# Clover Health

# Georgia
# 2023 혜택 요약

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (026)**
**Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (045)**
**Clover Health Valor (PPO) (056)**
다음 카운티에서 이용 가능: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch, Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth

# I절 - 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 서비스 내역을 확인하시려면, 저희에게 전화를 걸어 **"보장 범위 증명서"**를 요청해 주십시오.

## 본 책자의 각 절

- **Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026), Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)** 및 **Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)**에 관해 알아야 할 사항
- 월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자의 본인 부담 비용에 대한 한도
- 보장되는 의료 및 병원 혜택
- 처방약 혜택

이 문서는 영어 외의 언어로도 이용하실 수 있습니다. 추가 정보 문의는 저희에게 1-888-778-1478(TTY/TDD: 711)번으로 연락해 주십시오.

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026), Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)** 및 **Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)**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 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)까지 운영합니다. 주말과 공휴일에는 대체 기술(음성 메일 등)로 지원합니다. 플랜 가입자이신 분은 저희에게 1-888-778-1478(TTY/TDD: 711)번으로 문의해 주십시오.
- 플랜 가입자가 아니신 분은 1-888-466-5044(TTY/TDD: 711)번으로 문의해 주십시오.
- 웹사이트: cloverhealth.com

## 가입 대상자

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)**, **Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)** 및 **Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)**에 가입하시려면, 반드시 Medicare 파트 A 가입 자격이 있어야 하며, Medicare 파트 B에 가입된 상태이고 당사의 서비스 지역에 거주하셔야 합니다.

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)**의 서비스 지역에 포함되는 Georgia 주의 카운티: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Bartow, Barrow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch,Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth

# I절 - 혜택 요약 소개

**Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)**의 서비스 지역에 포함되는 Georgia 주의 카운티: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Bartow, Barrow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch,Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth

**Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)**의 서비스 지역에 포함되는 Georgia 주의 카운티: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Bartow, Barrow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch,Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth

## 당사의 보장 내역

플랜은 파트 C 혜택과 파트 D 혜택 외에도 보충적 혜택을 제공할 수도 있습니다. 모든 Medicare 건강 보험과 마찬가지로 저희 플랜은 Original Medicare가 보장하는 서비스와 그 외 더 많은 서비스를 보장합니다. 이 책자에서는 추가의 혜택 중 일부를 간략히 설명합니다.

**Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)**에서는 파트 D 약을 보장하지 **않습니다**.

## I절 - 혜택 요약 소개

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)** 및 **Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)**에서는 파트 D 약을 보장합니다. 뿐만 아니라 화학요법과 담당 서비스 제공자가 투여하는 일부 약을 포함하여 파트 B 약을 보장합니다.

- 당사의 웹사이트, cloverhealth.com/formulary에서 플랜의 처방집 전체(파트 D 처방약의 목록)와 제한 사항을 확인할 수 있습니다.
- 또는, 당사에 문의하시면 처방집을 보내드리겠습니다.

Original Medicare의 보장과 비용에 대해서는 현재 가지고 계신 "Medicare & You" 안내 책자를 참조해주십시오. medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY/TDD 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

## 가입자의 약 비용 결정 방법

**Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)** 및 **Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)**에서는 각각의 약을 5가지 "단계" 중 하나로 분류합니다. 약 비용을 알아보려면 처방집(약 목록)을 이용하여 귀하가 사용 중인 약이 어느 단계에 해당하는지 찾아야 합니다. 지불하시는 금액은 약이 해당하는 단계와 귀하가 어느 혜택 단계에 도달했는지에 따라 다릅니다. 이 문서의 뒷부분에서 혜택 단계, 즉 공제 단계, 초기 보장, 보장 공백 및 재해성 보장에 대해서 설명합니다.

2023년에는 **Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)**가 여러 가지 파트 D 혜택 보장 단계를 통해 보장되는 인슐린에 대해 본인 부담 비용이 더 저렴하고 안정적이며 예측 가능한 파트 D Senior Savings Model에 참여합니다. 초기 보장 및 보장 공백 또는 "도넛 구멍" 혜택 단계 중에 보장되는 인슐린에 대해 한 달분에 대해 $35, 두 달분에 대해 $70, 또는 세 달분에 대해 $105를 지불하게 됩니다. 재해 단계의 비용 분담금은 계속 적용됩니다. 추가 지원을 받는 경우 이 프로그램에 참여하실 수 없습니다. 어떤 약이 선별 인슐린약(Select Insulin Drug)에 해당하는지 알아보려면 2023년도 약 목록을 확인하십시오.

