



20**25**
혜택 요약서

Clever Care Value (HMO)

메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜

California 서비스 지역

Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego 카운티

플랜 연도: 2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일

기재된 혜택 정보는 의료 및 처방약 비용에 대해 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 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

VALUE



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.



2025 혜택 요약서

Clever Care Value (HMO) | \$105 ~ \$110의 파트 B 보험료 바이다운(납부비 보조)을 제공하는
본질적인 플랜

보험료, 본인부담 공제액, 한도액

비용	고객 부담 금액	중요 고지 사항
플랜 월 보험료 (파트 C 및 파트 D)	\$0	귀하는 반드시 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
파트 B 보험료 인하 (카운티별로 상이)	파트 B 보험료 금액과 플랜에서 보조하는 금액의 차액 <ul style="list-style-type: none"> LA 및 Orange 카운티는 \$110 San Diego, San Bernardino, Riverside 카운티는 \$105 	이는 환급 혜택이 아닙니다. 귀하는 반드시 인화된 파트 B 보험료를 납부해야 합니다. 귀하의 파트 B 보험료가 귀하의 사회 보장(Social Security) 혜택에서 제하고 나오는 경우, 인화된 금액이 매달 받는 액수에 반영될 것입니다.
본인부담 공제액	\$0	
가입자 부담 최대 한도액 (처방약 제외)	연간 \$2,900	이 금액은 보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 지불하는 연간 최대 금액입니다.

의료 및 병원 혜택

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
입원환자 병원 보장*	1 ~ 5일 차 일당 \$100 코페이; 6 ~ 90일 차 일당 \$0 코페이, 혜택 기간당	
외래환자 병원 보장* <ul style="list-style-type: none"> 외래환자 입원 소견 서비스 	체류당 \$75 코페이 소견 서비스에 \$0 코페이	
외래 수술 센터(ASC) 서비스*	방문당 \$75 코페이	
의사 진료실 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의(PCP) 전문의* 	방문당 \$0 코페이 전문의 방문당 \$5 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 	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 \$125 코페이	동일한 질환으로 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이는 \$0 입니다.

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
긴급하게 필요한 서비스 <ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료 센터(열전케어) 	방문당 \$0 코페이	
진단 서비스, 실험실 검사, 영상 촬영* <ul style="list-style-type: none"> 실험실 검사 서비스 진단 검사, 처치 엑스레이 진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔, PET 스캔 등) 	실험실 검사 서비스당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 엑스레이당 \$0 코페이 서비스당 \$75 코페이	
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 청력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> 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 검사당 \$0 코페이 서비스당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다. 보청기의 분실, 도난 또는 손상은 1회에 한해 교체 기기에 관해 본인부담 공제액이 적용됩니다.
치과 서비스* <ul style="list-style-type: none"> 메디케어가 보장하는 서비스 치과 서비스 (PPO)* 예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다: <ul style="list-style-type: none"> 구강 검사 (2회로 제한) 치아 클리닝 (2회로 제한) 불소 치료 (1회로 제한) 바이트윙 엑스레이 (2회로 제한) 치과용 엑스레이 (1회로 제한) 종합적 치과 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다: <ul style="list-style-type: none"> 충치 치료 및 치아 수리 신경 치료 치과용 크라운(치관) 임플란트 브릿지, 틀니, 발치 해당 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 분기당 \$200의 수당 을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$800입니다.	서비스당 \$0 코페이 예방 및/또는 종합 서비스에 대해 플랜 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	종합 서비스에는 제한 및 제외 사항이 적용됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 치료 승인이 필요합니다. 네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 하지만 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 귀하의 부담 비용이 낮아질 수 있습니다. 네트워크 외부에서 받은 서비스의 경우, 해당 플랜은 분기별 최대 플랜 한도까지 보장되는 서비스에 대해 허용되는 금액까지 지불합니다. 귀하는 의료 제공자가 청구한 금액까지 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일까지 사용하지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.

