

## **2021 혜택 요약**

**파트 D 처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

2021년 1월 1일~2021년 12월 31일

## 절 - 혜택 요약 소개

제공된 혜택 정보는 당사의 보장 내역과 가입자의 지불 금액에 관한 요약입니다. 당사의 보장 서비스나 제약 또는 예외 사항이 모두 수록되어 있지는 않습니다. 모든 보장 서비스를 확인하시려면 당사에 문의하여 “**보장 범위 증명서(Evidence of Coverage)**”를 요청해 주십시오.

### 본 책자의 각 절

- **Clover Health Choice (PPO) 및 Clover Health Classic (HMO)에 관해 알아야 할 사항**
- 월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담 비용 한도
- 보장되는 의료 및 병원 혜택
- 처방약 혜택

이 문서는 영어 외의 언어로도 이용하실 수 있습니다. 추가 정보는 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-778-1478(TTY: 711).

### Clover Health Choice (PPO) 및 Clover Health Classic (HMO)에 관해 알아야 할 사항

#### 업무 시간 및 연락처 정보

- 10월 1일~3월 31일에는 주 7일간 오전 8시~오후 8시(현지 시간)까지 운영합니다.
- 4월 1일~9월 30일에는 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지(현지 시간) 운영하며, 주말과 공휴일에는 대체 기술(음성 메일 등)로 지원합니다.
- 플랜 가입자이신 분은 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-778-1478(TTY: 711).
- 플랜 가입자가 아닌 분은 당사에 다음 번호로 문의해 주십시오. 1-888-466-5044(TTY: 711).
- 당사의 웹사이트: [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com)

### 가입 대상자

**Clover Health Choice (PPO) 및 Clover Health Classic (HMO)에 가입하시려면 Medicare 파트 A의 대상자여야 하며, Medicare 파트 B에 가입하고 서비스 지역에 거주해야 합니다.**

**Clover Health Choice (PPO)의 서비스 지역에 포함되는 Texas 주의 카운티: El Paso.**

**Clover Health Classic (HMO)의 서비스 지역에 포함되는 Texas 주의 카운티: El Paso.**

### 보장 범위

플랜은 파트 C 혜택과 파트 D 혜택 외에도 보충 혜택을 제공할 수도 있습니다. 모든 Medicare 건강 보험과

## 1절 . 혜택 요약 소개

마찬가지로 당사 플랜은 Original Medicare가 보장하는 서비스 외에도 *더 많은* 서비스를 보장합니다. 이 책자에서는 추가 혜택 중 일부를 간략히 설명합니다.

당사는 파트 D 약을 보장합니다. 뿐만 아니라 화학요법과 귀하의 서비스 제공자가 투여하는 일부 약을 포함하여 파트 B약을 보장합니다.

- 웹사이트([www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com))에서 플랜의 처방집 전체(파트 D 처방약의 목록)와 제한 사항을 확인할 수 있습니다.
- 또는, 당사에 문의하시면 처방집을 보내드리겠습니다.

Original Medicare의 보장과 비용은 현재 가지고 계신 “Medicare & You” 안내 책자를 참조하십시오. [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의해 주십시오.

### 가입자의 약 비용 결정 방법

당사 플랜은 각각의 약을 5가지 “단계” 중 하나로 분류합니다. 약 비용을 알아보려면 처방집을 이용하여 귀하가 사용 중인 약이 어느 단계에 해당하는지 찾아야 합니다. 지불 금액은 약이 해당하는 단계, 이용하시는 약국 및 본인이 어느 혜택 단계에 도달했는지에 따라 다릅니다. 이 문서의 뒷부분에서 혜택 단계, 즉 공제 단계, 초기 보장, 보장 공백 및 재해성 보장에 대해서 설명합니다.

