에 등록되어 있는 경우, 의료 서비스 비용을 전혀 부담하지 않습니다. 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	해당 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 회원님께서 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
병원 입원 보장*	혜택 기간당 $0 코페이	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 혜택 기간당 $1,676 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차, 일당 $419 코페이, 혜택 기간당	

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

TOTAL+

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
병원 외래 보장*			
• 외래환자 입원	체류당 $0 코페이	체류당 20% 코인슈런스	
• 소견 서비스	소견 서비스에 $0 코페이	소견 서비스에 20% 코인슈런스	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 $0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
의사 진료실 방문			
• 주치의(PCP)	방문당 $0 코페이	방문당 $0 코페이	
• 전문의*	전문의 방문당 $0 코페이	전문의 방문당 $0 코페이	
예방 진료			
• 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			
• 응급실	방문당 $0 코페이	방문당 $95 코페이	72시간 이내에 병원에 입원할 경우 코페이는 $0입니다.
긴급하게 필요한 서비스			
• 긴급 진료 센터(얼전케어)	방문당 $0 코페이	방문당 $25 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영*			
• 실험실 검사 서비스	실험실 검사 서비스당 $0 코페이	실험실 검사 서비스당 20% 코인슈런스	
• 진단 검사, 처치	진단 서비스당 $0 코페이	진단 서비스당 $0 코페이	
• 엑스레이	엑스레이당 $0 코페이	엑스레이당 20% 코인슈런스	
• 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	방사선 서비스당 $0 코페이	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
청력 서비스* • 메디케어 보장 서비스 **청력 서비스(정기)** • 정기 청력 검사 (1회로 제한) • 보청기 최적화 피팅 및 평가(3회로 제한) • 보청기 해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 **$600의 수당**을 제공합니다.	서비스당 $0 코페이 검사 또는 서비스당 $0 코페이 검사 또는 서비스당 $0 코페이 플랜 수당 금액 최대 한도까지 $0 코페이	서비스당 $0 코페이 검사당 $0 코페이 서비스당 $0 코페이 플랜 수당 금액 최대 한도까지 $0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 분실, 도난, 또는 손상된 보청기의 1회 교체에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
치과 서비스* • 메디케어 보장 서비스 **치과 서비스(PPO)** **예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:** • 구강 검사(2회로 제한) • 치아 클리닝(2회로 제한) • 불소 치료(1회로 제한) • 바이트윙 엑스레이 (2회로 제한) **종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지는 않습니다:** • 충치 치료 및 치아 수리 • 신경 치료 • 치과용 크라운(치관) • 임플란트 • 브릿지, 의치(틀니), 발치 해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 **$1,200의 연 2회(반년마다) 수당**을 제공합니다. 연간 혜택의 한도는 $2,400입니다.	서비스당 $0 코페이 예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	서비스당 $0 코페이 예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 모든 미사용 수당은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

TOTAL+

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
시력 서비스* • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 **시력 서비스(정기)** • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈, 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 **연간 $350의 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 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 사용하실 수 있습니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* • 입원환자 병원 - 정신과 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법)	혜택 기간당 체류당 $0 방문당 $0 코페이	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 혜택 기간당 $1,676 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차, 일당 $419 코페이, 혜택 기간당 방문당 20% 코인슈런스	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.

*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
전문 요양 시설(SNF)*	체류당 $0 코페이	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 1 ~ 20일 차 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 21 ~ 100일 차 일당 $209.50 코페이, 혜택 기간당	 사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* • 작업, 물리, 말하기, 언어 치료	방문당 $0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
구급차 • 지상 이송 • 항공 이송	운행당 $0 코인슈런스 (편도) 운행당 $0 코인슈런스	운행당 20% 코인슈런스 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 **편도 48회**의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 $0 코페이	운행당 $0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품 • 인슐린 • 항암화학요법 및 기타 파트 B 의약품	$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 분담은 20% 코인슈런스 또는 $35를 초과하지 않습니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 **$600의 분기당 통합 수당**을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 $2,400입니다. **피트니스 활동**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 골프, 탁구 • 태극권, 요가 • 헬스장 회원권 **비처방 의약품(OTC)**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 **한방 건강 보조제**는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 **치과, 시력 및/또는 청력**에 대해 연간 수당을 초과하는 비용. **식료품(건강한 식품 및 농산물)*** 플랜과 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 항목을 참조하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다. 모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 네트워크 공급 업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 식료품 구매는 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.

*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
침술 서비스(정기) 해당 플랜은 **연간 최대 $2,000**까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다. **한의학 웰니스 서비스** 해당 플랜은 달력상 연당 최대 **24회**의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다: • 부항/쑥뜸 • 추나, 괄사 • Med-X 및 반사 요법	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	진료 추천서 또는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 연간 플랜 최대 한도는 다음 플랜 연도로 이월되지 않습니다.
건강 및 웰니스(정기) • 연례 신체 검사	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.
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. • Teladoc® 진료(24시간 이용 가능). • 담당 주치의 진료실을 통해 제공되는 진료.	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 비응급 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
전 세계적 보장 해당 플랜은 미국 및 미국 영토 외부에서 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 **$100,000** 한도가 있습니다.	서비스당 $0 코페이	
퇴원 후 가정에서의 회복* 해당 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 이용 후 바로 회복을 지원하는 통합 혜택을 제공합니다. 다음과 같은 서비스를 받으실 수 있습니다: • 개인 케어 조정 • 가정 배달 식사 • 재택 지원 서비스	의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화. 식사 지원에 대해 $0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3식까지. $0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점(마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.	외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다. 회원님께서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다. 이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 이는 24시간 대응 센터와 연결해주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연간 기기 한 대에 대해 $0 코페이	회원 서비스에 연락해 주십시오.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)* 아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다. • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 위장관(소화기) 질환 • 만성 심부전 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 기능 저하 관련 질환 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 • 신경학적 질환 • 장기 이식 후 치료 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중	**건강한 식품 및 농산물(식료품)** 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다. **만성 질환 회원을 위한 식사** 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 $0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다. **원격 모니터링 서비스** 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 $0 코페이. **재택 안전 평가** 연간 최대 2회 평가에 대해 $0 코페이. **재택 지원 서비스** 일상생활 활동 지원 서비스에 $0 코페이. 연간 40시간으로 제한. **사회적 니즈 혜택** 비임상 개인 간병인이 제공하는 사회적 교류 서비스에 대해 $0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한. **간병인(보호자) 지원** 임시 간호에 $0 코페이. 연간 40 시간으로 제한.	언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 해당 혜택을 이용하기 전, 주치의(PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다. 서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

처방약 보장
Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

선택하시는 약국의 유형(예: 표준 소매약국, 네트워크 외 약국, 우편 주문 약국)이나 30일분 또는 100일분 처방 여부에 따라 비용 분담이 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하시는 경우, 31일분 약에 대해 표준 소매약국에서 지불하는 금액과 동일한 금액을 부담하시게 됩니다. Medi-Cal(메디칼)과 본인부담금(Share of Cost)이 있는 경우, 파트 D의 본인부담 공제액 및 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제3자가 전부 또는 일부 부담합니다. 비용 분담 혜택을 받으시려면 Medi-Cal 가입 상태를 유지하셔야 합니다.

