



 20**26**
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+

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 C-SNP 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 받았으며¹
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.

TOTAL+

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.



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

심혈관 질환, 만성 심부전 또는 당뇨병 진단을 받은 분들을 위한 통합 건강 관리 플랜.



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

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

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	\$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	\$615	해당 플랜에는 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방약에 대한 본인부담 공제액이 있습니다.
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$0	연간 \$9,250	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	<p>다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 혜택 기간당 \$1,736 본인부담 공제액 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 61 ~ 90일 차, 일당 \$434 코페이, 혜택 기간당 	

TOTAL+

*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
병원 외래 보장* • 외래환자 입원 • 소견 서비스	체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	체류당 20% 코인슈런스 소견 서비스에 20% 코인슈런스	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스	
의사 진료실 방문 • 주치의(PCP) • 전문의*	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이	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 • 진단 검사, 처치 • 엑스레이 • 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 진단 서비스당 \$0 코페이 엑스레이당 \$0 코페이 방사선 서비스당 \$0 코페이	실험실 검사 서비스당 20% 코인슈런스 진단 서비스당 \$0 코페이 엑스레이당 20% 코인슈런스 방사선 서비스당 20% 코인슈런스	

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
청력 서비스*			
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 \$0 코페이	서비스당 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다.
청력 서비스(정기)			
• 정기 청력 검사 (1회로 제한)	검사 또는 서비스당 \$0 코페이	검사당 \$0 코페이	모든 미사용 수당은 12월 31일에 만료됩니다.
• 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	플랜 수당 금액 최대 한도까지 \$0 코페이	플랜 수당 금액 최대 한도까지 \$0 코페이	분실, 도난, 또는 손상된 보청기의 1회 교체에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당 을 제공합니다.			
치과 서비스*			
• 메디케어 보장 서비스	서비스당 \$0 코페이	서비스당 \$0 코페이	네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.
치과 서비스(PPO)			
예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:			
• 구강 검사(2회로 제한)			네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다.
• 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			플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.
• 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.			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* <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 메디케어 보장 시력 검사 • 백내장 수술 후 메디케어 보장 안경 	<p>검사당 \$0 코페이</p> <p>품목당 \$0 코페이</p>	<p>검사당 \$0 코페이</p> <p>품목당 \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 위해 당사 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하시는 경우, 모든 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다.</p>
시력 서비스(정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈, 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 <p>해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$350의 수당을 제공합니다.</p>	<p>검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p>	<p>플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p>
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 병원 - 정신과 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) 	<p>혜택 기간당 체류당 \$0</p> <p>방문당 \$0 코페이</p>	<p>다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혜택 기간당 \$1,736 본인부담 공제액 • 1 ~ 60일 차 및 91일 차 이상 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 • 61 ~ 90일 차, 일당 \$434 코페이, 혜택 기간당 <p>방문당 20% 코인슈런스</p>	 <p>종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.</p>

혜택	전액 Medi-Cal 대상자 회원 부담 금액	Medi-Cal 비대상자 회원 부담 금액	중요 고지 사항
전문 요양 시설(SNF)*	체류당 \$0 코페이	<p>다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 ~ 20일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 21 ~ 100일 차 일당 \$217 코페이, 혜택 기간당 	 <p>사전 입원이 필수사항은 아닙니다.</p>
물리 치료*	<ul style="list-style-type: none"> 작업, 물리, 말하기, 언어 치료 	방문당 \$0 코페이	방문당 20% 코인슈런스
구급차	<ul style="list-style-type: none"> 지상 이송 항공 이송 	<p>운행당 \$0 코인슈런스 (편도)</p> <p>운행당 \$0 코인슈런스</p>	<p>운행당 20% 코인슈런스 (편도)</p> <p>운행당 20% 코인슈런스</p>
교통편 해당 플랜은 편도 48회의 비응급 차량 서비스를 제공합니다.		운행당 \$0 코페이	승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 30마일 반경 이내로 제한됩니다.
메디케어 파트 B 의약품	<ul style="list-style-type: none"> 인슐린 항암화학요법 및 기타 파트 B 의약품 	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p>	<p>비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스, \$35를 초과하지 않음</p> <p>비용 또는 메디케어 허용 금액의 0 ~ 20% 코인슈런스</p>
			 <p>가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 인슐린에 대한 비용 분담은 20% 코인슈런스 또는 \$35를 초과하지 않습니다.</p>

TOTAL+

*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 \$600 의 분기당 통합 수당 을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,400 입니다.	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	플랜 지급 혜택이 소진된 후, 남은 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다. 수당은 현금과 교환할 수 없습니다.
피트니스 활동 은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: <ul style="list-style-type: none">골프, 탁구태극권, 요가헬스장 회원권	귀하는 직접 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	귀하는 직접 적격 서비스 목록에서 원하는 항목을 선택해 수당을 사용하실 수 있습니다. 플렉스 Benefits MasterCard®로 서비스 비용을 지불하십시오.	모든 미사용 수당은 다음 3개월(분기) 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다.
비처방 의약품(OTC) 은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: <ul style="list-style-type: none">통증 완화제감기 및 독감약응급처치용품			한방 건강 보조제는 네트워크 공급 업체로부터 구매하시거나 회원 서비스에 전화하여 구매하실 수 있습니다.
한방 건강 보조제 는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다: <ul style="list-style-type: none">인삼제비집(연와)타이거밤			식료품 구매는 주치의 (PCP)가 적격 만성 질환을 확인한 경우에만 허용됩니다. 해당 혜택은 건강한 식품과 농산물로 제한되며 담배, 알코올 및 기타 제한 품목은 제외됩니다.
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.			