*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 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다. 정기 서비스에 대해 플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 경우 비용 전액을 귀하가 지불해야 합니다.
시력 서비스 (정기) <ul style="list-style-type: none"> • 정기 시력 검사 • 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 <p>해당 플랜은 안경류에 대해 연간 \$200의 수당을 제공합니다.</p>	검사당 \$0 코페이 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이	사용하지 않은 수당의 금액은 12월 31일에 만료됩니다.
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 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 \$40 코페이	종합병원에서 제공하는 정신 건강 서비스에는 입원 치료 평생 한도가 적용됩니다.
전문 영양 시설(SNF)*	1 ~ 20일 차 일당 \$0 코페이; 21 ~ 100일 차 일당 \$214 코페이, 혜택 기간당	사전 입원이 필수사항은 아닙니다.
물리 치료* <ul style="list-style-type: none"> • 작업, 물리, 말하기 및 언어 치료 	방문당 \$5 코페이	
구급차 <ul style="list-style-type: none"> • 지상 이송 • 항공 이송 	운행당 \$200 코페이 (편도) 운행당 20% 코인슈런스	
교통편 해당 플랜은 편도 16회 의 비용급 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 • 화학요법 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 부담은 20% 코인슈런스 또는 \$35를 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</p> <p>해당 플랜은 분기별로 총 \$50의 수당을 제공합니다. 연간 최대 혜택은 \$200입니다.</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"> • 통증 완화제 • 감기 및 독감약 • 응급처치용품 <p>한방 건강 보조제는 다음을 포함하며 이에 한정되지는 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인삼 • 제비집(연와) • 타이거밤 	<p>분기당 플랜의 최대 수당 한도까지 \$0 코페이</p> <p>귀하는 직접 수당을 소비하는 방법을 선택합니다.</p> <p>플렉스 카드로 서비스 비용을 지불하십시오.</p>	<p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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 네트워크에 속한 판매처에서 구매하시거나 Clever Care에 전화하여 구매하실 수 있습니다. 한방 건강 보조제는 염증, 불안, 소화기 계통 등의 치료에 효능이 있습니다.</p>
<p>침술 서비스 (정기)</p> <p>해당 플랜은 연간 최대 \$1,000까지 네트워크 내 정기 침술 서비스를 무제한으로 보장합니다.</p> <p>동양 웰니스 서비스</p> <p>해당 플랜은 역년 기준 최대 12회의 웰니스 서비스를 제공합니다. 서비스는 다음을 포함합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 부항/쑥뜸 • 추나, 팔사 • Med-X 및 반사 요법 	<p>플랜의 최대 금액까지, 방문당, \$0 코페이</p> <p>최대 허용 방문 횟수까지, 방문당, \$0 코페이</p>	<p>정기 서비스를 받으려면 당사의 네트워크에 소속된 의사를 이용해야 합니다.</p> <p>플랜에서 지불하는 혜택 이후의 잔여 비용은 귀하가 지불해야 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>
<p>24시간 Optum® 간호사 상담 전화</p> <p>면허를 소지한 간호사가 연중무휴 (365일 24시간) 상근합니다.</p>	<p>통화당 \$0 코페이</p>	<p>어디서 진료를 받아야 할지 확신이 없거나 긴급한 의료 상황에 대해 질문이 있을 때 이 혜택을 사용하여 면허가 있는 간호사로부터 조언을 구하십시오.</p>

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
원격 진료 진료는 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> Teladoc® 진료 (24시간 이용 가능). 담당 주치의 진료실을 통해 제공되는 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 \$55,000의 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; 연간 84식을 초과할 수 없습니다.	외래 환자 처치 후에는 이용할 수 없습니다.
개별 응급 응답 시스템(PERS)* 24시간 대응 센터와 연결해 주는 모바일 기기 및 관찰 서비스입니다.	연당 \$0 코페이	

*서비스 이용에는 추천 및/또는 사전 승인이 필요합니다.

혜택	고객 부담 금액	중요 고지 사항
<p>만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (SSBCI)*</p> <p>귀하가 아래 나열된 만성 질환 중 하나에 대해 담당 주치의(PCP)로부터 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 추가 혜택의 대상이 될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약물 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 • 만성 심부전 • 만성 폐 질환 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 신경학적 질환 • 뇌졸중 • 중증 혈액 질환 	<p>건강한 식품 및 농산물(식료품)</p> <p>적격 식품 품목에 대해 월별 \$25의 수당이 제공되며, \$0 코페이. 남은 잔액은 다음 달로 이월되지 않습니다.</p>	<p>언급된 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 일부 질환은 제외됩니다 (예: 고혈압 및 전당뇨). 모든 회원에게 자격이 부여되지 않습니다.</p> <p>식료품 수당을 플렉스 카드에 추가하려면 사전 승인과 귀하의 주치의(PCP)의 확인이 필요합니다.</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 연간 총 의약품 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 귀하는 다음을 지불합니다.	소매 일반 비용 부담 (네트워크 소속)		우편 주문 일반 비용 부담	소매 비용 부담 (네트워크 비소속)*
	처방 일수 30일	처방 일수 100일	처방 일수 100일	처방 일수 30일
계층 1: 선호 일반	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
계층 2: 일반	\$5 코페이	\$15 코페이	\$10 코페이	\$5 코페이
계층 3: 선호 브랜드	\$47 코페이	\$141 코페이	\$94 코페이	\$47 코페이
계층 4: 비선호 브랜드	\$99 코페이	\$297 코페이	\$198 코페이	\$99 코페이
계층 5: 특수 계층*	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스	33% 코인슈런스
계층 6: 선별 케어 약품**	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
인슐린:	비용 부담 계층에 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 처방 일수 1개월 치에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 \$35를 초과하여 지불하지 않습니다.			
백신:	비용 부담 계층에 관계없이 미국 예방 접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인 백신에 대하여 귀하는 본인부담 공제액 또는 코페이를 지불하지 않습니다.			
3 단계: 재난적 보장 단계 연간 약품 가입자 부담 최대 한도액이 \$2,000에 도달한 후, 귀하는 해당 역년 말까지 이 단계에 머뭅니다.	이 지불 단계에서, 보장되는 파트 D 의약품에 대하여 귀하는 \$0를 지불합니다.			

* 네트워크 비소속 약국이나 소매 또는 우편 주문에서는 계층 1~6에 해당하는 일부 선별 약품에 대하여 장기 공급 약품을 이용할 수 없습니다.

** 계층 6에는 일반 비아그라, 처방 기침약 및 비타민이 포함됩니다.



가입 전 체크리스트

귀하가 가입 결정을 내리기 전, 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 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 코페이먼트/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 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.