파트 D 처방 약 혜택 및 회원 부담 금액.						
1 단계: **연간 본인부담 공제액**	**$615** 이 연간 본인부담 공제액은 계층 1, 2, 6 또는 인슐린 약품에는 적용되지 않습니다.					
2 단계: **초기 보장** 총 본인 부담금이 $2,100에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	**소매 일반 비용 분담 (네트워크 소속)**		**우편 주문 일반 비용 분담**		**소매 비용 분담 (네트워크 외)**[2]	
	전액 Medi-Cal 처방 일수 30 ~ 100일	**처방 일수 30 ~ 100일**	**전액 Medi-Cal 처방 일수 100일**	**처방 일수 100일**	**전액 Medi-Cal 처방 일수 30일**	**처방 일수 30일**
계층 1: **선호 일반(제네릭)**	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이	$0 코페이
계층 2: **일반(제네릭)**	$0 코페이	10% 코인슈런스	$0 코페이	10% 코인슈런스	$0 코페이	10% 코인슈런스
계층 3: **선호 브랜드**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 4: **비선호 브랜드**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 5: **특수 계층**[2]	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 6: **선별 케어 약품**[3]	$0 코페이		$0 코페이		$0 코페이	
인슐린:	본인부담 공제액이 없으며, 비용 분담 계층에 관계없이 각 보장 인슐린 제품에 대해 월 $35를 초과하여 지불하지 않습니다.					
백신:	예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 백신에 대해서는, 비용 분담 계층과 관계없이 본인부담 공제액이나 코페이가 없습니다.					
3 단계: **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.					

[2] 장기 복용을 위한 약품 공급은 네트워크 외 약국이나 계층 5 특수 약품에서는 제공되지 않습니다.

[3] 계층 6 선별 케어 약품에서는 당뇨병, 혈압, 콜레스테롤 치료에 사용되는 선호 일반(제네릭) Stars 의약품(별점 등급 평가에 반영되는 의약품)이 포함됩니다. 또한, 제외된 의약품(처방 기침약, 비타민, 일반(제네릭) 비아그라)도 포함됩니다.

TOTAL+

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/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 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.

TOTAL+

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. 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.

M11128-SB-TLP-KO (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

2026 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

BREATHE+

H7607_26_CM1311_M 09152025

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

해당 Clever Care HMO 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[1]
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

약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

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.com으로 이메일을 보내주십시오.

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

BREATHE+

[1] 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 진단받고 Medi-Cal(메디칼)을 이용하는 대상자를 위한 통합 건강 관리 플랜.

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

전액 Medi-Cal(메디칼) 프로그램에 등록되어 있는 경우, 의료 서비스 비용을 전혀 부담하지 않습니다. 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	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 혜택 기간당 $1,676 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차, 일당 $419 코페이, 혜택 기간당	

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

BREATHE+

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
병원 외래 보장*			
• 외래 환자 입원	체류당 $0 코페이	체류당 20% 코인슈런스	
• 소견 서비스	소견 서비스에 $0 코페이	소견 서비스에 대해 20% 코인슈런스	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 $0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
의사 진료실 방문			
• 주치의(PCP)	방문당 $0 코페이	방문당 $0 코페이	
• 전문의*	전문의 방문당 $0 코페이	전문의 방문당 $0 코페이	
예방 진료			
• 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			
• 응급실	방문당 $0 코페이	방문당 $95 코페이	72시간 이내에 병원에 입원할 경우 코페이는 $0입니다.
긴급하게 필요한 서비스			
• 긴급 진료 센터(얼전케어)	방문당 $0 코페이	방문당 $25 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영*			
• 실험실 검사 서비스	실험실 검사 서비스당 $0 코페이	실험실 검사 서비스당 20% 코인슈런스	
• 진단 검사, 처치	진단 서비스당 $0 코페이	진단 서비스당 $0 코페이	
• 엑스레이	엑스레이당 $0 코페이	엑스레이당 20% 코인슈런스	
• 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	방사선 서비스당 $0 코페이	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
청력 서비스*			정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다.
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 $0 코페이	서비스당 $0 코페이	
청력 서비스(정기)			모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다.
• 정기 청력 검사 (1회로 제한)	검사 또는 서비스당 $0 코페이	검사당 $0 코페이	
• 보청기 최적화 피팅 및 평가(3회로 제한)	검사 또는 서비스당 $0 코페이	서비스당 $0 코페이	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.
• 보청기	플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이	플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이	
해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 **$600의 수당**을 제공합니다.			분실, 도난, 또는 손상된 보청기의 1회 교체에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
치과 서비스*			네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 $0 코페이	서비스당 $0 코페이	
치과 서비스(PPO)			
예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:			
• 구강 검사(2회로 제한)	예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 $0 코페이	
• 치아 클리닝(2회로 제한)			
• 불소 치료(1회로 제한)			
• 바이트윙 엑스레이 (2회로 제한)			
종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지는 않습니다:			네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다.
• 충치 치료 및 치아 수리			
• 신경 치료			
• 치과용 크라운(치관)			플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.
• 임플란트			
• 브릿지, 의치(틀니), 발치			모든 미사용 수당은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.
해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 **$1,200의 연 2회(반년마다) 수당**을 제공합니다. 연간 혜택의 한도는 $2,400입니다.			치아 교정은 제외됩니다.