*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 \$2,000까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.	플랜의 최대 금액까지, 방문당 \$0 코페이	플랜의 최대 금액까지, 방문당 \$0 코페이	진료 추천서 또는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
한의학 웰니스 서비스 해당 플랜은 달력상 연당 최대 24회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다: • 부항/쑥뜸 • 추나, 괄사 • Med-X 및 반사 요법	최대 허용 방문 횟수까지, 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. 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: <ul style="list-style-type: none"> • 개인 케어 조정 • 가정 배달 식사 • 재택 지원 서비스 	<p>의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돋기 위해 72시간 내에 사례 관리자의 개인적인 후속 통화.</p> <p>식사 지원에 대해 \$0 코페이. 연간 84회 한도 내에서 28일 동안 1일 3 식까지.</p> <p>\$0 코페이로 연간 최대 60시간의 도움을 받을 수 있습니다. 일상 생활 활동, 진료 예약 교통편, 식료품점 (마켓) 등에 대한 지원을 포함합니다.</p>	<p>외래 환자 처치 후에는 이용하실 수 없습니다.</p> <p>회원님께서는 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 전화하여 승인을 반드시 요청하셔야 합니다.</p> <p>이 혜택은 메디케어가 보장하는 가정 건강 서비스에 추가로 제공될 수 있으나, 이를 대체할 수는 없습니다.</p>
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.

혜택	회원 부담 금액	중요 고지 사항
만성 질환 회원을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)* <p>아래 열거된 만성 질환을 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택을 받을 자격이 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약품 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 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 • 뇌졸증 	<p>건강한 식품 및 농산물(식료품) 플랜의 승인 후, 승인된 건강한 식품 및 농산품 항목을 구매할 수 있도록 플렉스 수당이 제공됩니다.</p> <p>만성 질환 회원을 위한 식사 14일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 자격 조건에 부합하는 회원의 경우 연간 42식을 초과할 수 없습니다.</p> <p>원격 모니터링 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 \$0 코페이.</p> <p>재택 안전 평가 연간 최대 2회 평가에 대해 \$0 코페이.</p> <p>재택 지원 서비스 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연간 40시간으로 제한.</p> <p>사회적 니즈 혜택 비임상 개인 간병인이 제공하는 사회적 교류 서비스에 대해 \$0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한.</p> <p>간병인(보호자) 지원 임시 간호에 \$0 코페이. 연간 40 시간으로 제한.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환이 있는 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>해당 혜택을 이용하기 전, 주치의 (PCP)의 자격 조건 확인과 플랜의 사전 승인이 필요합니다.</p> <p>서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.</p>

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. Extra Help(추가 도움, 메디케어 저소득 보조 프로그램) 자격이 있는 회원의 경우, 본 문서에 표시된 금액보다 낮은 약 비용을 부담할 수 있습니다.

파트 D 처방 약 혜택 및 회원 부담 금액.

1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$615 이 연간 본인부담 공제액은 계층 1, 2, 또는 6에는 적용되지 않습니다.		
2 단계: 초기 보장 총 본인 부담금이 \$2,100 에 도달할 때까지는 아래와 같은 비용을 부담하시게 됩니다.	소매 일반 비용 분담 (네트워크 소속)	우편 주문 일반 비용 분담	소매 비용 분담 (네트워크 외)²
	처방 일수 30 ~ 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반(제네릭)	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반(제네릭)	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스
계층 3: 선호 브랜드	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
계층 4: 비선호 브랜드	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
계층 5: 특수 계층²	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
계층 6: 선별 케어 약품³	\$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 \$2,100 에 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) 의약품이 포함됩니다. 또한, 제외된 의약품(처방 기침약, 비타민, 일반(제네릭) 비아그라)도 포함됩니다.



가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전, 제공되는 혜택과 규칙을 정확히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있으시면 1-833-808-8164 (TTY: 711), 10월 1일~3월 31일 주 7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 평일 오전 8시~오후 8시로 전화하여 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오.

혜택 이해하기

- 보장 범위 증명서(EOC)에는 보장 범위 및 서비스의 전체 목록이 나와 있습니다. 가입하기 전에 플랜의 보장범위, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. EOC 사본은 ko.clevercarehealthplan.com/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 메디케어파트 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, 메디케어파트 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 종증 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(메디캡) 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 (01/26)