**이 플랜의 혜택이나 비용에 관해 궁금한 사항이 있으시면  
Clover Health 로 문의해 주십시오.**

**II절 - 혜택 요약**

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

**월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담 비용 한도**

<p><b>월 플랜 보험료</b></p>	<p>Clover Health Choice (PPO)의 월 플랜 보험료를 별도로 내시지 않아도 됩니다. Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.</p>	<p>Clover Health Classic (HMO)의 월 플랜 보험료를 별도로 내시지 않아도 됩니다. Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.</p>
<p><b>공제액</b></p>	<p>의료비 공제액: 해당 없음. 처방약 공제액: 해당 없음.</p>	<p>의료비 공제액: 해당 없음. 처방약 공제액: 해당 없음.</p>
<p><b>가입자 부담 최대 한도액</b></p>	<p>이 플랜의 연간 한도액:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 네트워크 소속 제공자의 서비스: \$3,400.</li> <li>• 네트워크 소속 및 비소속 통합 제공자의 서비스: \$3,400.</li> </ul> <p>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스를 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지급합니다.</p> <p>가입자가 일부 서비스에 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.</p> <p>파트 D 처방약에 대한 월납 보험료와 비용 분담액은 계속 납부해야 한다는 점을 유의해 주십시오.</p>	<p>이 플랜의 연간 한도액:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 네트워크 소속 제공자의 서비스: \$2,900.</li> </ul> <p>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스를 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지급합니다.</p> <p>가입자가 일부 서비스에 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.</p> <p>파트 D 처방약에 대한 월납 보험료와 비용 분담액은 계속 납부해야 한다는 점을 유의해 주십시오.</p>

## 보장되는 의료 및 병원 혜택

사전에 승인을 받아야 하는 보장 서비스는 아래의 혜택 차트에 굵게 표시되어 있습니다.

<b>입원 환자 병원</b>	<u>네트워크 소속:</u> 1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 \$250. 6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 \$0. <u>네트워크 비소속:</u> 1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 \$320. 6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 \$0.	<u>네트워크 소속:</u> 1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 \$200. 6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 \$0.
<b>외래 환자 병원</b>	<u>네트워크 소속:</u> 외래 수술: 자기부담금 \$200. 대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다. <u>네트워크 비소속:</u> 외래 수술: 자기부담금 \$250.	<u>네트워크 소속:</u> 외래 수술: 자기부담금 \$150. 대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다.
<b>의사 진료실 방문</b>	<u>네트워크 소속:</u> 주치의 방문: 자기부담금 \$0. 전문의 방문: 자기부담금 \$20. <u>네트워크 비소속:</u> 주치의 방문: 자기부담금 \$5. 전문의 방문: 자기부담금 \$30.	<u>네트워크 소속:</u> 주치의 방문: 자기부담금 \$0. 전문의 방문: 자기부담금 \$20.

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

<p>예방 진료 (예: 독감 백신, 당뇨병 검사)</p>	<p><b><u>네트워크 소속:</u></b> Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스의 자기부담금 \$0.</p> <p><b><u>네트워크 비소속:</u></b> Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스의 공동보험액 35%.</p> <p>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다.</p>	<p><b><u>네트워크 소속:</u></b> Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스의 자기부담금 \$0.</p> <p>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다.</p>
<p>응급 진료</p>	<p><b><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></b> 1회 방문당 자기부담금 \$90. 전 세계에서 보장: 자기부담금 \$120. 24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다. 플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 \$25,000까지 보장합니다. 해당 자기부담금 적용.</p>	<p><b><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></b> 1회 방문당 자기부담금 \$90. 전 세계에서 보장: 보장되지 않음. 24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.</p>
<p>긴급 필요 서비스</p>	<p><b><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></b> 1회 방문당 자기부담금 \$25. 전 세계에서 보장: 1회 방문당 자기부담금 \$25.</p>	<p><b><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u></b> 1회 방문당 자기부담금 \$25. 24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는</p>

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

	<p>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 \$25,000까지 보장합니다. 해당 자기부담금 적용.</p> <p>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.</p>	<p>자기부담금이 면제됩니다.</p> <p>전 세계에서 보장: 보장되지 않음.</p>
<p>진단 서비스/검사실 검사/영상</p>	<p><u>네트워크 소속:</u> 진단 검사 및 시술 - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$40.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$150.</p> <p>검사실 서비스: 자기부담금 \$10.</p> <p>코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사: 자기부담금 \$0.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$40.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$150.</p> <p>엑스레이 서비스: 자기부담금 \$30.</p> <p>방사선 치료(방사선): 공동보험액 20% .</p>	<p><u>네트워크 소속:</u> 진단 검사 및 시술 - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$40.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$100.</p> <p>검사실 서비스: 자기부담금 \$0 .</p> <p>코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사: 자기부담금 \$0.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 최대 \$40.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$100 .</p> <p>엑스레이 서비스: 자기부담금 \$30.</p> <p>방사선 치료(방사선): 공동보험액 20%.</p>

