

2024 혜택 가이드

연례 혜택 변경 통지서

동봉해 드린 통지서를 확인하여 귀하의 현재 보장 내용을 확인하고 내년에 당사가 제공해 드리는 보장 내용과 비교해보실 수 있습니다. 해당 소책자에 명시된 모든 플랜 변경 사항은 내년 1월 1일에 적용됩니다.



별도의 조치가 필요하지 않습니다.

메디케어 연례 가입 기간(AEP)은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 귀하의 가입은 12월 1일에 자동 갱신됩니다.

귀하의 메디케어 보장에 대해 Clever Care Health Plan을 선택하고 믿어주셔서 감사합니다. 저희는 지난 한 해 동안 귀하의 건강과 일상을 위한 서비스를 제공해 드릴 기회를 가질 수 있었음을 영광으로 생각합니다. 당사가 제공해 드리는 플랜은 앞으로도 변함없이 여러분의 전통, 가치관, 문화적으로 필요한 부분을 존중합니다.

Clever Care Health Plan의 회원으로 귀하를 계속 모실 수 있기를 희망합니다.



Myong Lee (명 리)
설립자 및 CEO



Hiep Pham
설립자 겸 마켓 CFO

중요한 플랜 자료

여러분의 편의를 위하여 Clever Care는 당사의 웹사이트에서 아래의 자료를 제공해 드리며, 10월 15일에 확인하실 수 있습니다.

보장 범위 증명서 (EOC) – EOC는 귀하의 의료 서비스 및 처방약 혜택과 비용에 대한 세부 정보를 제공합니다.
ko.clevercarehealthplan.com/eoc

약국 명부 – 가까운 네트워크 소속 약국의 위치를 찾아볼 수 있습니다.
ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy

의료 서비스 제공자 명부 – 의사와 전문의 등을 포함한 의료 서비스 제공자 목록을 검색할 수 있습니다.
ko.clevercarehealthplan.com/provider

처방집 – 의사와 의약품 옵션을 논의할 수 있도록 보장되는 모든 약품의 목록을 제공합니다.
ko.clevercarehealthplan.com/formulary

고객 맞춤형 언어 지원 서비스

의료 서비스 제공자, 약국 또는 특정 의약품을 찾는 데 도움이 필요하거나 이러한 문서의 인쇄본을 우편으로 받고자 하는 경우, 고객 서비스팀 (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 전화 주십시오.

Clever Care Value (HMO) 는 Clever Care Health Plan, Inc. 가 제공합니다.

2024 년도 연례 변경 고지

귀하는 현재 Clever Care Value Medicare Advantage (HMO) 회원으로 등록되어 있습니다. 내년도에 본 플랜의 비용과 혜택이 일부 변경될 예정입니다. **보험료를 포함한 중요한 비용 요약 내용은 4 페이지를 참조하십시오.**

이 문서는 귀하의 플랜 변경 사항에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트(ko.clevercarehealthplan.com)에 있는 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오. 또한 회원 서비스팀에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

- 내년도를 위한 귀하의 Medicare 보장 변경을 10 월 15 일~12 월 7 일 사이에 해 주시기 바랍니다.

지금 해야 할 조치

1. 질문하십시오: 어떤 변경이 본인에게 해당되는가

- 저희의 혜택과 비용의 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 체크하십시오.
 - 진료비(의사, 병원) 변경 사항 검토
 - 승인 요건 및 비용을 포함한 의약품 보장에 대한 변경 사항 검토
 - 보험료, 공제액 및 비용 분담으로 지출할 금액 고려
- 2024 년 “약품 목록”의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약이 여전히 보장되는지 확인하십시오.
- 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 의료 서비스 제공자가 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.
- 저희 플랜에 대한 만족 여부를 고려하십시오.

2. 비교하십시오: 다른 플랜 옵션에 대해 알아보십시오

- 귀하 지역 내 플랜의 보장 범위와 비용을 체크하십시오.
웹사이트(www.medicare.gov/plan-compare)에 있는 Medicare 플랜 파인더를

사용하거나 *Medicare & You 2024 (Medicare 와 가입자 2024)* 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오.

