



FORTUNE



Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)

A Medicare Advantage and Prescription Drug
보험

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

보험 연도: 2023년 1월 1일 - 2023년 12월 31일



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

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

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



주치의 및 기타 의료 서비스 제공자

ko.clevercarehealthplan.com/provider

약국

ko.clevercarehealthplan.com/provider

처방집 (보장되는 의약품 목록)

ko.clevercarehealthplan.com/provider

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



10월 1일 - 3월 31일

오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일.

4월 1일 - 9월 30일

오전 8시부터 오후 8시까지, 월요일 부터 금요일.

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



2023 혜택 요약서

CLEVER CARE FORTUNE MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

다채로운 피트니스 혜택과 낮은 MOOP가 포함된 보험

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

보험료, 본인부담 공제액, 한도

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	Medicare 파트 B 보험료를 계속해서 지불하셔야 합니다.
본인부담 공제액	\$0	
가입자 부담 최대 한도액(파트 D 처방약은 포함되지 않음.)	연간 \$1,000	이 금액은 보장되는 Medicare 서비스에 관해 귀하께서 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 치료	1 ~ 5일차 일당 \$150 코페이 6 ~ 90일차 일당 \$0 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다. 해당 보험은 무제한 입원환자 입원일수를 보장합니다.
외래 병원 및 수술 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 외래 병원 시설 외래 수술 센터 외래 병원 관찰 서비스 	방문당 \$100 코페이 방문당 \$75 코페이 관찰 서비스에 \$100 코페이	서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
의사 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의 (PCP) 전문의 	방문당 \$0 코페이 방문당 \$0 코페이	전문의 첫 진료 예약시에는 사전 승인이 필수는 아닙니다. 후속방문이나 향후 의료 서비스에는 사전 승인이 필요합니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
예방 진료 <ul style="list-style-type: none"> 메디케어 가입환영 (Welcome to Medicare) 방문 연례 웰니스 방문 	연간 1회 방문에 \$0 코페이	계약 연도 중 Medicare에서 승인한 모든 추가적인 예방 서비스의 혜택이 보장됩니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
응급 진료	응급실(emergency room) 방문당 \$90 코페이	동일한 증세로 인해 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
긴급 진료 서비스	긴급 진료(urgent care) 센터 방문당 \$20 코페이	동일한 증세로 인해 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 면제됩니다.
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영 <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 시술, 기초 방사선 외래환자 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 치료 목적 방사선 서비스 (예: 암 방사선 치료) 	\$0 코페이 \$0 코페이 외래환자 엑스레이에 \$0 코페이 CT, MRI, PET 스캔에 \$175 코페이 기타 모든 진단 방사선에 대해 일정액\$0 각 치료 목적 방사선 서비스에 대해 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare 지침에 따라 보장됩니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다. 귀하께서는 치료 목적 방사선 서비스에 20%를 부담하지만, 어떤 경우에도 해당 연도의 총 가입자 부담 최대한도액을 초과하여 부담하지 않습니다.
청력 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 진단 청력 검사 청력 서비스 (Medicare 비보장, 정기) <ul style="list-style-type: none"> 정기 청력 검사 보청기 최적화 피팅 및 평가 보청기 	각 Medicare 보장 방문에 \$0 코페이 1회의 정기 청력 검사에 \$0 코페이 연당 최대 3회까지 최적화 피팅 및 평가에 \$0 코페이 보청기에 최대 보험 혜택 금액까지 \$0 코페이 이 보험은 보청기에 매년 한쪽 귀당 \$500 까지 혜택을 보장합니다.	귀하는 반드시 당사의 청력 네트워크에 소속된 의사를 이용하셔야 합니다. 보청기는 NationsHearing 을 통해 제공되며 개인적인 청력 필요에 부합하는 특정 기기로 제한 됩니다. 정기 청력 검사 또는 보청기에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다. 보청기의 분실, 도난 또는 손상의 경우 1회에 한해 교체 기기에 대해 본인부담 공제액이 적용됩니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>치과 서비스 (정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 서비스 <p>예방적 치과서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치아 클리닝 (연당 2회 한정) • 구강 검사 (연당 2회 한정) • 불소 치료 (연당 1회 한정) • 엑스레이 (연당 1회 한정) <p>추가로 보장되는 종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만, 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치아 딥클리닝 • 충치 치료 • 신경 치료 (근관 치료) • 치과용 크라운 (치관) • 브릿지, 틀니, 발치 및 기타서비스 	<p>각 Medicare 보장 방문에 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 귀하의 보장 시작 날짜에 따라 1년에 최대 4회까지 \$375씩의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택 금액은 \$1,500입니다.</p> <p>예방적 및 종합적 치과 서비스에 수당 금액까지 \$0 코페이</p> <p>치아 임플란트의 수술적 식립은 제외됩니다.</p>	<p>다시 하는 크라운과 고정 보철물(브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다.</p> <p>네트워크 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 그러나, Liberty Dental 소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하께서 부담해야 할 지출이 낮아질 수 있습니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일, 9월 30일까지 소진하지 않은 수당 금액은 이월되며, 12월 31일에 소멸됩니다.</p> <p>치과 서비스에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다. 네트워크 외부 제공자를 이용하실 경우 허용 금액과 청구 금액간의 차액에 대해 귀하께서 부담하셔야 할 수 있습니다.</p>
<p>시력 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> • 눈의 질병 및 질환을 진단/치료하기 위한 Medicare 보장 시력 검사. • 백내장 수술 후 Medicare 보장 안경. <p>시력 서비스 (Medicare 비보장, 정기)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 눈 정기 검사, 굴절 검사 포함 • 안경류 (안경테, 렌즈, 또는 콘택트렌즈) 	<p>각 Medicare 보장 방문에 \$20 코페이</p> <p>당뇨망막병증 검사에 \$0코페이</p> <p>백내장 수술 후 메디케어 보장 안경에 \$0 코페이</p> <p>매 1년 당 1회의 눈 정기 검사에 \$0 코페이</p> <p>보험이 제공하는 수당 금액까지 안경류에 \$0 코페이. 해당 보험은 안경류에 매년 \$240 까지의 혜택을 제공합니다.</p>	<p>서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>Medicare 비보장 서비스에 대해 Eyemed 네트워크에 소속된 의사를 반드시 이용하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p> <p>정기적 시력 서비스에 보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하의 잔여 비용을 부담합니다.</p>

