



2024
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: 2024년 1월 1일 - 2024년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대한 요약한 것입니다. 당사가 보장하는 서비스, 제한 사항, 제외 사항에 대한 전체 목록은 다음 웹사이트에 게재된 보장 범위 증명서(EOC)에서 확인하실 수 있습니다.

ko.clevercarehealthplan.com/eoc

Clever Care HMO 플랜에 가입하려면 다음과 같은 조건이 충족되어야 합니다:

1. 메디케어 파트 A에 가입 자격이 되며
2. 메디케어 파트 B에 가입되어 있고
3. 서비스 지역 내 하나의 카운티에 거주해야 합니다:
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



네트워크 소속 의사, 전문의, 병원, 약국을 찾아보십시오. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 귀하께서 서비스 비용 전액을 부담해야 합니다.

ko.clevercarehealthplan.com/provider



약품 검색은 처방집(약품 목록)을 이용하십시오.

ko.clevercarehealthplan.com/formulary



해당 자료에 관한 문의 사항이 있으시면 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-833-808-8164 (TTY:711)**로 전화해 주십시오. 또는 이메일 sales@clevercarehealthplan.com으로 문의하십시오.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알고 싶으시면 현재 가지고 계신 **메디케어와 가입자(Medicare & You)** 소책자를 확인하시기 바랍니다. Medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 주 7일, 하루 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.



2024 혜택 요약서

Clever Care Longevity (HMO) | 포괄적인 혜택을 제공하는 주력 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

| 비용 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|---------------------------|------------|--|
| 플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D) | \$0 | 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. |
| 본인부담 공제액 | \$0 | |
| 가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외) | 연간 \$1,700 | 이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다. |

의료 및 병원 혜택

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|--|--------------------------------|--|
| 입원환자 병원 보장* | 혜택 기간당 \$0 코페이 | 입원 일수를 무제한으로 보장합니다. |
| 외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 | 체류당 \$0 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이 | |
| 외래 수술 센터(ASC) 서비스* | 체류당 \$0 코페이 | |
| 의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* | 방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$0 코페이 | |
| 예방 진료 <ul style="list-style-type: none"> 메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare) 진료 또는 연례 웰니스 진료 및 메디케어가 보장하는 기타 모든 예방 관리 서비스 | 메디케어 보장 방문당 \$0 코페이 | 연당 1회의 웰니스 진료. 이 진료의 목적은 현재 건강 상태와 위험 요인에 따라 개인 맞춤형 예방 계획을 세우는 것입니다. |
| 응급 진료 <ul style="list-style-type: none"> 응급실 | 방문당 \$75 코페이 | 동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다. |
| 긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(얼전케어) | 방문당 \$0 코페이 | |
| 진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 시술 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) | 서비스당 \$0 코페이 | |

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|--|---|---|
| <p>청력 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메디케어가 보장하는 서비스 <p>청력 서비스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정기 청력 검사 (1회로 제한) • 보청기 최적화 피팅 및 평가 (3회로 제한) • 보청기 <p>해당 플랜은 보청기에 대해 연당, 한쪽 귀당 \$600의 수당을 제공합니다.</p> | <p>메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이</p> <p>검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> | <p>정기 서비스를 받으려면 Nations Hearing의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.</p> |
| <p>치과 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 메디케어가 보장하는 서비스 <p>치과 서비스 (PPO)*</p> <p>예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 구강 검사 (2회로 제한) • 치아 클리닝 (2회로 제한) • 불소 치료 (1회로 제한) • 화이트닝 엑스레이 (2회로 제한) • 치과용 엑스레이 (1회로 제한) <p>종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 충치 치료 및 치아 수리 • 신경 치료 • 치과용 크라운 (치관) • 임플란트 • 브릿지, 틀니, 발치 <p>해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 분기별 \$600의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$2,400입니다.</p> | <p>메디케어 보장 서비스당 \$0 코페이</p> <p>플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> | <p>임플란트, 콘빔 CT 영상, 다시 하는 크라운, 고정 보철물(브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>네트워크에 소속된 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 Liberty Dental 소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하께서 부담해야 할 지출이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 플랜 최대한도까지 보장 서비스에 관하여 허용된 금액까지 제공합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p> <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>치아 교정은 제외됩니다.</p> |