- 귀하의 선택을 어떤 선호 플랜으로 좁혔으면 해당 플랜의 웹사이트에서 본인의 비용과 보장 범위를 확인하십시오.

3. 선택하십시오: 귀하의 플랜 변경 여부를 결정하십시오

- 2023 년 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 귀하는 Clever Care Value 가입 상태가 유지됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하는 경우에는 10 월 15 일~12 월 7 일 사이에 플랜을 전환할 수 있습니다. 새로운 보장은 **2024 년 1 월 1 일**부터 시작됩니다. 이로써 귀하의 Clever Care Value 가입은 종료됩니다.
- 최근에 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나, 현재 거주 중이거나, 최근에 퇴원한 경우, 언제든지 (별도의 Medicare 처방약 플랜 유무와 관계없이) 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 중국어, 한국어, 베트남어 및 스페인어로 무상 제공됩니다.
- 추가 정보는 회원 서비스팀 전화 1-833-808-8164 로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711 로 전화하셔야 합니다.) 근무 시간은 10 월 1 일~3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시이며, 4 월 1 일~9 월 30 일에는 평일 오전 8 시~오후 8 시입니다.
- 본 정보는 큰 활자 인쇄물, 오디오 또는 필요에 따라 다른 형태로도 제공이 가능합니다. 플랜 정보를 다른 형태로 받아보고 싶으신 분은 상기 전화번호의 회원 서비스팀으로 문의하시기 바랍니다.
- 본 플랜에 의거한 보장은 적격 건강 보장(QHC)에 해당되며 환자보호 및 적정가케어법(ACA)의 개별 책임 공유 요건을 만족합니다. 상세 정보를 위해서는 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 방문하십시오.

Clever Care Value 플랜 정보

- Clever Care Health Plan, Inc.는 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다.
- 이 문서에 명시된 “저희”, “저희를” 또는 “저희의”라는 단어는 Clever Care Health Plan 을 의미합니다. “본 플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 말할 때는 Clever Care Value 를 의미합니다.

H7607_24_CM1374 Accepted 09112023

2024 년도 연례 변경 고지 목차

2024 년도 중요 비용 요약		4
섹션 1	저희는 본 플랜의 명칭을 변경하고 있습니다	5
섹션 2	내년도 혜택 및 비용의 변경 사항	6
섹션 2.1	– 월 보험료 변경	6
섹션 2.2	– 최대 본인 부담 금액 변경 사항	6
섹션 2.3	– 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항	7
섹션 2.4	– 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항	7
섹션 2.5	– 파트 D 처방약 보장 변경 사항	11
섹션 3	어느 플랜을 선택할지 결정하기	14
섹션 3.1	– Clever Care Value 유지를 원하는 경우	14
섹션 3.2	– 플랜 변경을 원하는 경우	14
섹션 4	플랜 변경 마감일	15
섹션 5	Medicare 에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램	16
섹션 6	처방약 지불을 돕는 프로그램	16
섹션 7	질문?	17
섹션 7.1	– Clever Care 로부터 도움 받기	17
섹션 7.2	– Medicare 로부터 도움 받기	17

2024 년도 중요 비용 요약

아래 표는 Clever Care Value 의 2023 년 비용과 2024 년 비용을 여러 중요 영역에서 비교한 것입니다. 이 정보는 비용에 대한 요약 내용임에 유의하십시오.

비용	2023(금년)	2024(내년)
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 액수보다 더 높을 수 있습니다. 세부 내역은 섹션 2.1 을 참조하십시오.	\$0	\$0
파트 B 보험료 감액	\$125	\$130
공제액	\$0	\$0
최대 본인 부담 금액 이는 보장 서비스를 위해 본인이 부담할 최대 액수입니다 .(세부 내역은 섹션 2.2 를 참조하십시오.)	\$5,000	\$2,900
의사 진료실 방문	주치의 방문: 방문당 \$0 전문의 방문: 방문당 \$0	주치의 방문: 방문당 \$0 전문의 방문: 방문당 \$10
병원 입원	1~5 일차 동안 \$100 의 코페이 지불; 6~90 일차 동안 \$0 의 코페이 지불	1~5 일차 동안 \$120 의 코페이 지불; 6~90 일차 동안 \$0 의 코페이 지불
파트 D 처방약 보장 (세부 내역은 섹션 2.5 를 참조하십시오.)	공제액: \$0 초기 보장 단계에 해당되는 경우의 코페이먼트/공동부담금:	공제액: \$0 초기 보장 단계에 해당되는 경우의 코페이먼트/공동부담금:

비용	2023(금년)	2024(내년)
	약 계층 1: 코페이 \$0	약 계층 1: 코페이 \$0
	약 계층 2: 코페이 \$10	약 계층 2: 코페이 \$10
	약 계층 3: 코페이 \$47	약 계층 3: 코페이 \$47
	약 계층 4: 코페이 \$99	약 계층 4: 코페이 \$99
	약 계층 5: 33%	약 계층 5: 33%
	공동부담금	공동부담금
	약 계층 6: 코페이 \$0	약 계층 6: 코페이 \$0
	재난적 보장: • 이 지불 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 보장 약 비용 대부분을 지불합니다. • 매 처방당, 귀하는 다음 금액 중 큰 금액을 지불합니다: 약 비용의 5% 해당 금액(이를 공동부담금이라고 합니다), 또는 코페이먼트(복제약 또는 복제약과 같이 취급되는 약에 대해서는 \$4.15, 그 외의 모든 약에 대해서는 \$10.35).	재난적 보장: • 이 지불 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 보장 약 비용 대부분을 지불합니다. 귀하는 아무 것도 지불하지 않습니다.

섹션 1 저희는 본 플랜의 명칭을 변경하고 있습니다

2024 년 1 월 1 일에, 본 플랜의 명칭이 *Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)*에서 *Clever Care Value (HMO)*로 변경됩니다.

모든 회원은 1 월 1 일 전에 새로운 ID 카드를 받을 것입니다. 이 카드에는 새로운 플랜 명칭 외에도 2024 년도 신규 의사, 전문의, 응급실 및 응급 진료 코페이가 기재될 것입니다. 명칭 변경은 귀하의 저회 혜택 이용 및 *Clever Care Health Plan* 으로부터의 연락 방법에 영향을 미치지 않을 것입니다.

섹션 2 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 2.1 – 월 보험료 변경

비용	2023(금년)	2024(내년)
월 보험료 (또한 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.)	\$0	\$0
파트 B 보험료 감액	\$125	\$130

- 적어도 Medicare 약 보장만큼 좋은 다른 보장(“신용할 만한 보장”이라고도 함)을 63 일 이상 동안 없이 지낸 데 대해 귀하가 평생 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 하는 경우, 귀하의 플랜 월 보험료는 증가할 것입니다.
- 귀하의 소득이 증가한 경우, 본인의 Medicare 처방약 보장을 위해 매월 추가 금액을 직접 정부에 납부해야 할 수 있습니다. 섹션 2.2 – 최대 본인 부담 금액 변경 사항.

섹션 2.2 – 최대 본인 부담 금액 변경 사항

Medicare 는 모든 건강 보험에서 귀하가 연중에 지불하는 본인 부담 금액의 한도를 정할 것을 요구합니다. 이 한도를 “최대 본인 부담 금액”이라고 합니다. 귀하가 이 한도에 도달하면 귀하는 일반적으로 그 연도의 나머지 기간에는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.

비용	2023(금년)	2024(내년)
<p>최대 본인 부담 금액</p> <p>귀하의 보장 의료 서비스를 위한 비용(예: 코페이)은 귀하의 최대 본인 부담 금액에 계상됩니다.</p> <p>귀하의 플랜 보험료와 처방약 비용은 최대 본인 부담 금액에 계상되지 않습니다.</p>	\$5,000	\$2,900

보장 서비스를 위해 \$2,900의 본인 부담금을 지불하고 나면 귀하는 그 연도의 나머지 기간에는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않을 것입니다.

섹션 2.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항

업데이트된 디렉터리는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 확인할 수 있습니다. 또한 회원 서비스팀에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 확인하거나, 디렉터리를 우편으로 요청할 수도 있으며 이 경우 저희는 3 영업일 내에 발송합니다.

내년도 저희 네트워크의 서비스 제공자에 변동 사항이 있습니다. **2024 년도 서비스 제공자 디렉터리**에서 귀하의 서비스 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오.