*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
시력 서비스* • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경	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.
시력 서비스(정기) • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 **연간 $350의 수당**을 제공합니다.	검사당 $0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이	검사당 $0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* • 입원환자 병원 - 정신과 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법)	혜택 기간당 체류당 $0 방문당 $0 코페이	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 혜택 기간당 $1,676 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차, 일당 $419 코페이, 혜택 기간당 방문당 20% 코인슈런스	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 요양 시설(SNF)*	체류당 $0 코페이	다음에 안내된 메디케어 정의 금액은 2025년 기준이며, 2026년에는 변경될 수 있습니다. 메디케어에서 새로운 금액을 발표하는 즉시, 업데이트된 요율을 제공해 드리겠습니다. • 1 ~ 20일 차 일당 $0 코페이, 혜택 기간당 • 21 ~ 100일 차 일당 $209.50 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

BREATHE+

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
물리 치료* • 작업, 물리, 말하기, 언어 치료	방문당 $0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
구급차 • 지상 이송 • 항공 이송	운행당 $0 코인슈런스 (편도) 운행당 $0 코인슈런스	운행당 20% 코인슈런스 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 **편도 48회**의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.	운행당 $0 코페이	운행당 $0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품 • 인슐린 • 항암화악요법 및 기타 파트 B 의약품	$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 분담은 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
건강 교육 웰니스 키트 해당 플랜은 모든 가입자에게 폐 건강을 위한 맞춤형 웰니스 키트를 제공합니다.	키트에 대해 $0 코페이	키트에 대해 $0 코페이	

BREATHE+

*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
건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 **$600의 분기당 통합 수당**을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 $2,400입니다. **피트니스 활동**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 골프, 탁구 • 태극권, 요가 • 헬스장 회원권 **비처방 의약품(OTC)**은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 **한방 건강 보조제**는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 **치과, 시력 및/또는 청력**에 대해 연간 수당을 초과하는 비용. **식료품(건강한 식품 및 농산물)*** 플랜과 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 항목을 참조하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 $0 코페이 **귀하는 직접** 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다. 모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 네트워크 공급 업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 식료품 구매는 주치의(PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.

*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
침술 서비스(정기) 해당 플랜은 **연간 최대 $2,000**까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다. **한의학 웰니스 서비스** 해당 플랜은 달력상 연당 최대 **24회**의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다: • 부항/쑥뜸 • 추나, 괄사 • Med-X 및 반사 요법	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	플랜의 최대 금액까지, 방문당 $0 코페이 최대 허용 방문 횟수까지, 방문당 $0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
건강 및 웰니스(정기) • 연례 신체 검사	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.
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. • Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능). • 담당 주치의 진료실을 통해 제공되는 진료	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 비응급 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
전 세계적 보장 해당 플랜은 미국 및 미국 영토 외부에서 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 그리고 구급차 이송에 대해 연간 **$100,000** 한도가 있습니다.	서비스당 $0 코페이	

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
퇴원 후 가정에서의 회복* 해당 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 이용 후 바로 회복을 지원하는 통합 혜택을 제공합니다. 다음과 같은 서비스를 받으실 수 있습니다: • 개인 케어 조정 • 가정 배달 식사 • 재택 지원 서비스	의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화. 식사 지원에 대해 $0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3식까지. $0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점(마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.	외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다. 회원님께서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다. 이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 24시간 대응 센터와 연결해주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연간 기기 한 대에 대해 $0 코페이	회원 서비스에 연락해 주십시오.
만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)* 아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다. • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 위장관(소화기) 질환 • 만성 심부전 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 기능 저하 관련 질환 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 • 신경학적 질환 • 장기 이식 후 치료 • 중증 혈액 질환 • 뇌졸중	**건강한 식품 및 농산물(식료품)** 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다. **만성 질환 회원을 위한 식사** 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 $0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다. **원격 모니터링 서비스** 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 $0 코페이. **재택 안전 평가** 연간 최대 2회 평가에 대해 $0 코페이. **재택 지원 서비스** 일상생활 활동 지원 서비스에 $0 코페이. 연간 40시간으로 제한. **사회적 니즈 혜택** 비임상 개인 간병인이 제공하는 사회적 교류 서비스에 대해 $0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한. **간병인(보호자) 지원** 임시 간호에 $0 코페이. 연간 40시간으로 제한.	언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다. 해당 혜택을 이용하기 전, 주치의(PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다. 서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.

*서비스 이용에는 진료 추천서 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

BREATHE+

Rx 처방약 보장
Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

선택하시는 약국의 유형(예: 표준 소매약국, 네트워크 외 약국, 우편 주문 약국)이나 30일분 또는 100일분 처방 여부에 따라 비용 분담이 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하시는 경우, 31일분 약에 대해 표준 소매약국에서 지불하는 금액과 동일한 금액을 부담하시게 됩니다. Medi-Cal(메디칼)과 본인부담금(Share of Cost)이 있는 경우, 파트 D의 본인부담 공제액 및 코인슈런스는 Medi-Cal 또는 제3자가 전부 또는 일부 부담합니다. 비용 분담 혜택을 받으시려면 Medi-Cal 가입 상태를 유지하셔야 합니다.

파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액						
1 단계: **연간 본인부담 공제액**	**$615** 이 연간 본인부담 공제액은 계층 1, 2, 6 또는 인슐린 약품에는 적용되지 않습니다.					
2 단계: **초기 보장** 총 본인 부담금이 $2,100에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	**소매 일반 비용 분담 (네트워크 소속)**		**우편 주문 일반 비용 분담**		**소매 비용 분담금 (네트워크 외)**[2]	
	전액 Medi-Cal 처방 일수 30 ~ 100일	**처방 일수 30 ~ 100일**	**전액 Medi-Cal 처방 일수 100일**	**처방 일수 100일**	**전액 Medi-Cal 처방 일수 30일**	**처방 일수 30일**
계층 1: **선호 일반(제네릭)**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 2: **일반(제네릭)**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 3: **선호 브랜드**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 4: **비선호 브랜드**	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 5: **특수 계층**[2]	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스	$0 코페이	25% 코인슈런스
계층 6: **선별 케어 약품**[3]	$0 코페이		$0 코페이		$0 코페이	
인슐린:	본인부담 공제액이 없으며, 비용 분담 계층에 관계없이 각 보장 인슐린 제품에 대해 월 $35를 초과하여 지불하지 않습니다.					
백신:	예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 백신에 대해서는, 비용 분담 계층과 관계없이 본인부담 공제액이나 코페이가 없습니다.					
3 단계: **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.					