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

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **월납 보험료, 공제액 및 보장 서비스에 대한 가입자의 본인 부담 비용에 대한 한도** | | | |
| **월 플랜 보험료** | Clover Health LiveHealthy (PPO)에 대해 별도의 보험료를 내시지 않아도 됩니다. Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다. | 매월 $37.30. 그 외에, 귀하의 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다. | Clover Health Valor (PPO)에 대해 별도의 보험료를 내시지 않아도 됩니다. Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.<br><br>귀하의 파트 B 보험료가 $100 이상인 경우, Clover는 귀하가 등록한 파트 B의 보험료에 대해 매달 $100의 보조금을 지급합니다. 자세한 정보는 EOC를 참고하시기 바랍니다. |
| **공제액** | 의료비 공제액: 해당 없음.<br><br>처방약 공제액: 해당 없음. | 의료비 공제액: 해당 없음.<br><br>처방약 공제액: $395. 이 단계에서 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약의 전체 금액을 지불합니다. 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약에 대해 $395를 지불할 때까지 이 단계를 유지합니다. | 의료비 공제액: 해당 없음.<br><br>처방약 공제액: 이 플랜에서는 파트 D 혜택을 제공하지 않습니다. |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **가입자 부담 최대 한도액** | 이 플랜에서의 연간 한도액:<br>• 네트워크 소속 제공자의 서비스: $7,550.<br>• 네트워크 소속 및 비소속 통합 제공자의 서비스: $10,000.<br><br>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스는 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지불합니다.<br><br>일부 서비스에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.<br><br>파트 D 처방약에 대한 월납 보험료와 비용 분담액은 계속 납부해야 한다는 점을 유의해 주십시오. | 이 플랜에서의 연간 한도액:<br>• 네트워크 소속 제공자의 서비스: $6,600.<br>• 네트워크 소속 및 비소속 통합 제공자의 서비스: $12,450.<br><br>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스는 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지불합니다.<br><br>일부 서비스에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.<br><br>파트 D 처방약에 대한 월납 보험료와 비용 분담액은 계속 납부해야 한다는 점을 유의해 주십시오. | 이 플랜에서의 연간 한도액:<br>• 네트워크 소속 제공자의 서비스: $7,550.<br>• 네트워크 소속 및 비소속 통합 제공자의 서비스: $12,450.<br><br>가입자가 본인 부담 비용 한도에 도달한 경우, 가입자는 보장되는 병원 및 의료 서비스는 계속 받고 해당 연도의 나머지 기간 동안 비용 전액을 당사가 지불합니다.<br><br>일부 서비스에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 보장 범위 증명서(EOC)에 별표 표시가 되어 있습니다.<br><br>이 플랜에서는 파트 D 혜택을 제공하지 않습니다. |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **보장되는 의료 및 병원 혜택**<br>사전에 승인을 받아야 하는 보장 서비스는 아래의 혜택 차트에 굵은 글씨체로 표시되어 있습니다. | | | |
| **입원 환자 병원** | 네트워크 소속:<br>**1일 차 - 6일 차: 하루당 자기부담금 $290.**<br>**7일 차 - 365일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br><br>네트워크 비소속:<br>1일 차 - 6일 차: 하루당 자기부담금 $495.<br>7일 차 - 365일 차: 하루당 자기부담금 $0. | 네트워크 소속:<br>**1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 $225.**<br>**6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br><br>네트워크 비소속:<br>1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 $450.<br>6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 $0. | 네트워크 소속:<br>**1일 차~5일 차: 하루당 자기부담금 $395.**<br>**6일 차~365일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br><br>네트워크 비소속:<br>하루당 공동보험액 30%. |
| **외래 환자 병원** | 네트워크 소속:<br>**외래 수술: 자기부담금 $325.**<br><br>네트워크 비소속:<br>외래 수술: 공동보험액 30%.<br><br>**대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다.** | 네트워크 소속:<br>**외래 수술: 자기부담금 $250.**<br><br>네트워크 비소속:<br>외래 수술: 공동보험액 30%.<br><br>**대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다.** | 네트워크 소속:<br>**외래 수술: 공동보험액 20%.**<br><br>네트워크 비소속:<br>외래 수술: 공동보험액 30%.<br><br>**대장 내시경 검사를 받는 동안 외과적 시술이 있는 경우에 수술 자기부담금은 면제됩니다.** |
| **외래 수술 센터** | 네트워크 소속:<br>**자기부담금 $200.**<br><br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 30%. | 네트워크 소속:<br>**자기부담금 $150.**<br><br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 30%. | 네트워크 소속:<br>**공동보험액 20%.**<br><br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 30%. |