내년도 약국 네트워크에 변동 사항이 있습니다. 어느 약국이 저희 네트워크에 있는지 **2024 년도 약국 명단**에서 확인하십시오.

귀하는 해당 연도 중에 저희가 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(서비스 제공자) 및 약국을 변경할 수 있음을 반드시 인지하고 있어야 합니다. 연도 중간에 바뀌는 서비스 제공자 변동 사항이 귀하에게 영향을 미치는 경우, 회원 서비스팀에 연락하여 도움을 받으십시오.

섹션 2.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항

저희는 내년도 특정 의료 서비스에 대한 비용과 혜택을 변경하고 있습니다. 아래 정보는 그러한 변경 사항을 기술하고 있습니다.

비용	2023(금년)	2024(내년)
<p>척추 지압 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicare 보장 서비스 	<p>방문당 코페이 \$5 지불</p>	<p>방문당 코페이 \$0</p>
<p>Covid-19 관련 비용 분담</p>	<p>COVID-19 바이러스와 연관된 경우, 귀하의 면허 보유 개업의가 지시한 검사 또는 치료에 대해 \$0 를 지불합니다. 전 세계 응급 치료 포함. 응급 상황의 경우, 네트워크 및 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 치료를 모두 보장합니다.</p>	<p>비용 분담 면제는 연방 공중 보건 비상사태의 종료로 더 이상 적용되지 않습니다.</p> <p>Covid-19 바이러스 관련 검사 또는 치료는 귀하의 주치의(primary care physician, PCP)에 의해 지시되는 경우 혜택 설명서에 따라 보장됩니다.</p>
<p>치과 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> 정기 서비스에 대한 PPO 보장(예방 및 종합) <p>네트워크 외에서 받은 서비스에 대해서는, 본 플랜은 분기별 플랜 최대 한도 내에서 보장 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하의 서비스 제공자가 청구하는 금액까지 추가 비용을 부담할 수 있습니다.</p>	<p>귀하는 수당 금액까지 코페이 \$0 를 지불합니다.</p> <p>본 플랜은 예방 및 종합 서비스에 사용할 수 있도록 귀하의 효력발생일(예: 1 월 1 일)에 개시하여 3 개월마다(예: 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일) \$200 의 분기별 수당을 제공하며, \$800 을 초과하지 않습니다.</p> <p>치과 임플란트의 외과적 배치는 제외됩니다.</p> <p>잔액은 이월되지 않습니다.</p> <p>수복치료 크라운과 고정 보철의 경우 치료 전 승인이 필요합니다.</p>	<p>수당 금액까지 코페이 \$0.</p> <p>본 플랜은 예방 및 종합 치과 서비스에 사용할 수 있도록 귀하의 효력발생일(예: 1 월 1 일)에 개시하여 3 개월마다(예: 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일) \$200 의 분기별 수당을 제공하며, \$800 을 초과하지 않습니다.</p> <p>잔액은 이월되지 않습니다.</p> <p>임플란트를 포함합니다.</p> <p>임플란트에 대해서는 치료 전 승인이 필요합니다.</p> <p>치과교정은 제외됩니다.</p>

비용	2023(금년)	2024(내년)
청력 서비스 • 하드웨어(보청기)	본 플랜은 매년 보청기에 대해 귀 한쪽당 최대 \$500 까지 보장합니다. 혜택 최대 한도 \$1,000.	본 플랜은 보청기를 위해 매년 귀 한쪽당 \$600 의 수당을 제공합니다. 혜택 최대 한도 \$1,200.
입원환자 급성 입원	귀하는 1~5 일차의 경우 코페이 \$100; 6~90 일차의 경우 코페이 \$0 를 지불합니다.	입원당 1~5 일차의 경우 코페이 \$120; 6~90 일차의 경우 코페이 \$0.
기타 전문 의료 서비스	귀하는 Medicare 보장 서비스에 대해 코페이 \$0 를 지불합니다	주치의(PCP)에 대해 코페이 \$0 정신 건강에 대해 코페이 \$40 여타 모든 서비스에 대해 코페이 \$10
외래환자 병원 서비스 • 외래환자 입원 • 외래환자 수술 및 소견	체류당 \$75 지불	체류당 코페이 \$0
부분적 입원	체류당 \$55 지불	체류당 코페이 \$0
전문의 서비스	방문당 코페이 \$0 지불	방문당 코페이 \$10