[2] 장기 복용을 위한 약품 공급은 네트워크 외 약국이나 계층 5 특수 약품에서는 제공되지 않습니다.

[3] 계층 6 선별 케어 약품에서는 당뇨병, 혈압, 콜레스테롤 치료에 사용되는 선호 일반(제네릭) Stars 의약품(별점 등급 평가에 반영되는 의약품)이 포함됩니다. 또한, 제외된 의약품(처방 기침약, 비타민, 일반(제네릭) 비아그라)도 포함됩니다.

BREATHE+

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/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 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.

BREATHE+

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. 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 (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

처방약

Clever Care Health Plan은 회원님께서 필요하신 약을 보다 편리하게 이용하실 수 있도록 꾸준히 노력합니다. 2026년부터는 연속 혈당 측정기(CGM, Continuous Glucose Monitors)에 대해 사전 승인이 필요하지 않아, 담당 의사의 서류 부담이 줄고 회원님께서는 지체 없이 이용하실 수 있습니다. 당사 처방집에 포함된 CGM 시스템 중 하나에 대한 처방전만 있으면, 약국에서 수령하실 수 있습니다.

사전 승인 불필요(다른 약과 같이 처방전 필요):	**수동 혈당 측정기 세트 계속 보장:**
• Freestyle Libre 2 • Freestyle Libre 2 plus • Freestyle Libre 3 • Freestyle Libre 3 plus • Dexcom 6 • Dexcom 7	• Freestyle Lite system
수량은 제조사의 사용 권장 기준에 따릅니다(예: 일부 센서는 14일마다, 일부는 10일마다 교체 등).	사전 승인 불필요(다른 약과 같이 처방전 필요)

이 표는 가장 많이 사용되는 일부 의약품과 해당 계층을 보여주는 예시입니다. 대부분의 약품이 계층 1또는 계층 6에 속해 있어, 많은 회원님들께서 $0 본인 부담으로 이용하실 수 있습니다. 연중 새로운 의약품이 추가될 수 있습니다.

자주 쓰이는 50가지 의약품

이 목록은 보장 대상의 전체 목록이 아닙니다.
최신 목록을 보려면 이곳을 스캔하세요.

	약품 이름	계층
1	ATORVASTATIN CALCIUM	6
2	AMLODIPINE BESYLATE	1
3	LOSARTAN POTASSIUM	6
4	METFORMIN HCL	6
5	VASCEPA	3
6	ROSUVASTATIN CALCIUM	1
7	TAMSULOSIN HCL	1
8	OMEPRAZOLE	1
9	JARDIANCE	3
10	METOPROLOL SUCCINATE	1
11	RESTASIS	3
12	GABAPENTIN	1 또는 2
13	FARXIGA	3
14	ALENDRONATE SODIUM	1
15	LEVOTHYROXINE SODIUM	2
16	LIDOCAINE PATCH(파스) 5%	2
17	LATANOPROST	1
18	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	1
19	AZELASTINE HCL	2
20	CELECOXIB	2
21	AMOXICILLIN	1
22	PANTOPRAZOLE SODIUM	1
23	MONTELUKAST SODIUM	1
24	AZITHROMYCIN	2
25	FLUTICASONE PROPIONATE	2

	약품 이름	계층
26	FINASTERIDE	1
27	IBUPROFEN	1
28	JANUVIA	3
29	CLOPIDOGREL	1
30	FAMOTIDINE	1
31	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE	2
32	ALBUTEROL SULFATE HFA	2
33	MELOXICAM	1
34	OLMESARTAN MEDOXOMIL	1
35	ZOLPIDEM TARTRATE	2
36	LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE	6
37	LISINOPRIL	6
38	DONEPEZIL HCL	1
39	SIMVASTATIN	6
40	EZETIMIBE	2
41	ALLOPURINOL	1
42	PIOGLITAZONE HCL	6
43	TRAZODONE HCL	1
44	METFORMIN HCL ER	6
45	CREON	3
46	ELIQUIS	4
47	LANTUS(인슐린)	3
48	FENOFIBRATE	2
49	TRADJENTA	3
50	GLIPIZIDE	6

중요 정보 :

2025년 메디케어의 별점 평가 등급

Clever Care Health Plan - H7607

미국 정부 공식 메디케어 정보

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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: ★★½☆☆

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

별점 평가 등급이 중요한 이유

메디케어는 의료 및 처방약 서비스에 대해 플랜을 평가합니다.

이에 따라 소비자는 플랜의 품질과 실적을 쉽게 비교할 수 있습니다.

별점 평가 등급은 다음과 같은 항목을 기준으로 합니다.

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

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

별점이 높을수록 플랜 실적이 좋은 것입니다.

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

온라인에서 별점 평가 등급에 대한 자세한 정보 보기

온라인에서 본 플랜과 다른 플랜들의 별점 평가 등급을 비교하려면 medicare.gov/plan-compare를 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 HMO및 HMO C-SNP 보험사입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

Clever Care™
HEALTH PLAN

처방약 비용 지불을 위해 메디케어의 Extra Help(추가 도움)를 받는 분들의 월 플랜 보험료

만약 귀하가 메디케어로부터 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Extra Help(추가 도움)를 받으시는 경우, 귀하의 월 플랜 보험료는 메디케어의 Extra Help를 받지 않는 경우보다 더 낮아집니다.

Extra Help(추가 도움)를 받으신다면, 아래 나열된 모든 플랜의 월 보험료는 $0이 됩니다. (귀하가 납부해야 할 수 있는 메디케어 파트 B 보험료는 여기에 포함되지 않습니다.)

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

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

만약 귀하가 Extra Help(추가 도움)를 받고 있지 않으신 경우, 아래에 연락하여 자격 여부를 확인하실 수 있습니다:

- 1-800-MEDICARE 또는 TTY 사용자는 1-877-486-2046 (24시간/주 7일),
- 거주하는 주 정부 Medicaid(메디케이드) 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 서비스 (833) 808-8164 (TTY/TDD 사용자는 711로 연락해 주십시오)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.