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

| 혜택 | 고객 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 | 검사당 \$0 코페이 품목당 \$0 코페이 | 정기 서비스를 받으려면 VSP Vision Care의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 정기 서비스에 대해 플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 귀하께서 비용 전액을 부담해야 합니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다. |
| 시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당 을 제공합니다. | 검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이 | |
| 정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 정신건강 관리 • 외래환자 정신건강 관리 (그룹 또는 개별 요법) | 1 ~ 7일 차 일당 \$150 코페이; 8 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당 방문당 \$40 코페이 | 종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다. |
| 전문 영양 시설(SNF)* | 1 ~ 20일 차 일당 \$0코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$75 코페이, 혜택 기간당 | 사전 입원이 필수사항은 아닙니다. |
| 물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업 • 물리 및 언어 | 방문당 \$0 코페이 | |
| 구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 운송 • 항공 수송 | 운행당 \$40 코페이 (편도) 20% 코인슈런스 | |
| 교통편 해당 플랜은 편도 24회 의 비응급 차량 서비스를 제공합니다. | 운행당 \$0 코페이 | 승인된 보건 관련 장소로의 차량 서비스는 25마일 반경 이내로 제한됩니다. |
| 메디케어 파트 B 의약품* | 0 ~ 20% 코인슈런스 | 항암 화학요법 및 기타 파트 B 의약품은 비용의 0 ~ 20% 코인슈런스 또는 메디케어에서 허용하는 코인슈런스 중 낮은 금액이 적용됩니다. 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 비용 분담금은 20% 코인슈런스를 초과하지 않습니다. |

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

플랜에 포함된 웰니스 혜택

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|---|---|---|
| <p>건강 및 웰니스 플렉스 수당 해당 플랜은 분기별로 총 \$275의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$1,100입니다.</p> <p>피트니스 활동은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 골프, 탁구 태극권, 요가 헬스장 회원권 <p>비처방 의약품(OTC)은 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 진통약 감기 및 독감약 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 인삼 제비집(연와) 타이거 밤 | <p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 어떤 항목에 나눠 소비하실지 선택합니다.</p> <p>서비스를 이용할 때 플렉스 Mastercard® 직불 카드를 이용하여 결제하십시오.</p> | <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되지 않으며 12월 31일에 만료됩니다.</p> <p>온라인과 소매 판매처에서 비처방 의약품(OTC)을 구매하실 수 있습니다.</p> <p>한방 건강 보조제는 네트워크 소속 업체에서 구매하시거나 Clever Care에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 염증, 불안, 소화기 계통 등의 치료에 효능이 있습니다.</p> |
| <p>침술 서비스 (정기) 해당 플랜은 연간 최대 \$2,500까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스 해당 플랜은 달력상 연당 최대 24회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 해당하는 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 부항/쑥뜸 추나, 괄사 Med-X 및 반사 요법 | <p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p> | <p>귀하는 반드시 당사의 침술 네트워크 소속 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지급하는 혜택 이후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담해야 합니다.</p> <p>사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.</p> |
| <p>건강 및 웰니스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> 연례 신체 검사 | <p>연당 1회 방문에 \$0 코페이</p> | <p>해당 검사는 연례 웰니스 진료보다 더 광범위합니다. 혈액 검사 및 기타 검사 외에도 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다.</p> |

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|--|--|---|
| 24시간 Optum® 간호사 상담 전화 면허를 소지한 간호사가 365일 24시간 상근합니다. | 통화당 \$0 코페이 | 어디에서 치료를 받아야 할지 잘 모르거나 긴급한 의료 상황에 대해 질문이 있을 때 이 혜택을 사용하여 면허가 있는 간호사로부터 조언을 구하십시오. |
| 원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능). 담당 의사 진료실에서 제공하는 진료. | 의학적 진료에 \$0 코페이 정신 건강 진료에 \$40 코페이 진료당 \$0 코페이 | Teladoc 의료 제공자는 비응급 상황인 건강 문제를 진단하고 다룰 수 있고, 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다. |

플랜에 포함된 추가적 혜택:

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|---|--|---|
| 전 세계적 보장 | \$0 코페이 | 해당 플랜은 미국 및 그 영토 밖에서의 보장되는 응급 진료, 긴급하게 필요한 서비스, 구급차 이송에 대해 연간 \$75,000의 한도가 있습니다. |
| 퇴원 후 식사 지원* 회복을 돕기 위해 병원에 입원하거나 전문 영양 시설에 입원한 직후에 사용할 수 있습니다. | 28일 동안 하루 3식까지 식사 지원에 \$0 코페이; 연당 84식을 초과할 수 없습니다. | 외래 수술 방문 후에는 이용할 수 없습니다. |
| 개별 응급 응답 시스템(PERS)* 해당 플랜은 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스를 제공합니다. | 연당 \$0 코페이 | |

