



















|        |   |  |
|--------|---|--|
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 스케일링(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>Medicare 에서 보장되는 경우:<br/>공동보험액 40%. 의학적으로 필요하고 급성으로 인한 입원 시. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.</p> <p>예방 치과 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 구강 검사(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 스케일링(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p>추가의 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 스케일링(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>Medicare 에서 보장되는 경우:<br/>자기부담금 \$20. 의학적으로 필요하고 급성으로 인한 입원 시. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.</p> <p>예방 치과 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 구강 검사(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 스케일링(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2 회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1 회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p>추가의 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.</p> |
| 안과 서비스 | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare 에서 보장되는 검사:<br/>자기부담금 \$40.</p>  | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare 에서 보장되는 검사:<br/>자기부담금 \$5.</p>  |

정기 눈 검사(역년으로 매년 1 회):  
자기부담금 \$0.

Medicare 에서 보장되는 안경 또는  
콘택트렌즈(매번 백내장 수술 후 1 쌍):  
자기부담금 \$0.

정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는  
콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.

플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합  
정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈  
및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로  
매년 최대 \$100 까지 지급합니다.  
추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest  
네트워크 소속 서비스 제공자로부터  
받아야 합니다.

**네트워크 비소속:**

눈 질환의 진단 및 치료를 위한  
Medicare 에서 보장되는 검사:  
공동보험액 40%

정기 눈 검사(역년으로 매년 1 회):  
공동보험액 40%

Medicare 에서 보장되는 안경 또는  
콘택트렌즈(매번 백내장 수술 후 1 쌍):  
\$0

정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는  
콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.

플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합  
정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈  
및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로  
매년 최대 \$100 까지 지급합니다.

정기 눈 검사(역년으로 매년 1 회):  
자기부담금 \$0.

Medicare 에서 보장되는 안경 또는  
콘택트렌즈(매번 백내장 수술 후 1 쌍):  
자기부담금 \$0.

정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는  
콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.

플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합  
정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈  
및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로  
매년 최대 \$200 까지 지급합니다.  
추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest  
네트워크 소속 서비스 제공자로부터  
받아야 합니다.

**네트워크 비소속:**

눈 질환의 진단 및 치료를 위한  
Medicare 에서 보장되는 검사:  
자기부담금 \$5.

정기 눈 검사(역년으로 매년 1 회):  
자기부담금 \$0.

Medicare 에서 보장되는 안경 또는  
콘택트렌즈(매번 백내장 수술 후 1 쌍):  
자기부담금 \$0.

정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는  
콘택트렌즈: 자기부담금 \$0.

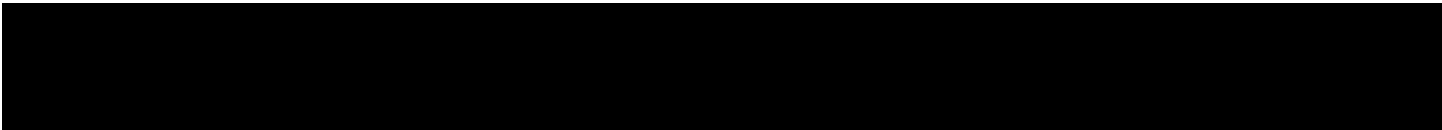
플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합  
정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈  
및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로  
매년 최대 \$200 까지 지급합니다.

|               |  |   |
|---------------|--|---|
|               | <p>추가적 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. EyeQuest 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자로부터 받은 보장 서비스에 대해 EyeQuest의 계약 요율 이상의 금액에 대해서는 가입자가 부담해야 합니다.</p>  | <p>추가적 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. EyeQuest 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자로부터 받은 보장 서비스에 대해 EyeQuest의 계약 요율 이상의 금액에 대해서는 가입자가 부담해야 합니다.</p>   |
| 정신 건강 서비스     | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$40.</p> <p>개별 치료 방문: 자기부담금 \$40.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 공동보험액 40%.</p> <p>개별 치료 방문: 공동보험액 40%.</p>                       | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$5.</p> <p>개별 치료 방문: 자기부담금 \$5.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$5.</p> <p>개별 치료 방문: 자기부담금 \$5.</p>                        |
| 전문 간호 시설(SNF) | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>1 일 차~20 일 차: 하루당 자기부담금 \$0.</p> <p>21 일 차~100 일 차: 하루당 자기부담금 \$184.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>공동보험액 30%.</p> <p>당사의 플랜은 혜택 기간마다 최대 100 일간 보장합니다. 병원 사전 입원 불필요.</p> | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>1 일 차~20 일 차: 하루당 자기부담금 \$0.</p> <p>21 일 차~100 일 차: 하루당 자기부담금 \$188.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>공동보험액 30%</p> <p>당사의 플랜은 혜택 기간마다 최대 100 일간 보장합니다. 병원 사전 입원 불필요.</p> |
| 물리 치료         | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>물리 치료, 언어 치료 방문: 자기부담금 \$40</p> <p>작업 치료 방문: 자기부담금 \$40.</p>   | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>물리 치료, 언어 치료 방문: 자기부담금 \$5</p> <p>작업 치료 방문: 자기부담금 \$5.</p>  |