H7607_26_CM1413_C 08132025

M10903-LISS-KO (08/25)

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@ccmapd.com
팩스: (657) 276-4721

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

또한 민권에 대한 진정을 미국 보건복지부, **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**에 있는 민권실 진정 포털을 통해 컴퓨터로 제출 하시거나는 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.html**에서 찾아보실 수 있습니다.

Clever Care
HEALTH PLAN

Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

中文： 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粵语)（TTY: 711）或咨询您的服务提供商。

台語: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語)（TTY: 711）或與您的提供者討論。

Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

한국어: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ՀԱՅԵՐԵՆ: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

РУССКИЙ: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

فارسي

توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ*សេវាកម្មជំនួយភាសា
តតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយតតគិតថ្លៃផងដែរ។
ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។”

日本語: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ਪੰਜਾਬੀ: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ไทย: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

Lus Hmoob: LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Clever Care HEALTH PLAN

가입

Clever Care Health Plan 가입

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 양식에서 당뇨병, 만성 심부전(CHF), 또는 심혈관 질환 보유 여부를 확인해야 합니다. Clever Care **Breathe+** (HMO C-SNP)에 가입하려면 가입 양식에서 천식, 만성 기관지염, 폐기종, 또는 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)보유 여부를 확인해야 합니다.
3단계	**주치의(PCP)를 선택하십시오.** 참여 의료 서비스 제공자는 ko.clevercarehealthplan.com/provider에서 확인하실 수 있습니다. 담당 PCP의 이름과 ID 번호를 적습니다. 가입 신청서 작성 시 이 정보가 필요합니다.
4단계	**가입 신청서를 작성하여 제출하십시오.**

가입을 완료했습니다! 이제 어떻게 되나요?

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

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

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

Clever Care에 오신 것을 환영합니다
헬스 플랜을 최대한 활용하는 방법을 안내하는 회원 안내서(Member Guide)가 우편으로 발송되며, 이해가 필요한 부분을 안내해 드리는 환영 전화를 받으시게 됩니다.

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

Clever Care HEALTH PLAN

영업 약속의 논의 범위 확인서

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 에이전트(보험 중개인)와 메디케어 수혜자(또는 그의 위임을 받은 대리인) 간의 대면 영업 미팅에 앞서, 마케팅 약속의 범위를 문서화하도록 에이전트에게 요구합니다. 이는 미팅에서 어떤 내용을 상담할지 양측이 이해하도록 보장하기 위함입니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀로 취급되며, 메디케어 가입자 본인 또는 가입자의 위임을 받은 대리인이 작성해야 합니다.

에이전트와 상담하고 싶은 상품 유형 옆에 이니셜을 기입해 주십시오.

Clever Care 메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜(파트 C)

____ **메디케어 건강 유지 기관(HMO):** 오리지널 메디케어 파트 A 및 파트 B 의료 보장을 모두 제공하고, 파트 D 처방약 보장도 포함하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 대부분의 HMO에서는, 플랜의 네트워크에 소속된 의사 또는 병원에서만 진료를 받을 수 있습니다(응급 상황 제외).

____ **메디케어 만성 특수 필요 플랜(C-SNP):** 특수한 건강 관리가 필요한 분들을 위해 설계된 혜택 패키지를 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 이 플랜이 제공되는 특정 집단의 예로는, 특정한 만성 의학적 질환을 가진 분들이 포함됩니다.

본 양식에 서명함으로써, 귀하는 상기에서 선택한 상품 유형에 대해 영업 에이전트와 상담하는 것에 동의하게 됩니다. 해당 상품을 설명하는 담당자는 메디케어 플랜에 고용되었거나 계약된 사람입니다. 이들은 연방 정부에 직접 소속된 사람은 아닙니다. 이 담당자는 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수도 있습니다. 이 양식에 서명하신다고 해서 플랜에 가입해야 하는 의무가 생기는 것이 아니며, 귀하의 현재 가입 상태에 영향을 주지도 않고, 메디케어 플랜에 자동 가입되는 것도 아닙니다.

서명:	**날짜:** 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 위임을 받은 대리인인 경우, 윗부분에는 서명하고 아랫부분에는 정자체로 성함을 기재해 주십시오.

대리인 이름:	**수혜자와 관계**

에이전트 작성 부분: 본 양식을 작성 완료된 가입 신청 양식과 함께 제출해 주십시오

에이전트 이름:	**에이전트 전화번호:** ( ) _____ – _____
수혜자 이름:	**수혜자 전화번호(선택 사항):** ( ) _____ – _____
수혜자 주소:	
연락 수단을 기재해 주십시오: ☐ 영업 이벤트 참석 ☐ 워크인(직접 방문) ☐ 전화 문의 ☐ 연락 허가 카드	
본 양식이 약속 당시 수혜자에 의해 서명된 경우, 미팅 전에 해당 내용이 문서화되지 않은 이유를 설명해 주십시오:	
에이전트 서명:	**약속 완료 일자:** 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

영업 약속의 논의 범위 확인서는 CMS 기록 보존 요건이 적용됩니다.

Clever Care HEALTH PLAN

2026 개인 가입 양식

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하고자 하는 메디케어 보유자.

플랜에 가입하려면 다음 요건을 충족해야 합니다:

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

중요: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 다음 두 가지를 모두 갖추어야 합니다:

- 메디케어 파트 A(병원 보험)
- 메디케어 파트 B(의료 보험)

이 양식을 언제 사용합니까?

플랜에 가입할 수 있는 시기는 다음과 같습니다:

- 매년 10월 15일~12월 7일(보장은 1월 1일부터 시작)
- 메디케어를 처음 받은 후 3개월 이내
- 특정 상황에서 플랜 가입 또는 변경이 허용될 때

플랜 가입 시기에 대한 자세한 내용은 Medicare.gov를 참조하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- 메디케어 번호(적색, 백색, 청색 메디케어 카드에 기재된 번호)
- 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목은 반드시 작성하셔야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항이며, 이를 작성하지 않아도 보장이 거절되지 않습니다.

유의사항:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중 플랜에 가입하시려면, 작성 완료된 양식을 12월 7일까지 플랜에 반드시 제출하셔야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 보험료 청구서를 보내드립니다. 보험료 납부는 은행 계좌 또는 매월 수령하시는 사회보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 급여에서 공제되도록 선택하실 수 있습니다.

다음 절차는 무엇입니까?