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
정신 건강 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 입원환자 정신 건강 관리 외래 환자 정신 건강 진료 	1 ~ 7일차 일당 \$175 코페이 8 ~ 90일차 일당 \$0 코페이 외래 환자 그룹 또는 개별 요법 방문에 20% 코인슈런스	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 관리 및 치료 평생 한도가 적용됩니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
전문 영양 시설 (SNF)	1 ~ 20일차 일당 \$0 코페이 21 ~ 100일차 일당 \$180 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 사전 입원이 필수사항은 아닙니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
재활 치료 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 작업 치료 물리 치료 및 언어 치료 심장 재활 폐 호흡 재활 	방문당 \$15 코페이 방문당 \$15 코페이 방문당 \$30 코페이 방문당 \$20 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
구급차	지상 앰블런스 서비스에 운행당 (편도당) \$150 코페이 항공 앰블런스 수송 서비스에 대해 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스	
교통편 서비스	매년 25마일 반경 이내 보건 관련 비용급 교통편에 대하여 28회의 편도 운행에 \$0 코페이	
Medicare 파트 B 의약품	항암 화학요법 및 기타 파트 B 의약품의 경우 비용의 20% 공동보험금 또는 Medicare에서 허용하는 공동보험금 중 낮은 금액. 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 비용 부담금은 항암 화학요법 또는 기타 파트 B 의약품에 대한 20% 공동보험금을 초과하지 않습니다. 2023년 7월 1일부터 파트 B 에서 보장되는 인슐린의 1개월분 공급량은 \$35를 초과하지 않습니다.	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.

보험에 포함된 건강복지 혜택

Benefits	You Pay	Important to Know
<p>건강과 웰니스 (유연한 지출 수당)</p> <p>피트니스 활동 은 다음을 포함하며, 이에 국한되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 골프 체육관(Gym) 회원권 태극권 수업 요가 또는 피트니스 강습 	<p>수당 금액 한도까지 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 귀하의 보장 시작 날짜에 따라 1년에 최대 4회까지 \$550씩의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택 금액은 \$2,200입니다.</p> <p>귀하의 수당을 어떤 항목에 나눠 소비하실지 직접 선택하십시오. 귀하의 유연한 직불 카드를 이용하여 서비스 이용시 결제하십시오.</p>	<p>보험이 혜택을 지불하고 나면, 귀하께서 잔여 비용을 부담합니다.</p> <p>3월 31일, 6월 30일, 9월 30일까지 소진하지 않은 수당 금액은 이월되지 않으며, 12월 31일에 소멸됩니다.</p>
<p>침술 서비스</p> <p>해당 보험은 네트워크 소속 한의원에서 최대 \$2,500까지의 침술 서비스에 무제한 방문 혜택을 보장합니다.</p> <p>한의학 웰니스 서비스</p> <p>해당되는 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 부항/쑥뜸 추나 구아샤 Med-X 반사 요법 	<p>보험 최대 한도까지 방문당 \$0 코페이</p> <p>해당 보험은 연년 당 최대 18회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 최대 허용 방문 횟수까지 방문당 \$0 코페이.</p>	<p>귀하는 반드시 당사의 침술 네트워크에 소속된 한의사를 이용하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.</p>
<p>건강과 웰니스 (Medicare 비보장, 정기 서비스)</p> <ul style="list-style-type: none"> 담당 PCP에 의한 연례 신체검사 	<p>연간 1회 방문에 \$0 코페이</p>	<p>이 서비스는 Original Medicare 에서는 보장 되지 않습니다.</p> <p>연례 신체검사에서는 일반적으로 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다.</p>
<p>24시간 간호 전화 상담</p> <p>공인 간호사가 주 7일, 하루 24시간 의학적 질문 및 우려사항에 관해 전화로 도움을 드립니다.</p>	<p>\$0 코페이</p>	<p>어디서 치료를 받아야 하는지 모르거나 긴급한 의료적 상황에 대해 질문이 있을 때 의료 제공자로부터 조언을 받으려면 이 혜택을 이용하십시오.</p>