비용	2023(금년)	2024(내년)
<p>만성 질환을 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) 귀하가 다음과 같은 만성 질환을 한 개 이상 진단받은 경우에는 이 보충 혜택의 일부 또는 전부를 받을 자격이 있을 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 심혈관 질환 ● 만성 및 장애적 정신건강 질환 ● 만성 심부전 ● 만성 폐 질환 ● 치매 ● 당뇨병 ● 말기 간 질환 ● 말기 신장 질환 ● HIV/AIDS ● 신경학적 질환 ● 뇌졸중 <p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p>	<p>재가 지원 서비스 귀하는 일상 생활 활동을 지원하는 서비스에 대해 코페이 \$0 를 지불합니다.</p>	<p>재가 지원 서비스 귀하는 일상 생활 활동을 지원하는 서비스에 대해 코페이 \$0 를 지불합니다. 연간 40 시간 한도.</p>
<p>교통 비용급</p>	<p>매년 25 마일 반경 이내 건강 관련 비용급 교통편을 위한 편도 25 회 이동에 대해 귀하는 \$0 를 지불합니다.</p>	<p>매년 25 마일 반경 이내 본 플랜 승인, 비용급, 건강 관련 장소로의 편도 16 회 이동에 대해 \$0.</p>
<p>시력 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 검사(메디케어 보장) ● 안경류(테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) 	<p>귀하는 Medicare 보장 검사당 코페이 \$0~\$20 을 지불합니다.</p> <p>귀하는 안경류에 대해 2년마다 \$320 의 수당을 받습니다.</p>	<p>Medicare 보장 검사당 코페이 \$0.</p> <p>본 플랜은 안경류에 대해 매년 \$200 의 연례 수당을 제공합니다.</p>

섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항

“약품 목록”의 변경

보장 대상 약의 리스트를 의약품집 또는 “약품 목록”이라고 합니다. “약품 목록” 사본은 전자적으로 제공됩니다. 저희는 “약품 목록”을 변경하였으며, 이 변경에는 약의 제거 또는 추가, 특정 약에 적용되는 제한의 변경, 또는 약의 다른 비용 분담 계층으로의 이동이 포함될 수 있습니다. “약품 목록”을 검토하여 내년에 귀하의 약이 보장될 것인지를 확인하고, 또 어떤 제한사항이 있을 것인지, 또는 귀하의 약이 다른 비용 분담 계층으로 이동되었는지도 확인하십시오.

대부분의 “약품 목록” 변경은 각 연도의 초에 이루어집니다. 그러나, 연중에도, 저희는 Medicare 규칙이 허용하는 다른 변경을 할 수 있습니다. 예를 들어, FDA 가 안전하지 않다고 간주하거나 제품 제조사가 시장에서 철수한 약을 즉시 제거할 수 있습니다. 저희는 온라인 “약품 목록”을 업데이트하여 최신 의약품 목록을 제공합니다.

연초 또는 연중에 약품 보장의 변경으로 인한 영향이 있을 경우, 귀하의 보장 범위 증명서 제 9 장을 검토하고 담당 의사와 상의하여 임시 공급 요청, 예외 신청 및/또는 신약 찾기 노력과 같은 방법을 찾아보십시오. 자세한 내용은 회원 서비시스템에 문의할 수도 있습니다.

처방약 비용의 변경

참고: 귀하가 약 비용을 지원하는 프로그램(“추가 지원”)에 가입한 경우에는, **파트 D 처방약 비용에 관한 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보냈으므로, 귀하의 약 비용에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. “추가 지원”을 받고 있는데 이 자료를 9월 30일까지 받지 못했다면 회원 서비시스템에 전화하여 “LIS 특약”을 요청하십시오.

약 지불 단계에는 4 단계가 있습니다. 아래 정보는 첫 두 단계인 연간 공제액 단계와 초기 보장 단계의 변경 내용입니다. (대부분의 회원은 다른 두 단계인 보험 적용 공백 단계 또는 재난적 보장 단계에 도달하지 않습니다.)