| **의사 진료실 방문** | 네트워크 소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $0.<br>전문의 방문:<br>자기부담금 $15.<br><br>네트워크 비소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $0.<br>전문의 방문:<br>자기부담금 $15. | 네트워크 소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $0.<br>전문의 방문:<br>자기부담금 $5.<br><br>네트워크 비소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $0.<br>전문의 방문:<br>자기부담금 $5. | 네트워크 소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $15.<br>전문의 방문:<br>자기부담금 $35.<br><br>네트워크 비소속:<br>주치의 방문:<br>자기부담금 $40.<br>전문의 방문:<br>공동보험액 30%. |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **예방 진료 (예: 독감 백신, 당뇨병 검사)** | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>: Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스에 대해 자기부담금 $0.<br><br>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다. | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>: Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스에 대해 자기부담금 $0.<br><br>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다. | <u>네트워크 소속</u>: Original Medicare에서 보장되는 모든 예방 서비스에 대해 자기부담금 $0.<br><br>계약 기간 동안 Medicare가 승인한 추가적인 예방 차원의 서비스는 모두 보장됩니다.<br><br><u>네트워크 비소속</u>: 공동보험액 30%. |
| **응급 진료** | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>: 1회 방문당 자기부담금 $95.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $95.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>: 1회 방문당 자기부담금 $90.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $90.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>: 1회 방문당 자기부담금 $95.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $95.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **긴급 진료 서비스** | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>:<br>1회 방문당 자기부담금 $25.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $40.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>:<br>1회 방문당 자기부담금 $25.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $40.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. | <u>네트워크 소속 및 비소속</u>:<br>1회 방문당 자기부담금 $25.<br><br>전 세계에서 보장: 자기부담금 $40.<br><br>24시간 이내에 병원에 입원한 경우에는 자기부담금이 면제됩니다.<br><br>플랜은 전 세계에서 제공되는 응급 진료, 긴급 진료 및 구급차 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 $25,000까지 보장합니다. 해당되는 자기부담금이 적용됩니다. |
| **진단 서비스/ 검사실 검사/ 영상** | <u>네트워크 소속</u>:<br>**진단 검사 및 시술 - 진료소:**<br>**자기부담금 $50**<br>**영상 센터:**<br>**자기부담금 $100**<br>**외래 환자 시설:**<br>**자기부담금 $175**<br><br>**검사실 서비스:**<br><br>**LabCorp 서비스**<br>**자기부담금 $0**<br><br>**LabCorp 이외 서비스**<br>**자기부담금 $10** | <u>네트워크 소속</u>:<br>**진단 검사 및 시술 - 진료소:**<br>**자기부담금 $50**<br>**영상 센터:**<br>**자기부담금 $100**<br>**외래 환자 시설:**<br>**자기부담금 $175**<br><br>**검사실 서비스:**<br><br>**LabCorp 서비스**<br>**자기부담금 $0**<br><br>**LabCorp 이외 서비스**<br>**자기부담금 $10** | <u>네트워크 소속</u>:<br>**진단 검사 및 시술 - 진료소, 영상 센터 또는 시설:**<br>**공동보험액 20%**<br><br>**검사실 서비스:**<br><br>**LabCorp 서비스**<br>**자기부담금 $0**<br><br>**LabCorp 이외 서비스**<br>**자기부담금 $10** |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| | **고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등): 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 $100**<br><br>**외래 환자 시설: 자기부담금 $175**<br><br>**엑스레이 서비스: 자기부담금 $10**<br><br>**방사선 치료(방사선): 공동보험액 20%**<br><br>**네트워크 비소속**:<br><br>진단 검사 및 시술 - 진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>검사실 검사: 자기부담금 $40<br><br>고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등):<br><br>진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>엑스레이: 공동보험액 30%<br><br>방사선 치료(방사선): 공동보험액 30% | **고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등): 진료소 또는 영상 센터: 자기부담금 $100**<br><br>**외래 환자 시설: 자기부담금 $175**<br><br>**엑스레이 서비스: 자기부담금 $15**<br><br>**방사선 치료(방사선): 공동보험액 20%**<br><br>**네트워크 비소속**:<br><br>진단 검사 및 시술 - 진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>검사실 검사: 자기부담금 $40<br><br>고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등):<br><br>진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>엑스레이: 공동보험액 30%<br><br>방사선 치료(방사선): 공동보험액 30% | **고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등): 진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 20%**<br><br>**엑스레이 서비스: 공동보험액 20%**<br><br>**방사선 치료(방사선): 공동보험액 20%**<br><br>**네트워크 비소속**:<br><br>진단 검사 및 시술 - 진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>검사실 검사: 자기부담금 $40<br><br>고급 방사선 서비스 (MRI, PET, CT, 핵의학 등): 진료소, 영상 센터 또는 시설: 공동보험액 30%<br><br>엑스레이: 공동보험액 30%<br><br>방사선 치료(방사선): 공동보험액 30% |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **청력 