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

	<p><b><u>네트워크 비소속:</u></b></p> <p>진단 검사 및 시술 - 진료소: 자기부담금 \$50.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 영상 센터: 공동보험액 35%.</p> <p>진단 검사 및 시술 - 외래 환자 시설: 자기부담금 \$175.</p> <p>검사실 서비스: 자기부담금 \$20.</p> <p>코로나바이러스 검사실 서비스 및 검사: 자기부담금 \$0.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 진료소: 자기부담금 \$100.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 영상 센터: 공동보험액 35%.</p> <p>고급 방사선 서비스(MRI, PET, CT, 핵의학 등) - 시설: 자기부담금 \$250.</p> <p>엑스레이 서비스: 공동보험액 35%.</p> <p>방사선 치료(방사선): 공동보험액 35%.</p>	
<p>청력 서비스</p>	<p><b><u>네트워크 소속:</u></b></p> <p>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 \$20.</p> <p>정기 청력 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</p>	<p><b><u>네트워크 소속:</u></b></p> <p>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 \$20.</p> <p>정기 청력 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</p>





**II절 - 혜택 요약**

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)	Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p><b>종합 치과 서비스:</b></p> <p>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 \$20를 납부한 후 매년 최대 \$1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 복원 서비스</li> <li>● 근관 치료</li> <li>● 치주질환 치료</li> <li>● 발치</li> <li>● 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스</li> </ul> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>Medicare에서 보장되는 경우: 자기부담금 \$20. 의학적으로 필요한 급성으로 인한 입원에 해당합니다. 입원 환자 병원 자기부담금 규정이 적용됩니다.</p> <p><b>예방 치과 서비스:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 구강 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 스케일링(역년으로 매년 2회):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 불소 치료(역년으로 매년 2회): 자기부담금 \$0.</li> <li>● 치과 엑스레이(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.</li> </ul> <p><b>종합 치과 서비스:</b></p> <p>플랜은 네트워크 소속 및 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 \$20를 납부한 후 매년 최대 \$1500까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 복원 서비스</li> <li>● 근관 치료</li> <li>● 치주질환 치료</li> <li>● 발치</li> <li>● 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스</li> </ul> <p>추가 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.</p>

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

자기부담금 \$0.

- 불소 치료(역년으로 매년 2회):  
자기부담금 \$0.
- 치과 엑스레이(최소한 역년으로  
매년 1회): 자기부담금 \$0.

종합 치과 서비스:

플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 \$20를 납부한 후 매년 최대 \$1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:

- 복원 서비스
- 근관 치료
- 치주질환 치료
- 발치
- 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스

추가 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.

안과 서비스

**네트워크 소속:**

눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 \$20.

정기 눈 검사(역년으로 매년 1회):

**네트워크 소속:**

눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 \$20.

정기 눈 검사(역년으로 매년 1회):

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

자기부담금 \$0.

Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 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 \$100까지 지급합니다. 추가 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.

**네트워크 비소속:**

눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 \$30.

정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 \$0.

Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 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

자기부담금 \$0.

Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 \$0.

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

당사 플랜은 안경류에 대해 역년으로 매년 최대 \$100까지 지급합니다. 추가 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다.

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

	<p>\$100까지 지급합니다. 추가 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 제공자에게서 받아야 합니다. EyeQuest 네트워크에 소속되지 않은 제공자에게서 받은 보장 서비스에 대해 EyeQuest의 계약 요율 이상의 금액은 가입자가 부담해야 합니다.</p>	
<p><b>정신 건강 서비스</b></p>	<p><u>네트워크 소속:</u>  <b>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$20.</b>  <b>개별 치료 방문: 자기부담금 \$20.</b></p> <p><u>네트워크 비소속:</u>          외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$30.          개별 치료 방문: 자기부담금 \$30.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u>  <b>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 \$20.</b>  <b>개별 치료 방문: 자기부담금 \$20.</b></p>
<p><b>전문 간호 시설(SNF)</b></p>	<p><u>네트워크 소속:</u>  <b>1일 차~20일 차: 하루당 자기부담금 \$20.</b>  <b>21일 차~100일 차: 하루당 자기부담금 \$178.</b></p> <p><u>네트워크 비소속:</u>          하루당 공동보험액 35%.</p> <p>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u>  <b>1일 차~20일 차: 하루당 자기부담금 \$20.</b>  <b>21일 차~100일 차: 하루당 자기부담금 \$178.</b></p> <p>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다.</p>