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

| 혜택 | 고객 부담 금액 | 중요 고지 사항 |
|---|--|--|
| <p>만성 질환을 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>아래 나열된 만성 질환 중 하나로 진단받고 특정 기준에 부합하는 경우, 만성 질환을 위한 특별 보충 혜택을 받을 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>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>식료품 (건강한 음식) 월 \$25 한도 내에서 적격 식품 품목에 \$0 코페이. 다음 달로 이월되지 않습니다.</p> <p>원격 관찰 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 관찰하는 기기에 \$0 코페이</p> <p>재택 안전 평가 연당 최대 2회 평가에 \$0 코페이</p> <p>재택 지원 서비스 일상생활 활동 지원 서비스에 \$0 코페이. 연당 40시간으로 제한됩니다.</p> <p>사회적 니즈 혜택 비임상 개별 돌보미가 제공하는 사회적 교류 서비스에 \$0 코페이. 서비스는 4시간 교대 근무 24회(총 96시간)로 제한됩니다.</p> <p>간병인을 위한 지원 임시 간호에 \$0 코페이. 연당 40시간으로 제한됩니다.</p> | <p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.</p> <p>서비스는 플랜과 계약된 공급업체를 통해 제공됩니다.</p> |

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

귀하의 비용 부담은 선택하는 약국(예: 일반 소매, 네트워크 비소속, 우편 주문) 또는 귀하께서 30일 치 또는 100일 치 분량의 약품을 받는지에 따라 달라질 수 있습니다. 장기 요양 시설(LTC)에 거주하고 있다면, 귀하는 31일 치 분량의 약품에 대해 일반 소매 약국을 이용할 때와 같은 금액을 부담합니다.

| 파트 D 처방약 혜택 및 고객 부담 금액 | | | | |
|--|--|--------------|------------------|----------------------|
| 1 단계: 연간 본인부담 공제액 | \$0 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 적용되지 않습니다. | | | |
| 2 단계: 초기 보장 단계 귀하는 총 연간 의약품 비용(플랜 및 귀하가 지불한 비용)이 \$5,030에 도달할 때까지 다음 금액을 지불합니다. | 일반 소매 비용 부담 (네트워크 소속) | | 일반 비용 부담 (우편 주문) | 소매 비용 부담 (네트워크 비소속)* |
| | 처방 일수 30일 | 처방 일수 100일 | 처방 일수 100일 | 처방 일수 30일 |
| 계층 1: 선호 일반 약품 | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 |
| 계층 2: 일반 약품 | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 |
| 계층 3: 선호 브랜드 약품 | \$35 코페이 | \$105 코페이 | \$70 코페이 | \$35 코페이 |
| 계층 4: 비선호 약품 | \$99 코페이 | \$297 코페이 | \$198 코페이 | \$99 코페이 |
| 계층 5: 특수의약품 단계 약품* | 33% 코인슈런스 | 33% 코인슈런스 | 33% 코인슈런스 | 33% 코인슈런스 |
| 계층 6: 보충 약품** | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 | \$0 코페이 |
| 인술린: | 비용 부담 단계와 관계없이 플랜이 보장하는 각 인술린 제품의 처방 일수 1개월 치에 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다. | | | |

*네트워크 비소속 약국 또는 소매 약국 또는 우편 주문에서는 계층 1~6의 일부 약품에 대한 장기 공급 약품을 구매할 수 없습니다. **계층 6 보충 약품에는 일반 비아그라, 처방 기침약, 비타민 등이 포함됩니다.

| | |
|---|---|
| 3 단계: 보험 적용 공백 연간 총 의약품 비용이 \$5,030에 도달한 후에는 연간 총 의약품 비용 (플랜과 귀하가 지불한 비용)이 \$8,000에 도달할 때까지 이 단계에 해당합니다. | 이 지불 단계에서 귀하는 다음 금액을 부담합니다: <ul style="list-style-type: none"> 계층 1과 계층 2 약품의 처방 일수 30일 치에 \$0 코페이 선별 계층 3 약품의 처방 일수 30일 치에 \$35 코페이 계층 4와 계층 5 약품 가격의 25% (조제료 일부 추가) |
| 4 단계: 재난적 보장 단계 연간 총 의약품 비용이 \$8,000에 도달하면 귀하는 달력상의 연말까지 이 단계에 계속 해당합니다. | 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대한 전체 비용을 지불합니다. 귀하의 부담금은 없습니다. |



가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 혜택과 규칙을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있는 경우 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 1-833-808-8164 (TTY:711)로 전화하셔서 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 방문하시거나 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.
- 약이 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: 해당 플랜에 대해 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/코인슈어스는 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- HMO 플랜에만 해당: 응급 상황 또는 긴급한 상황을 제외하고는 네트워크 비소속 제공자(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. 트라이케어(Tricare)에 가입된 경우, 새로운 메디케어 어드밴티지 보장이 시작되면 보장이 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하시기 바랍니다. 메디갭(Medigap) 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 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

당사의 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 당사는 귀하의 개인정보를 보호합니다. 개인 정보 보호 관행 고지를 참조하십시오: ko.clevercarehealthplan.com/privacy. 모든 상표는 해당 소유자의 단독 재산입니다.