서비스** | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 $15<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 고급 보청기에 대한 자기부담금 $699<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 프리미엄 보청기에 대한 자기부담금 $999<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 $30<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>보청기당 자기부담금 $999 | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 $5<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 고급 보청기에 대한 자기부담금 $699<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 프리미엄 보청기에 대한 자기부담금 $999<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 $25<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>보청기당 자기부담금 $999 | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 자기부담금 $35<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 고급 보청기에 대한 자기부담금 $699<br>TruHearing 서비스 제공자를 통한 프리미엄 보청기에 대한 자기부담금 $999<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 진단 청력 검사: 공동보험액 30%<br>정기 청력 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>보청기(역년으로 매년 최대 2개까지 - 매년 귀 한쪽당 1개): 모든 종류<br>보청기당 자기부담금 $999 |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **치과 서비스** | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 $15. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br><br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br><br>종합 치과 서비스: 플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 $20를 납부한 후 역년으로 매년 최대 $1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:<br>• 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스 | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 $5. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br><br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br><br>종합 치과 서비스: 플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 $20를 납부한 후 역년으로 매년 최대 $2000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:<br>• 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스 | <u>네트워크 소속</u>:<br>Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 $35. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br><br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br><br>종합 치과 서비스: 각 서비스에 대해 자기부담금 $20. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:<br>• 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스 |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **치과 서비스** | <u>네트워크 비소속</u>: Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 $30. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>종합 치과 서비스: 플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 $20를 납부한 후 역년으로 매년 최대 $1000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:<br>• 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스 | <u>네트워크 비소속</u>: Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요하여 급성으로 인한 입원 시 자기부담금 $25. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>종합 치과 서비스: 플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 가입자가 각 서비스의 자기부담금인 $20를 납부한 후 역년으로 매년 최대 $2000까지 보장합니다. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항:<br>• 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스 | 플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 예방 차원의 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 해당 자기부담금 납부 후 역년으로 매년 최대 $1000까지 보장합니다.<br><u>네트워크 비소속</u>: Medicare에서 보장되는 경우: 의학적으로 필요한 경우 급성으로 인한 입원 시 공동보험액 30%. 병원 입원환자 자기부담금 규정이 적용됩니다.<br>예방 치과 서비스:<br>• 구강 검사(역년으로 매년 최대 1회): 자기부담금 $0.<br>• 스케일링(역년으로 매년 최대 2회): 자기부담금 $0.<br>• 치과 엑스레이 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0<br>종합 치과 서비스: 각 서비스에 대해 자기부담금 $20. 보완적 종합 치과 서비스 포함 사항: |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **치과 서비스** | 추가의 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. | 추가의 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. | • 수복 서비스<br>• 근관치료술<br>• 치주치료술<br>• 발치<br>• 치과 보철, 기타 구강/악안면 수술 및 기타 서비스<br>추가의 치과 혜택은 DentaQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.<br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 Medicare에서 보장되지 않는 예방 차원의 종합적인 치과 서비스를 보장하며, 해당 자기부담금 납부 후 역년으로 매년 최대 $1000까지 보장합니다. |