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

<p><b>물리 치료</b></p>	<p><u>네트워크 소속:</u>                  물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 \$20.                  작업 치료 방문: 자기부담금 \$20.  <u>네트워크 비소속:</u>                  물리 치료 및 언어치료 방문: 공동보험액 35%.                  작업 치료 방문: 공동보험액 35%.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u>                  물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 \$20.                  작업 치료 방문: 자기부담금 \$20.</p>
<p><b>구급차</b></p>	<p><u>네트워크 소속:</u>                  지상 구급차: 자기부담금 \$200.                  응급 의료 헬기: 자기부담금 \$200.  <u>네트워크 비소속:</u>                  지상 구급차: 자기부담금 \$200.                  응급 의료 헬기: 자기부담금 \$200.</p>	<p><u>네트워크 소속 및 네트워크 비소속:</u>                  지상 구급차: 자기부담금 \$200.                  응급 의료 헬기: 자기부담금 \$200.</p>
<p><b>교통수단</b></p>	<p>플랜의 서비스 지역 내에서 의료 관련 장소로 이동하는 비응급 여행은 편도 최대 10회까지 자기부담금 \$0. 각 편도여행은 50 마일을 초과할 수 없음.</p>	<p>플랜의 서비스 지역 내에서 의료 관련 장소로 이동하는 비응급 여행은 편도 최대 10회까지 자기부담금 \$0. 각 편도여행은 50 마일을 초과할 수 없음.</p>
<p><b>Medicare 파트 B약</b></p>	<p><u>네트워크 소속:</u>                  화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%.                  기타 파트 B약: 공동보험액 20%.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u>                  화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%.                  기타 파트 B약: 공동보험액 20%.</p>

**II절 - 혜택 요약**

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

	<p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 35%.</p> <p>기타 파트 B약: 공동보험액 35%.</p>	
외래 수술 센터	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>자기부담금 \$150.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>공동보험액 35%.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>자기부담금 \$150.</p>
발 치료(발병학 서비스)	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 발 관리: 자기부담금 \$20.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 발 관리: 자기부담금 \$30.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>Medicare에서 보장되는 발 관리: 자기부담금 \$20.</p> <p>정기적 발 관리: 보장되지 않음</p>
내구성 의료 장비	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>공동보험액 20%.</p> <p><u>네트워크 비소속:</u></p> <p>공동보험액 35%.</p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p> <p>공동보험액 20%.</p>
보철 장치(보조기,	<p><u>네트워크 소속:</u></p>	<p><u>네트워크 소속:</u></p>

**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

<p><b>의수 또는 의족 등</b></p>	<p><b>보철 기기: 공동보험액 20%.</b></p> <p><b>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</b></p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>보철 기기: 공동보험액 35%.</p> <p>관련 의료용품: 공동보험액 35%.</p>	<p><b>보철 기기: 공동보험액 20%.</b></p> <p><b>관련 의료용품: 공동보험액 20%.</b></p>
<p>당뇨병 관리 용품과 서비스</p>	<p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 \$0.</p> <p>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.</p> <p>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p> <p><b>네트워크 비소속:</b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 35%.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 35%.</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.</p> <p>치료용 신발 또는 삽입물: 공동보험액</p>	<p><b>네트워크 소속:</b></p> <p>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 \$0.</p> <p>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.</p> <p>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.</p> <p>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 \$0.</p> <p>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 \$0.</p>



**II절 - 혜택 요약**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**

**Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**

	35%.	
웰니스 프로그램	SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십의 자기부담금 \$0.	SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십의 자기부담금 \$0.
처방전 없이 구입할 수 있는 일반 의약품(OTC)	우편 주문을 통해 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 \$0입니다. 보조금은 최대 \$50입니다.  가입자는 분기마다 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC) 구매에 사용할 보조금을 받을 수 있습니다. 미사용 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 보조금 계산은 각 분기 초에 다시 시작됩니다.	우편 주문을 통해 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 \$0입니다. 보조금은 최대 \$100입니다.  가입자는 분기마다 처방전 없이 구입할 수 있는 일부 일반 의약품(OTC) 구매에 사용할 보조금을 받을 수 있습니다. 미사용 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 보조금 계산은 각 분기 초에 다시 시작됩니다.