작성 및 서명하신 양식을 아래의 방법으로 제출해 주시기 바랍니다:

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, 플랜 측에서 연락을 드릴 것입니다.

이 양식에 대한 도움은 어떻게 받습니까?

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

주거지가 없는 분들을 위한 안내

- 플랜에 가입하고자 하나 거주지가 없는 경우, 우체국 사서함 주소, 보호시설(쉼터) 또는 클리닉의 주소, 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장 수표 수령 주소)가 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 문서작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않은 정보 요청에 대해서는 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 자료 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 대한 의견이 있거나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 편지를 보내주시기 바랍니다: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요 안내
이 양식 또는 개인정보(청구, 결제, 의료 기록 등)가 포함된 어떤 항목도 PRA Reports Clearance Office로 보내지 마십시오. 접수된 항목 중 이 양식의 개선 방법 또는 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)에 관련되지 않는 항목은 모두 폐기됩니다. 해당 자료는 보관, 검토 또는 해당 플랜으로 전달되지 않습니다. 양식을 해당 플랜으로 제출하는 방법은 본 페이지의 "다음 절차는 무엇입니까?" 항목을 참고해 주십시오.

섹션 1	이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항입니다(선택 사항으로 표시되면 예외)

가입할 플랜 선택:

- ☐ Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-014-000 $0/월
- ☐ Clever Care **Value** (HMO) H7607-015-000 $0/월
- ☐ Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-016-000 $0/월
- ☐ Clever Care **Breathe+** (HMO C-SNP) H7607-017-000 $0/월

성(LAST name):

이름(FIRST name):	**중간 이니셜**(선택 사항):

생년월일: 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년	**성별:** ☐ 남성 ☐ 여성

전화번호:

( ) –

거주지 도로 주소(우체국 사서함 주소 기재 불가. 참고: 주거지가 없는 개인의 경우, 우체국 사서함이 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):

도시:	**주:**	**우편번호:**

우편 수령 주소, 거주지 주소와 다른 경우에만 작성(우체국 사서함 가능):

도시:	**주:**	**우편번호:**

귀하의 메디케어 정보:

메디케어 번호:

_____ – _____ – _____

다음의 중요한 질문에 답해 주십시오:

Clever Care 외에 다른 처방약 보장이 있으십니까?(예: VA, TRICARE 등) ☐ 예 ☐ 아니요

다른 보장 이름:

이 보장의 가입자 번호:	이 보장의 그룹 번호:

선택 사항:

귀하는 주 정부의 Medi-Cal (Medicaid) 프로그램에 가입되어 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

"예"인 경우, 귀하의 Medi-Cal (Medicaid) 번호를 기재해 주십시오:

의료 모델 검토에 의거하여, Clever Care Health Plan, Inc. 는 2026년까지 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)을 운용할 수 있도록 국가품질보증위원회(NCQA)로부터 승인을 받았습니다.

섹션 1	이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항입니다(선택 사항으로 표시되면 예외) 계속

Clever Care Total+ (HMO C-SNP) 플랜에 가입하시는 경우에만 작성해 주십시오

당뇨병(고혈당) 진단을 받으셨거나, 혈당을 조절하기 위해 인슐린 또는 다른 약을 복용하고 계십니까?	☐ 예	☐ 아니요
심장 부정맥 또는 심방세동(Afib) 진단을 받으셨거나, 빠르고 불규칙한 심박수 문제가 있으셨습니까?	☐ 예	☐ 아니요
관상동맥질환(CAD) 진단을 받으셨거나, 심장마비를 겪은 적이 있거나, 동맥 또는 정맥 경화로 인한 혈액 순환 문제를 경험한 적이 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니요
만성 정맥 혈전색전증 진단을 받으셨거나, 정맥에 혈전이 한 번 이상 발생한 적이 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니요
말초 혈관 질환(PVD) 진단을 받으셨거나, 걷는 중 다리 통증, 밤에 발 저림(무감각), 치유되지 않는 다리 상처, 또는 한 쪽 다리의 차가움 등의 증상을 경험한 적이 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니요
만성 심부전(CHF) 진단을 받으셨거나, 일상적인 활동 중 또는 누워 있을 때 숨가쁨, 피로감, 또는 다리나 발목의 부종을 자주 경험하십니까?	☐ 예	☐ 아니요

Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP) 플랜에 가입하시는 경우에만 작성해 주십시오

천식 진단을 받으셨거나, 특히 밤에나 신체 활동 후에 쌕쌕거림, 숨가쁨, 가슴 답답함, 기침 등을 자주 경험하십니까?	☐ 예	☐ 아니요
만성 기관지염 진단을 받으셨거나, 2년 연속하여 한 해에 최소 3개월 동안 가래를 동반한 지속적인 기침을 한 적이 있으십니까?	☐ 예	☐ 아니요
폐기종 진단을 받으셨거나, 특히 신체 활동 시 숨가쁨, 만성 기침 또는 쌕쌕거림 등의 증상을 자주 경험하십니까?	☐ 예	☐ 아니요
만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 진단을 받으셨거나, 종종 숨가쁨, 가래가 동반되는 만성 기침 또는 쌕쌕거림을 자주 경험하십니까?	☐ 예	☐ 아니요

해당 질환을 치료하기 위해 복용 중인 약이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

"예"인 경우, 복용 중인 약 이름을 기재해 주십시오:

귀하의 질환을 확인할 수 있는 의사 정보

성명:

전화번호:	**팩스:**
( ) -	( ) -

진료실 주소:

도시:	**주:**	**우편번호:**

섹션 1	이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항입니다(선택 사항으로 표시되면 예외) 계속

건강 정보의 공개에 대한 승인
본인의 서명은 위에 명시된 의료 제공자 및/또는 주치의(PCP)가 본인의 건강 정보를 Clever Care Health Plan에 공개 및/또는 의료 기록을 제출하는 것을 승인하는 것입니다.