Benefits	You Pay	Important to Know
원격 건강 진료 <ul style="list-style-type: none"> Teladoc® 진료 귀하의 담당 의사 사무실에서 제공하는 비디오 진료 	의료 진료에 \$0 코페이 정신질환에 대한 공동 보험금 20% 건강 방문 \$0 코페이	비응급 상황인 건강문제에 대해 24시간 Teladoc 의사 혹은 정신건강 의사를 연결할 수 있습니다. Teladoc 의사는 기본적인 의료 증세를 진단하고 다룰 수 있고, 의학적으로 필요한 경우 의약품을 처방할 수도 있습니다. 이러한 방문은 귀하의 휴대폰, 태블릿이나 컴퓨터를 이용해 진행될 수 있습니다.
COVID-19 서비스 COVID-19로 진단시 보험은 아래를 보장합니다: <ul style="list-style-type: none"> 검사, 치료, 수송, 정신 건강, 원격 의료, 처방 약 혜택 	\$0 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 응급 상황일 경우, 네트워크 내부 및 외부 의료제공자에서의 치료가 모두 보장됩니다.

귀하의 보험에 포함된 추가적 혜택:

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
전세계적 보장	미국과 미국 영토 이외 지역에서 보장되는 응급 진료, 긴급 진료 서비스, 구급차 이송에 연간 한도는 \$50,000	
의료기기 및 용품 <ul style="list-style-type: none"> 내구성 의료 장비 보철 (예: 보조기, 인공 수족) 당뇨성 족부질환 치료 신발과 인서트 당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 	\$500 이하의 품목의 경우 0% 코인슈런스. \$500 초과 품목의 경우 Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스. Medicare가 허용하는 금액의 20% 코인슈런스. 당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품에 귀하는 \$0 코페이를 지불합니다.	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다. 해당 보험은 연간 하나의 혈당 측정기 및 용품들을 보장합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
퇴원 후 식사: 입원환자 병원 또는 전문요양시설 체류 직후, 해당 보험은 연간 84회의 식사를 넘지 않으면서 28일 동안 식사 지원을 함으로서 회복에 도움이 되도록 합니다.	연간 최대 허용 식사 횟수까지 \$0 코페이.	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 외래 수술 후에는 해당되지 않습니다.
개별 응급 응답 시스템 (PERS) 버튼을 눌러 24시간 응답 센터로 귀하를 연결해주는 이동식 장치 및 관찰 서비스입니다.	\$0 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
발 관리 (족질환 치료) Medicare 보장 발 관리 (족질환 치료) 발 관리 (Medicare 비보장, 정기)	각 Medicare 보장 방문 당 \$0 코페이 보장되지 않음	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.
카이로프랙틱 서비스 Medicare 보장 카이로프랙틱 치료	각 Medicare 보장 방문 당 \$0 코페이	서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare는 아탈구(척추에서 하나 이상의 뼈가 제자리에서 벗어남)를 교정하기 위한 서비스를 보장합니다. 네트워크 밖의 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하께서 전액을 부담합니다.

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



처방 약 보장범위

2023년 1월 1일부터 2023년 12월 31일까지 유효

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

Part D 처방 약 혜택 및 귀하가 지불하시는 금액

1 단계: 연간 본인부담 공제액	\$0 본인부담 공제액이 없으므로 이 단계는 적용되지 않습니다.			
2 단계: 초기 보장 단계 귀하는 총 연간 의약품 비용(보험과 귀하가 지불한 비용)이 \$4,660에 도달할 때 까지 다음을 지불합니다.	일반 소매 비용 부담 (네트워크 소속)		일반 비용 부담 (우편 주문)	소매 비용 부담 (네트워크 외부)*
	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

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

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

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

FORTUNE



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



2023에 새롭게 소개드립니다! 처방 일수 100일치 약품 공급

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



처방전 우편 주문

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



선택 인슐린에 대해 무료 또는 저렴한 비용

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



건강을 지키는 활동과 보상금 프로그램

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

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



가입 전 체크리스트

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

혜택 이해하기

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

중요한 규칙 이해하기

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

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

당사는 고객의 개인정보를 보호합니다. 자세한 내용은 ko.clevercarehealthplan.com/privacy에 나와 있는 보장 범위 증명서 (EOC) 또는 개인정보 보호방침을 참조하십시오.

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