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
|                 | <u>네트워크 비소속:</u><br>물리 치료, 언어 치료 방문: 공동보험액 40%.<br>작업 치료 방문: 공동보험액 40%.   | <u>네트워크 비소속:</u><br>물리 치료, 언어 치료 방문: 자기부담금 \$50.<br>작업 치료 방문: 자기부담금 \$50.   |
| 구급차             | <u>네트워크 소속:</u><br>지상 구급차: 자기부담금 \$310.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$310.<br><u>네트워크 비소속:</u><br>지상 구급차: 자기부담금 \$310.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$310.                   | <u>네트워크 소속:</u><br>지상 구급차: 자기부담금 \$250.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$250.<br><u>네트워크 비소속:</u><br>지상 구급차: 자기부담금 \$250.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 \$250.                   |
| 교통편             | 보장되지 않음   | 보장되지 않음   |
| Medicare 파트 B 약 | <u>네트워크 소속:</u><br>화학요법 약물과 같은 파트 B 약: 공동보험액 20%.<br>기타 파트 B 약: 공동보험액 20%.<br><u>네트워크 비소속:</u><br>화학요법 약물과 같은 파트 B 약: 공동보험액 40%.<br>기타 파트 B 약: 공동보험액 40%. | <u>네트워크 소속:</u><br>화학요법 약물과 같은 파트 B 약: 공동보험액 20%.<br>기타 파트 B 약: 공동보험액 20%.<br><u>네트워크 비소속:</u><br>화학요법 약물과 같은 파트 B 약: 공동보험액 40%.<br>기타 파트 B 약: 공동보험액 40%. |
| 외래 수술 센터        | <u>네트워크 소속:</u><br>자기부담금 \$270<br><u>네트워크 비소속:</u><br>공동보험액 40%   | <u>네트워크 소속:</u><br>자기부담금 \$135<br><u>네트워크 비소속:</u><br>자기부담금 \$135   |
| 발 관리(발병학 서비스)   | <u>네트워크 소속:</u>   | <u>네트워크 소속:</u>   |

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
|                           | <p>Medicare 에서 보장되는 발 관리:<br/>자기부담금 \$40.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>Medicare 에서 보장되는 발 관리:<br/>공동보험액 40%.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p>          | <p>Medicare 에서 보장되는 발 관리:<br/>자기부담금 \$5.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>Medicare 에서 보장되는 발 관리:<br/>자기부담금 \$5.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p>           |
| 내구성 의료 장비                 | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>공동보험액 20%.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>공동보험액 20%.</p>  | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>공동보험액 20%.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>공동보험액 20%.</p>  |
| 보철 장치(보조기,<br>의수 또는 의족 등) | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>보철 장치: 공동보험액 20%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>보철 장치: 공동보험액 20%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</p>                        | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>보철 장치: 공동보험액 20%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>보철 장치: 공동보험액 20%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</p>                        |
| 당뇨병 용품과<br>서비스            | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품:<br/>자기부담금 \$0</p> <p>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및<br/>모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및<br/>모니터.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품:<br/>공동보험액 20%</p> | <p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품:<br/>자기부담금 \$0</p> <p>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및<br/>모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및<br/>모니터.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품:<br/>공동보험액 20%</p> |