중요: 아래 내용을 읽고 서명해 주십시오:

- 본인은 Clever Care Health Plan에 가입을 유지하기 위해서는 병원 보험(파트 A)과 의료 보험(파트 B)을 모두 유지해야 합니다.
- 이 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입함으로써, 본인은 Clever Care가 본인의 정보를 메디케어와 공유함에 동의하며, 메디케어는 해당 정보를 본인의 가입 상태 추적, 지불 처리, 연방법에서 허용한 기타 목적(아래 개인정보보호법 설명문 참조)에 따라 사용할 수 있음을 인지합니다. 이 양식에 대한 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 본 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜 가입은 자동으로 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 Plan을 통해 이용해야 한다는 것을 이해합니다. Clever Care Health Plan에서 제공하며, Clever Care Health Plan의 "보장 범위 증명서" 문서(회원 계약서 또는 가입자 계약서라고도 함)에 명시된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. 메디케어나 Clever Care는 누구도 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 지불을 하지 않습니다.
- 이 가입 양식에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 정확함을 확인합니다. 본인은 이 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우, 플랜에서 탈퇴 처리될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 이 양식에 기재된 본인(또는 본인을 대리할 법적 권한이 있는 사람)의 서명이 이 신청서의 내용을 읽고 이해하였음을 의미한다는 점을 이해합니다. 위임을 받은 대리인(위에 설명된 바와 같이)이 서명하는 경우, 이 서명은 다음 사항을 확인합니다:
    1. 이 사람은 해당 주 법에 따라 이 가입을 완료할 권한을 갖습니다. 그리고
    2. 이 권한을 증명할 수 있는 문서가 메디케어의 요청에 따라 제공될 수 있습니다.

서명:	**오늘 날짜:** 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 위임을 받은 대리인일 경우, 위에 서명 후 아래 사항을 작성해 주십시오:

성명:	주소:
전화번호: ( ) -	가입자와의 관계:

섹션 2	이 페이지의 모든 항목은 선택 사항입니다.

다음 질문에 대한 응답은 선택 사항입니다. 답하지 않더라도 보장이 거절되지 않습니다.

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오.

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

선호하시는 구사 언어는 무엇입니까?

☐ 영어 ☐ 표준 중국어(만다린) ☐ 광둥어 ☐ 캄보디아어(크메르어) ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 스페인어 ☐ 기타: _____

영어 외에 선호하시는 서면 언어는 무엇입니까?

☐ 중국어(번체) ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 스페인어

정보를 접근 가능한 형태로 받아 보길 원하시면 다음 중 하나를 선택하십시오:

☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 데이터 CD

위에 열거한 형태 이외의 접근 가능한 형태로 정보가 필요한 경우에는 Clever Care에 (833) 808-8164로 연락 주십시오. 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. TTY 사용자는 711로 전화하실 수 있습니다.

현재 직업이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 **귀하의 배우자는 현재 직업이 있으십니까?** ☐ 예 ☐ 아니요

문자 메시지 및 이메일 수신 동의:

휴대폰 번호: ( ) _____ – _____

본인의 휴대폰 번호를 제공함으로써, 본인은 Clever Care Health Plan으로부터 의료 서비스, 혜택 또는 기타 목적을 위한 자동화된 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 데 동의합니다. 이 동의는 서비스를 받기 위한 조건은 아니며, 본인은 언제든지 Clever Care에 전화하여 수신을 거부할 수 있습니다. 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

이메일 주소: _____

본인의 이메일 주소를 제공함으로써, 본인은 Clever Care로부터 발송되는 연락 및 자료를 미국 우편이 아닌 전자적(온라인) 방식으로 수신하는 데 동의합니다. 본인은 이 자료에 파트 C 및 파트 D 혜택 설명서(EOB), 연례 변경 통지(ANOC), 기타 자료가 포함된다는 것을 이해합니다. 본인은 언제든지 Clever Care에 연락하여 우편 수령 방식으로 변경할 수 있습니다.

주치의(PCP)를 기재해 주십시오

주치의(PCP) 성명:

메디컬 그룹 또는 IPA:

PCP 등록 ID #:

현재 이 주치의에게 진료를 받고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 본인은 현재 주치의가 없으며, 배정을 요청합니다.

섹션 3 | 플랜 보험료 납부

귀하는 매월 우편을 통해 월 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 가입 지연 벌금을 포함)를 납부하실 수 있습니다. **또한, 귀하의 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB)의 급여에서 매월 보험료가 자동 공제되도록 선택하실 수도 있습니다.**

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

보험료 납부 방법을 선택해 주십시오. 선택하지 않을 경우, 청구서를 받으시게 됩니다.

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

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

잠시 시간을 내어 Clever Care를 어떻게 알게 되었는지 알려 주시면 감사하겠습니다. 다음 항목 중 한 가지 이상을 선택해 주십시오:

- ☐ 텔레비전(1)
- ☐ 라디오(2)
- ☐ 신문(3)
- ☐ 소셜 미디어 또는 컴퓨터(Google, Facebook, YouTube, 게임 앱 등)(4)
- ☐ 우편물(5)
- ☐ 가족, 친구, 의사, 또는 한의사(6)
- ☐ 귀하의 보험 브로커(7)
- ☐ 행사 참석(8)
- ☐ 기타:(9) _____

가입 신청자의 양식 작성을 돕는 개인 작성란

귀하가 가입 신청자의 양식 작성을 돕는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 카운슬러, 가족 구성원, 또는 기타 제삼자)인 경우, 본 항목을 작성해 주시기 바랍니다.

성명:	가입자와의 관계:
서명:	국가 프로듀서 번호(에이전트/브로커 전용):
FMO(해당되는 경우):	전화를 통한 가입인가요?: ☐ 예 ☐ 아니요
보장 효력발생일: 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년	신청서 접수일: 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

개인정보보호법 설명문

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜에 가입한 수혜자의 가입 현황을 추적하고, 진료의 질을 향상시키며, 메디케어 혜택 지불을 위해 메디케어 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 제1851조 및 42 CFR §§ 422.50 및 422.60 조항에 따라 이 정보 수집이 허용됩니다. CMS는 "메디케어 어드밴티지 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 메디케어 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

가입 기간 가입 자격 증명.