공제액 단계의 변경

단계	2023(금년)	2024(내년)
<p>1 단계: 연간 공제액 단계</p>	<p>본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다.</p> <p>선정 인슐린에는 공제액이 없습니다. 귀하는 선정 인슐린 1 개월분에 대해 \$0~\$35 를 지불합니다.</p>	<p>본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다.</p>

초기 보장 단계에서의 비용 분담의 변경

단계	2023(금년)	2024(내년)
<p>2 단계: 초기 보장 단계</p> <p>이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 약 비용의 플랜 몫을 지불하고 귀하는 그 비용의 본인 몫을 지불합니다.</p> <p>대부분의 성인 파트 D 백신은 무상으로 보장됩니다.</p>	<p>표준 비용 분담으로 네트워크 약국에서 조제되는 1 개월분에 대한 귀하의 비용:</p> <p>계층 1: 선호 복제약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <p>계층 2: 복제약 귀하는 처방당 \$10 를 지불합니다.</p> <p>계층 3: 선호 상표약 귀하는 처방당 \$47 를 지불합니다.</p> <p>계층 4: 비선호 상표약 귀하는 처방당 \$99 를 지불합니다.</p>	<p>표준 비용 분담으로 네트워크 약국에서 조제되는 1 개월분에 대한 귀하의 비용:</p> <p>계층 1: 선호 복제약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <p>계층 2: 복제약 귀하는 처방당 \$10 를 지불합니다.</p> <p>계층 3: 선호 상표약 귀하는 처방당 \$47 를 지불합니다.</p> <p>귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1 개월분에 대해 \$35 를 지불합니다.</p>

단계	2023(금년)	2024(내년)
	<p>계층 5: 특수 계층 약 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다.</p> <p>계층 6: 보충 약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <p>시니어 절약 선정 인슐린: 귀하는 선정 인슐린에 대해 \$0~\$35 를 지불합니다.</p>	<p>계층 4: 비선호 상표약 귀하는 처방당 \$99 를 지불합니다.</p> <p>계층 5: 특수 계층 약 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다.</p> <p>계층 6: 보충 약 귀하는 처방당 \$0 를 지불합니다.</p> <p>시니어 절약 선정 인슐린: 이 프로그램은 더 이상 제공되지 않습니다. 그러나 귀하는 인슐린에 대해 \$35 를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다.</p>
<p>2 단계: 초기 보장 단계(계속)</p> <p>이 행의 비용은 귀하가 처방약을 표준 비용 분담을 제공하는 네트워크 약국에서 조제할 경우 1 개월(30 일)분에 대한 비용입니다.</p> <p>장기 공급 또는 우편 주문 처방약을 위한 비용에 대한 정보는 <i>보장범위 증명서</i>의 제 6 장, 섹션 5 를 참조하십시오.</p> <p>저희는 “약품 목록”에 있는 일부 약의 계층을 변경하였습니다. 귀하의 약이 다른 계층으로 이동되는지</p>	<p>귀하의 총 약 비용이 \$4,600 에 도달하면 귀하는 그 다음 단계(보험 적용 공백 단계)로 이동합니다.</p>	<p>귀하의 총 약 비용이 \$5,030 에 도달하면 귀하는 그 다음 단계(보험 적용 공백 단계)로 이동합니다.</p>

단계	2023(금년)	2024(내년)
여부를 확인하려면 “약품 목록”을 살펴보세요.		

보험 적용 공백 단계 및 재난적 보장 단계의 변경

다른 두 약 보장 단계, 즉 보험 적용 공백 단계 및 재난적 보장 단계는 약 비용이 높은 사람들을 위한 것입니다. 대부분의 회원은 보험 적용 공백 단계 또는 재난적 보장 단계에 도달하지 않습니다.

2024 년도부터는, 귀하가 재난적 보장 단계에 도달하면, 귀하는 파트 D 보장 약과 저희의 격상된 혜택하에서 보장되는 제외 약에 대해서는 아무 것도 지불하지 않습니다.