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
|                      | <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.<br/>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p> <p><b><u>네트워크 비소속:</u></b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품:<br/>공동보험액 20%</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품:<br/>공동보험액 20%</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.<br/>치료용 신발 또는 삽입물: 공동보험액 20%</p> | <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.<br/>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p> <p><b><u>네트워크 비소속:</u></b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품:<br/>자기부담금 \$0</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품:<br/>공동보험액 20%</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.<br/>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p> |
| 웰니스 프로그램             | SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십에 대해 자기부담금 \$0.   | SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십에 대해 자기부담금 \$0.  |
| 일반 의약품(OTC)          | <p>우편 주문을 통한 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 \$0 입니다. 보조금은 최대 \$50 입니다.</p> <p>가입자는 분기마다 일부 일반 의약품(OTC) 구매에 사용할 보조금을 받을 수 있습니다. 미사용 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 보조금 계산은 각 분기 초에 다시 시작됩니다.</p>  | 보장되지 않음  |
| 투석 서비스               | <p><b><u>네트워크 소속:</u></b></p> <p>공동보험액 20%.</p> <p><b><u>네트워크 비소속:</u></b></p> <p>공동보험액 40%.</p>  | <p><b><u>네트워크 소속:</u></b></p> <p>공동보험액 20%.</p> <p><b><u>네트워크 비소속:</u></b></p> <p>공동보험액 20%.</p>   |
| 코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사 | <p><b><u>네트워크 소속 및 비소속</u></b></p> <p>자기부담금 \$0</p>   | <p><b><u>네트워크 소속 및 비소속</u></b></p> <p>자기부담금 \$0</p>  |



|                     |  |                |
|---------------------|--|----------------|
| <p>Grocery Plus</p> | <p>자격을 갖춘 경우 승인된 OTC 및/또는 식료품 구매를 위한 일반 의약품(OTC) 보조금으로 분기마다 \$50 를 사용할 수 있습니다.</p> <p>식료품 혜택을 받으려면 건강 상태 자격과 관련하여 하나 이상 자격을 갖추어야 합니다. 자세한 사항은 <a href="http://cloverhealth.com/grocery-plus">cloverhealth.com/grocery-plus</a> 를 방문하거나 가입자 서비스부로 연락주시기 바랍니다.</p> | <p>제공되지 않음</p> |
|---------------------|--|----------------|

**처방약 혜택**

|                     |   |   |
|---------------------|---|---|
| <p><b>공제 단계</b></p> | <p>이 단계에서 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약의 전체 금액을 지불합니다. 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약에 대해 \$200 를 지불할 때까지 이 단계를 유지합니다.</p> | <p>이 단계에서 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약의 전체 금액을 지불합니다. 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약에 대해 \$480 를 지불할 때까지 이 단계를 유지합니다.</p> |
|---------------------|---|---|

| <p><b>초기 보장</b></p> | <p>총 연간 약 비용이 \$4,430 에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 약 비용은 가입자와 저희 파트 D 플랜이 지불하는 약 비용입니다.</p> <p><b>우선 소매 비용 분담액</b></p> <table border="1" data-bbox="397 1501 938 1969"> <thead> <tr> <th>단계</th> <th>30 일분</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 단계(우선 복제약)</td> <td>자기부담금 \$0</td> </tr> <tr> <td>2 단계(복제약)</td> <td>공동보험액 22%</td> </tr> <tr> <td>3 단계(우선 브랜드 약)</td> <td>공동보험액 22%</td> </tr> <tr> <td>선별 인슐린 약</td> <td>자기부담금 \$25</td> </tr> <tr> <td>4 단계(비우선 약)</td> <td>공동보험액 25%</td> </tr> </tbody> </table> | 단계 | 30 일분 | 1 단계(우선 복제약) | 자기부담금 \$0 | 2 단계(복제약) | 공동보험액 22% | 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22% | 선별 인슐린 약 | 자기부담금 \$25 | 4 단계(비우선 약) | 공동보험액 25% | <p>총 연간 약 비용이 \$4,430 에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 약 비용은 가입자와 저희 파트 D 플랜이 지불하는 약 비용입니다.</p> <p><b>우선 소매 비용 분담액</b></p> <table border="1" data-bbox="971 1501 1511 1911"> <thead> <tr> <th>단계</th> <th>30 일분</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 단계(우선 복제약)</td> <td>자기부담금 \$0</td> </tr> <tr> <td>2 단계(복제약)</td> <td>공동보험액 22%</td> </tr> <tr> <td>3 단계(우선 브랜드 약)</td> <td>공동보험액 22%</td> </tr> <tr> <td>4 단계(비우선 약)</td> <td>공동보험액 25%</td> </tr> </tbody> </table> | 단계 | 30 일분 | 1 단계(우선 복제약) | 자기부담금 \$0 | 2 단계(복제약) | 공동보험액 22% | 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22% | 4 단계(비우선 약) | 공동보험액 25% |
|---------------------|--|----|-------|--------------|-----------|-----------|-----------|----------------|-----------|----------|------------|-------------|-----------|--|----|-------|--------------|-----------|-----------|-----------|----------------|-----------|-------------|-----------|
| 단계                  | 30 일분  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 1 단계(우선 복제약)        | 자기부담금 \$0  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 2 단계(복제약)           | 공동보험액 22%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 3 단계(우선 브랜드 약)      | 공동보험액 22%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 선별 인슐린 약            | 자기부담금 \$25   |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 4 단계(비우선 약)         | 공동보험액 25%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 단계                  | 30 일분  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 1 단계(우선 복제약)        | 자기부담금 \$0  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 2 단계(복제약)           | 공동보험액 22%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 3 단계(우선 브랜드 약)      | 공동보험액 22%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |
| 4 단계(비우선 약)         | 공동보험액 25%  |    |       |              |           |           |           |                |           |          |            |             |           |  |    |       |              |           |           |           |                |           |             |           |