**처방약 혜택**

<b>공제 단계</b>	이 플랜의 경우 공제가 없으므로 이 지급 단계는 적용되지 않습니다.	이 플랜의 경우 공제가 없으므로 이 지급 단계는 적용되지 않습니다.				
<b>초기 보장</b>	총 연간 약 비용이 \$4,130에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 총 약 비용은 가입자와 당사 파트 D 플랜이 지불하는 모든 약 비용입니다.  <b>표준 소매 비용 분담액</b>	총 연간 약 비용이 \$4,130에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 총 약 비용은 가입자와 당사 파트 D 플랜이 지불하는 모든 약 비용입니다.  <b>표준 소매 비용 분담액</b>				
	<table border="1"> <tr> <td>단계</td> <td>30일분</td> </tr> </table>	단계	30일분	<table border="1"> <tr> <td>단계</td> <td>30일분</td> </tr> </table>	단계	30일분
단계	30일분					
단계	30일분					

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$7
2단계 (복제약)	자기부담금 \$15
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$47
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$100
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$7
2단계 (복제약)	자기부담금 \$15
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$47
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$100
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	60일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$10
2단계 (복제약)	자기부담금 \$30
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$94
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$200
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	60일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$10
2단계 (복제약)	자기부담금 \$30
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$94
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$200
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$5
2단계 (복제약)	자기부담금 \$45
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$141
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$300

단계	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$5
2단계 (복제약)	자기부담금 \$45
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$141
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$300

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%
---------------	-----------

5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%
---------------	-----------

우선 소매 비용 분담액

우선 소매 비용 분담액

단계	30일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$10
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$40
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$95
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	30일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$10
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$40
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$95
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	60일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$20
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$80
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$190
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	60일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$20
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$80
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$190
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	100일분
----	-------

단계	100일분
----	-------

II절 - 혜택 요약

Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)

Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)

1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$30
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$120
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$285
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$30
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$120
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$285
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

우편 주문

우편 주문

단계	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$0
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$110
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$275
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

단계	100일분
1단계 (우선 복제약)	자기부담금 \$0
2단계 (복제약)	자기부담금 \$0
3단계 (우선 브랜드 약)	자기부담금 \$110
4단계 (비우선 약)	자기부담금 \$275
5단계 (특수 약 단계)	공동보험액 33%

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

보장되는 약 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사로 문의하시거나 웹사이트([www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com))에서

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

보장되는 약 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사로 문의하시거나 웹사이트([www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com))에서

**II절 - 혜택 요약**

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)	Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)
	플랜의 “보장 범위 증명서”를 참조해주시요.	플랜의 “보장 범위 증명서”를 참조해주시요.
<b>보장 공백</b>	보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 \$4,130에 도달한 후 시작됩니다. 보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 \$6,550이 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에는 플랜 비용의 25%, 보장되는 복제약에는 플랜 비용의 25%를 지불합니다.	보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 \$4,130에 도달한 후 시작됩니다. 보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 \$6,550이 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에는 플랜 비용의 25%, 보장되는 복제약에는 플랜 비용의 25%를 지불합니다.
<b>재해성 보장 금액</b>	가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 \$6,550에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 \$3.70 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 \$9.20, 또는</li> <li>• 비용의 5%.</li> </ul>	가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 \$6,550에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 \$3.70 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 \$9.20, 또는</li> <li>• 비용의 5%.</li> </ul>

## 고지 사항

주의: 스페인어를 사용하시는 가입자는 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-888-778-1478(TTY: 711).

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

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 035)**는 Medicare와 계약을 맺은 지역 PPO 플랜입니다. **Clover Health Classic (HMO) (Plan 008)**은 Medicare와 계약을 맺은 지역 HMO 플랜입니다. **Clover Health Choice (PPO)** 및 **Clover Health Classic (HMO)** 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.

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. 네트워크 비소속 서비스의 보장 여부에 관해서는 서비스를 받기 전에 가입자나 서비스 제공자가 당사에 사전 서비스 기관 결정을 문의하시는 게 좋습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담액을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 “보장 범위 증명서”를 참조하시기 바랍니다.

의료 보장은 Clover Insurance Company에서 제공합니다.