통상적으로, 메디케어 어드밴티지 플랜은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연례 가입 기간에만 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 메디케어 어드밴티지 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 메디케어에 처음 가입합니다.(1)

☐ 본인은 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있으며, 메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간(MA OEP) 동안에 변경하고자 합니다.(2)

☐ 본인은 메디케어 신규 가입자이며, 파트 A/B를 받은 지 3개월 이내에 현재의 메디케어 어드밴티지 플랜을 변경하고자 합니다.(3)

☐ 본인은 이전에 메디케어가 있었으나, 이제 65세가 됩니다.(4)

☐ 본인은 이미 병원 보험(파트 A)에 가입되어 있으며 최근 의료 보험(파트 B)에 가입했습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하고자 합니다.(5)

☐ 본인은 최근 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 외부로 이사했거나 최근에 이사했고, 선택할 수 있는 새로운 선택지가 생겼습니다. 본인은 _____ / _____ / _____에 이사했습니다.(6)

☐ 본인은 최근 수감상태에서 석방되었습니다. 본인은 _____ / _____ / _____ 에 석방되었습니다.(7)

☐ 본인은 미국 외 지역에서 영구 거주하다 최근 미국으로 귀국했습니다. 귀국일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(8)

☐ 본인은 최근 미국의 합법적 체류 신분을 취득했습니다. 이 신분 취득일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(9)

☐ 본인은 최근 본인의 Medicaid(메디케이드)에 변경 사항(Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 등급 변경 또는 Medicaid 상실)이 있습니다. 변경일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(10)

☐ 본인은 최근 메디케어 처방약 보장에 대해 지불하는 본인의 Extra Help(추가 도움)에 변경 사항(Extra Help 신규 취득, Extra Help 등급 변경 또는 Extra Help 상실)이 있습니다. 변경일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(11)

☐ 본인은 장기 요양 시설(예컨대, 요양원 또는 장기 요양 시설)에 입주 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 또는 최근에 퇴원했습니다. 입주일/입주예정일/퇴원일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(12)

☐ 본인은 최근 PACE® 프로그램에서 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴했습니다.(13)

☐ 본인은 최근 본의 아니게 신뢰할 수 있는 처방약 보장(메디케어의 보장과 동등한 수준)을 상실했습니다. 처방약 보장 상실일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(14)

☐ 본인은 고용주 또는 노조를 통해 받는 보장을 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴/상실 예정입니다.(15)

☐ 본인의 플랜이 메디케어와의 계약을 종료하거나, 메디케어가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 예정입니다.(16)

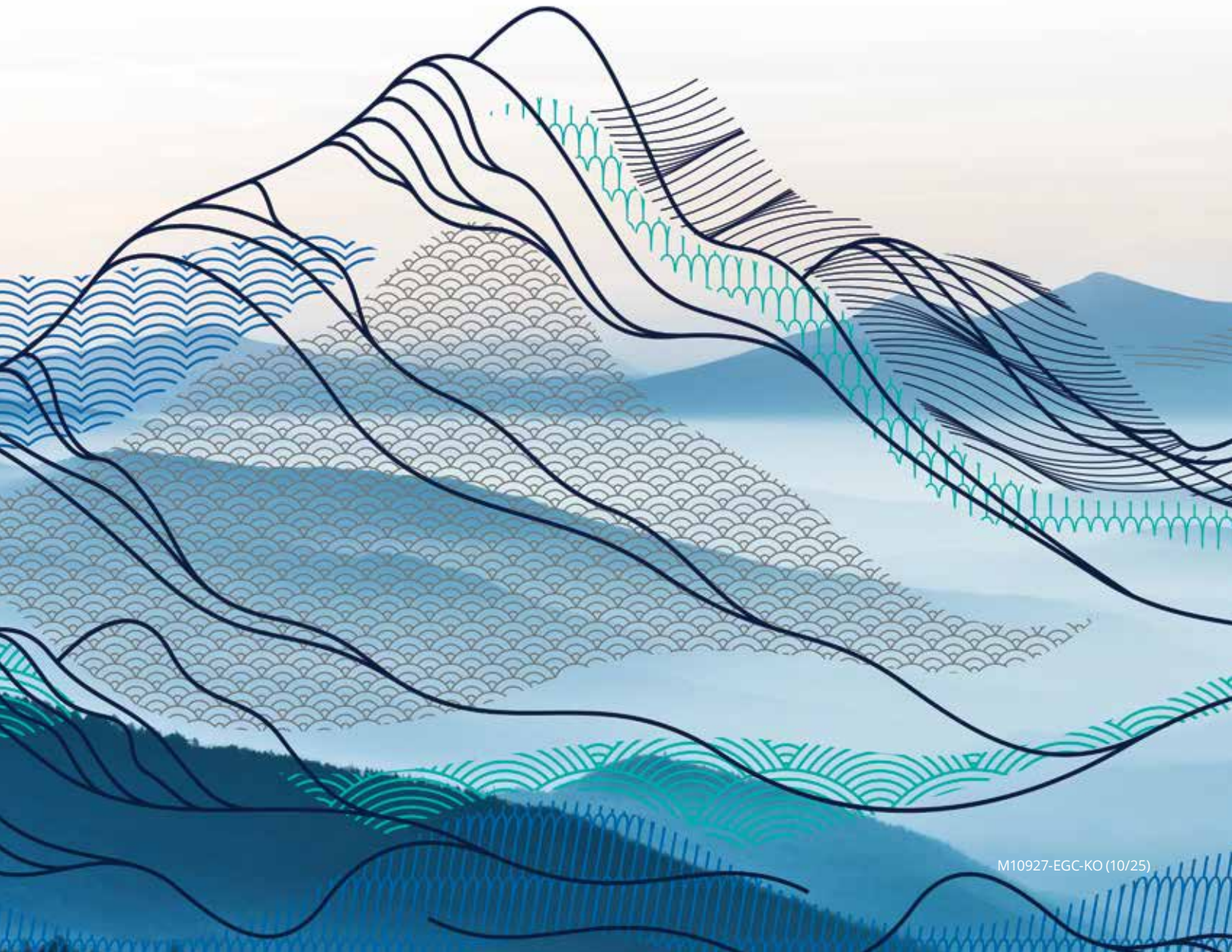
☐ 본인은 메디케어(또는 주 정부) 플랜에 가입되었으나, 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 해당 플랜 가입일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(17)

☐ 본인은 특수 필요 플랜(SNP, Special Needs Plan)에 가입되었으나, 가입을 유지하기 위해 요구되는 특수 필요 자격을 상실했습니다. SNP로부터의 가입 해지일은 _____ / _____ / _____ 입니다.(18)

☐ 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.(19)

☐ 본인은 만성 질환에 맞춤형 혜택을 제공하는 특수 필요 플랜(Special Needs Plan)에 가입하고자 합니다.(20)

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



M10927-EGC-KO (10/25)