이 여러 단계에서의 귀하의 비용에 대한 구체적 정보는 *보장 범위 증명서*의 제 6 장, 섹션 6 및 7 을 참조하십시오.

섹션 3 어느 플랜을 선택할지 결정하기

섹션 3.1 – Clever Care Value 유지를 원하는 경우

저희 플랜 유지를 원하는 경우 귀하가 할 일은 아무 것도 없습니다. 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경하지 않으면, 귀하는 자동적으로 본 플랜에 등록됩니다.

섹션 3.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

저희는 귀하가 내년에도 가입을 유지하시길 희망하지만, 2024 년도 플랜 변경을 원하시는 경우에는 다음 단계를 밟으십시오:

1 단계: 귀하의 선택에 대해 알아보고 비교하십시오

- 다른 Medicare 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.
- 또는-- Original Medicare 로 변경할 수 있습니다. Original Medicare 로 변경하는 경우, Medicare 약 플랜 가입 여부를 결정할 필요가 있을 것입니다. Medicare 약 플랜에 가입하지 않는 경우, 가능한 파트 D 지연 등록 벌칙금 관련 섹션 2.1 을 참조하십시오.

Original Medicare 및 다른 유형의 Medicare 플랜에 대해 자세히 알아보려면 Medicare 플랜 파인더(www.medicare.gov/plan-compare)를 이용하거나, *Medicare 와 가입자 2024* 핸드북을

읽어보거나, 귀하의 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 5 참조)에 전화하거나, Medicare 에 전화하십시오(섹션 7.2 참조).

2 단계: 보장 변경

- 다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면 해당 새 플랜에 가입하십시오. 저희 플랜에서는 자동적으로 등록이 해제될 것입니다.
- 처방약 플랜과 함께 Original Medicare 로 변경하려면 해당 새 약 플랜에 가입하십시오. 저희 플랜에서는 자동적으로 등록이 해제될 것입니다.
- 처방약 플랜 없이 Original Medicare 로 변경하려면:
 - 저희에게 가입 해제 요청서를 보내 주십시오, 그렇게 하는 방법에 대한 상세 정보가 필요한 경우에는 회원 서비스팀에 연락하십시오(전화번호는 이 소책자의 섹션 7.1 에 있습니다).
 - – 또는 – Medicare 의 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 가입 해제를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하셔야 합니다.

섹션 4 플랜 변경 마감일

내년도에 다른 플랜으로 또는 Original Medicare 로 변경하기를 원하는 경우, **10 월 15 일부터 12 월 7 일까지** 그렇게 할 수 있습니다. 변경 효력발생일은 2024 년 1 월 1 일입니다.

변경할 수 있는 연중 다른 때가 있습니까?

어떤 경우에는 연중 다른 때에도 변경이 허용됩니다. 예를 들어, 여기에는 Medicaid 보유자, 약 비용 지불에 대해 “추가 지원”을 받는 자, 고용주 보장에 가입되어 있거나 해지하는 자, 그리고 서비스 지역 외부로 이사하는 자가 포함됩니다.

2024 년 1 월 1 일에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했으나 플랜 선택이 마음에 안 드는 경우에는 2024 년 1 월 1 일~3 월 31 일 사이에(Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 Medicare 건강 플랜으로 전환하거나(Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

최근 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나, 현재 거주 중이거나, 최근에 퇴원한 경우, 언제든지 Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 귀하는 언제든지(Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 Medicare 건강 플랜으로

변경하거나 (별도의 Medicare 처방약 플랜 유무에 관계없이) Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

섹션 5 Medicare 에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 숙련된 상담사를 두고 있는 독립적인 정부 프로그램입니다. 캘리포니아의 경우, SHIP 은 Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP)이라고 합니다.

이는 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 현지 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다. Health Insurance Counseling & Advocacy Program 카운슬러는 귀하의 Medicare 질문 또는 문제를 도울 수 있습니다. 그들은 귀하가 Medicare 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답할 수 있습니다. HICAP 전화 1-800-434-0222 (TTY 사용자는 711)로 전화하시면 됩니다. HICAP 에 대한 상세 정보는 해당 웹사이트를 참조하십시오. Aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling.