|               |           |
|---------------|-----------|
| 5 단계(전문약품 단계) | 공동보험액 25% |
|---------------|-----------|

| 단계             | 60 일분      |
|----------------|------------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0  |
| 2 단계(복제약)      | 공동보험액 22%  |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22%  |
| 선별 인슐린 약       | 자기부담금 \$50 |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25%  |

| 단계             | 100 일분     |
|----------------|------------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0  |
| 2 단계(복제약)      | 공동보험액 22%  |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22%  |
| 선별 인슐린 약       | 자기부담금 \$75 |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25%  |

**표준 소매 비용 분담액**

| 단계           | 30 일분      |
|--------------|------------|
| 1 단계(우선 복제약) | 자기부담금 \$12 |

|               |           |
|---------------|-----------|
| 5 단계(전문약품 단계) | 공동보험액 25% |
|---------------|-----------|

| 단계             | 60 일분     |
|----------------|-----------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0 |
| 2 단계(복제약)      | 공동보험액 22% |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22% |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25% |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25% |

| 단계             | 100 일분    |
|----------------|-----------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0 |
| 2 단계(복제약)      | 공동보험액 22% |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22% |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25% |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25% |

**표준 소매 비용 분담액**

| 단계           | 30 일분      |
|--------------|------------|
| 1 단계(우선 복제약) | 자기부담금 \$10 |
| 2 단계(복제약)    | 공동보험액 25%  |



|                   |            |
|-------------------|------------|
| 2 단계(복제약)         | 공동보험액 25%  |
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25%  |
| 선별 인슐린 약          | 자기부담금 \$35 |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25%  |

| 단계                | 60 일분      |
|-------------------|------------|
| 1 단계(우선<br>복제약)   | 자기부담금 \$24 |
| 2 단계(복제약)         | 공동보험액 25%  |
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25%  |
| 선별 인슐린 약          | 자기부담금 \$70 |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25%  |

| 단계                | 100 일분      |
|-------------------|-------------|
| 1 단계(우선<br>복제약)   | 자기부담금 \$5   |
| 2 단계(복제약)         | 공동보험액 25%   |
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25%   |
| 선별 인슐린 약          | 자기부담금 \$105 |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25%   |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25%   |

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25% |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25% |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25% |

| 단계                | 60 일분      |
|-------------------|------------|
| 1 단계(우선<br>복제약)   | 자기부담금 \$20 |
| 2 단계(복제약)         | 공동보험액 25%  |
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25%  |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25%  |

| 단계                | 100 일분    |
|-------------------|-----------|
| 1 단계(우선<br>복제약)   | 자기부담금 \$5 |
| 2 단계(복제약)         | 공동보험액 25% |
| 3 단계(우선<br>브랜드 약) | 공동보험액 25% |
| 4 단계(비우선 약)       | 공동보험액 25% |
| 5 단계(전문약품<br>단계)  | 공동보험액 25% |

**우편 주문**

| 단계             | 100 일분     |
|----------------|------------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0  |
| 2 단계(복제약)      | 자기부담금 \$0  |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22%  |
| 선별 인슐린 약       | 자기부담금 \$75 |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25%  |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25%  |

가입자의 비용 부담액은 장기 치료 시설 소속 약국, 가정 주입 약국 또는 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우 달라질 수도 있습니다.

보장되는 약의 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사 전화로 하시거나 웹사이트 ([www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com))에서 플랜의 “**보장 범위 증명서**”를 참조해 주십시오.