섹션 6 처방약 지불을 돕는 프로그램

귀하는 처방약 지불을 돕는 프로그램의 대상일 수 있습니다. 아래에 여러 종류의 지원이 열거되어 있습니다:

- **Medicare 의 “추가 지원”.** 소득이 제한된 사람들은 처방 약 비용을 지불하기 위해 추가 지원을 받을 수 있습니다. 자격이 되는 경우에 Medicare 에서 매월 처방약 보험료와 연간 공제액 및 공동부담금을 포함하여 약 비용의 최대 75% 이상을 지급해 드릴 수 있습니다. 뿐만 아니라, 자격이 있는 가입자는 보장 차액 또는 지연 등록 벌칙금을 적용받지 않습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하려면:
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 연중무휴 24 시간 전화할 수 있습니다;
 - 사회보장실 전화 1-800-772-1213 으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 7 시 사이에 담당자에게 문의하십시오. 자동 메시지는 하루 24 시간 이용이 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 로 전화하시면 됩니다.
 - 주정부 Medicaid 실(신청).
- **HIV/AIDS 보유자를 위한 처방약 비용 분담 지원.** AIDS Drug Assistance Program(ADAP)은 HIV/AIDS 를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. 개인은 주 거주 및 HIV 지위, 주정부가 정의한 저소득 및 미보험/저보험 지위의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP 에 의해서도 보장되는 Medicare 파트 D 처방약은 California AIDS Drug Assistance Program(ADAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. 자격 기준, 보장 대상 약 또는 본 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050 으로 월요일~금요일의 오전 8 시~오후 5 시 사이에 전화하십시오.(공휴일 제외).

섹션 7 질문?

섹션 7.1 – Clever Care 로부터 도움 받기

질문이 있으십니까? 저희가 도와드리겠습니다. 회원 서비스팀 전화번호 **1-833-808-8164** (TTY 는 **711**)로 전화하십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시에서 오후 8 시까지, 그리고 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 평일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 전화로 문의할 수 있습니다. 이 번호들은 통화가 무료입니다.

2024 년도 보장 범위 증명서를 숙독하십시오(내년도 혜택 및 비용에 대한 세부 내용이 들어있습니다).

본 연례 변경 고지는 귀하의 2024 년도 혜택 및 비용에 대한 변경 사항의 요약 내용을 제공합니다. 세부 사항은 Clever Care Value 를 위한 **2024 년도 보장 범위 증명서**를 참조하십시오. **보장 범위 증명서**는 귀하의 플랜 혜택에 대한 법적인 상세 기술입니다. 이것은 귀하가 보장 서비스 및 처방약을 받으려면 준수해야 하는 규칙과 귀하의 권리를 설명합니다. **보장 범위 증명서** 사본은 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에 있습니다. 또한 회원 서비스팀에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

저희 웹사이트 방문

저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 을 방문하실 수도 있습니다. 다시 말씀드리지만, 저희 웹사이트에는 서비스 제공자 네트워크(**서비스 제공자 디렉터리**)와 보장 약품 목록(**처방집**)에 대한 최신 정보도 있습니다.

섹션 7.2 – Medicare 로부터 도움 받기

Medicare 로부터 직접 정보를 얻으려면:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하셔야 합니다.

Medicare 웹사이트 방문

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 거주하시는 지역의 Medicare 건강보험을 비교하여 비용, 보장 범위 및 품질 별점 평가에 대한 정보를 제공합니다. 플랜에 대한 정보를 보려면 www.medicare.gov/plan-compare 를 방문하십시오.

Medicare 와 가입자 2024 속독

Medicare 와 가입자 2024 핸드북을 읽어 보십시오. 이 문서는 매년 가을에 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. Medicare 혜택, 권리 및 보호의 요약과 Medicare 에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변이 들어 있습니다. 이 문서의 사본이 없는 경우, Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 다운로드하거나, 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하셔야 합니다.

차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

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

Clever Care는:

- 장애인에게는 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 1-833-808-8164 (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 하시거나 다음의 우편 또는 전화로 민권 사무국에 제출할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

진정 양식은 hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 찾아보실 수 있습니다.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (Spanish): Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 808-8163 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

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



Enrollment Department
7711 Center Ave | Suite 100
Huntington Beach CA 92647



당신의 건강 + 일상의 조화