**우편 주문**

| 단계             | 100 일분    |
|----------------|-----------|
| 1 단계(우선 복제약)   | 자기부담금 \$0 |
| 2 단계(복제약)      | 자기부담금 \$0 |
| 3 단계(우선 브랜드 약) | 공동보험액 22% |
| 4 단계(비우선 약)    | 공동보험액 25% |
| 5 단계(전문약품 단계)  | 공동보험액 25% |

가입자의 비용 부담액은 장기 치료 시설 소속 약국, 가정 주입 약국 또는 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우 달라질 수도 있습니다.

보장되는 약의 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사 전화로 하시거나 웹사이트 ([www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com))에서 플랜의 “**보장 범위 증명서**”를 참조해 주십시오.

**보장 공백**

보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 \$4,430 에 도달한 후 시작됩니다. 보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 \$7,050 가 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에 대해 플랜

보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 \$4,430 에 도달한 후 시작됩니다. 보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 \$7,050 가 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에 대해 플랜

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
|                  | 비용의 25%, 보장되는 복제약에 대해 플랜 비용의 25%를 지불합니다.   | 비용의 25%, 보장되는 복제약에 대해 플랜 비용의 25%를 지불합니다.   |
| <b>재해성 보장 금액</b> | <p>가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 \$7,050 에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 \$3.95 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 \$9.85 또는</li> <li>● 비용의 5%.</li> </ul>   | <p>가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 \$7,050 에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 \$3.95 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 \$9.85 또는</li> <li>● 비용의 5%.</li> </ul> |
| <b>선별 인슐린 약</b>  | <p>2022 년에는 본 플랜이 여러 가지 파트 D 혜택 보장 단계를 통해 보장되는 인슐린에 대해 본인 부담 비용이 더 저렴하고 안정적이며 예측 가능한 파트 D Senior Savings Model 에 참여합니다. 공제, 초기 보장 및 보장 공백 또는 “도넛 구멍” 혜택 단계 중에 보장되는 인슐린에 대해 한 달분에 대해 최대 \$35, 두 달분에 대해 \$70, 또는 세 달분에 대해 최대 \$105 를 지불하게 됩니다. 재해 단계의 비용 부담금은 계속 적용됩니다. Medicare 에서 추가 지원(Extra Help)을 받고 있거나 우선 약국을 이용하는 경우 비용이 더 저렴해질 수 있습니다. 어떤 약이 선별 인슐린 약(Select Insulin Drug)에 해당하는지 알아보려면 2022 년도 약 목록을 확인하십시오.</p> | <p>본 플랜은 2022 년에 파트 D Senior Savings Model 에 참여하지 않습니다.</p>  |

## 고지사항

주의: 한국어를 사용하시는 가입자는 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-888-778-1478 (TTY/TDD: 711)번으로 연락해 주십시오.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-888-778-1478 (TTY/TDD: 711).

**Clover Health Premier (PPO) 및 Clover Health Premier Value (PPO)**는 Medicare 와 계약을 맺은 지역 PPO 플랜입니다. **Clover Health Premier (PPO) 및 Clover Health Premier Value (PPO)** 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

본 정보는 혜택에 대한 전체 내용이 아닙니다. 보다 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오. 한도, 자기부담금 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

귀하의 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 가입자에게 미리 통지해드립니다.

네트워크 비소속/미계약 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고, Clover Health 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 당사가 네트워크 비소속 서비스를 보장할지 여부에 관한 결정에 대해서는 서비스를 받기 전에 가입자나 서비스 제공자가 당사에 사전 서비스 기관 판단을 문의하실 것을 권합니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담금을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 보장 범위 증명서를 참조하시기 바랍니다.

의료 보장은 Clover Insurance Company 에서 제공합니다.

# 저희가 항상 돕겠습니다.

 **1-888-778-1478(TTY/TDD 711)**

주 7일\* 오전 8시-오후 8시(현지 시간)

 **온라인 방문: [cloverhealth.com/enroll](https://cloverhealth.com/enroll)**

---

\*4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 공휴일에는 대체 기술(음성 메일 등)로 지원합니다.

Clover Health는 Medicare와 계약을 맺은 우선 서비스 제공자 기관(Preferred Provider Organization, PPO) 및 건강 관리 기관(Health Maintenance Organization, HMO) 플랜입니다. Clover Health 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

네트워크 비소속/미계약 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고, Clover Health 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담액을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 “보장 범위 증명서(Evidence of Coverage)”를 참조하시기 바랍니다.