| **안과 서비스** | <u>네트워크 소속</u>:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 $15.<br>정기 눈 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0. | <u>네트워크 소속</u>:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 $5.<br>정기 눈 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0. | <u>네트워크 소속</u>:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 $35.<br>정기 눈 검사 (역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0. |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **안과 서비스** | 정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $100까지 지급합니다. 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.<br><br>**<u>네트워크 비소속</u>**:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 $30.<br><br>정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br><br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0<br><br>정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $100까지 지급합니다. | 정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $250까지 지급합니다. 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.<br><br>**<u>네트워크 비소속</u>**:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 자기부담금 $25.<br><br>정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br><br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0<br><br>정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $250까지 지급합니다. | 정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $200까지 지급합니다. 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다.<br><br>**<u>네트워크 비소속</u>**:<br>눈 질환의 진단 및 치료를 위한 Medicare에서 보장되는 검사: 공동보험액 30%.<br><br>정기 눈 검사(역년으로 매년 1회): 자기부담금 $0.<br><br>Medicare에서 보장되는 안경 또는 콘택트렌즈(매 백내장 수술 후 1쌍): 자기부담금 $0<br><br>정기 안경(렌즈 및/또는 안경테) 또는 콘택트렌즈: 자기부담금 $0.<br><br>플랜은 네트워크 소속 및 비소속 통합 정기 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및/또는 안경테)을 보장하며, 역년으로 매년 최대 $200까지 지급합니다. |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **안과 서비스** | 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. | 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. | 추가의 정기 안과 혜택은 EyeQuest 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. |
| **정신 건강 서비스** | **네트워크 소속:**<br>**외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 $15.**<br>**개별 치료 방문: 자기부담금 $15.**<br>**네트워크 비소속:**<br>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 $30.<br>개별 치료 방문: 자기부담금 $30. | **네트워크 소속:**<br>**외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 $5.**<br>**개별 치료 방문: 자기부담금 $5.**<br>**네트워크 비소속:**<br>외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 $25.<br>개별 치료 방문: 자기부담금 $25. | **네트워크 소속:**<br>**외래 환자 그룹 치료 방문: 자기부담금 $35.**<br>**개별 치료 방문: 자기부담금 $35.**<br>**네트워크 비소속:**<br>외래 환자 그룹 치료 방문: 공동보험액 30%.<br>개별 치료 방문: 공동보험액 30%. |
| **전문 간호 시설(SNF)** | **네트워크 소속:**<br>**1일 차 - 20일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br>**21일 차 - 100일 차: 하루당 자기부담금 $196.**<br>**네트워크 비소속:**<br>하루당 공동보험액 40%.<br>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다. | **네트워크 소속:**<br>**1일 차 - 20일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br>**21일 차 - 100일 차: 하루당 자기부담금 $196.**<br>**네트워크 비소속:**<br>하루당 공동보험액 40%.<br>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다. | **네트워크 소속:**<br>**1일 차 - 20일 차: 하루당 자기부담금 $0.**<br>**21일 차 - 100일 차: 하루당 자기부담금 $196.**<br>**네트워크 비소속:**<br>하루당 공동보험액 30%.<br>당사 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 100일의 혜택 기간을 보장합니다. 병원 사전 입원이 필요하지 않습니다. |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **물리 치료** | 네트워크 소속:<br>**물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 $15.**<br>**작업 치료 방문: 자기부담금 $15.**<br>네트워크 비소속:<br>물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 $30.<br>작업 치료 방문: 자기부담금 $30. | 네트워크 소속:<br>**물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 $5.**<br>**작업 치료 방문: 자기부담금 $5.**<br>네트워크 비소속:<br>물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 $25.<br>작업 치료 방문: 자기부담금 $25. | 네트워크 소속:<br>**물리 치료 및 언어치료 방문: 자기부담금 $35.**<br>**작업 치료 방문: 자기부담금 $35.**<br>네트워크 비소속:<br>물리 치료 및 언어치료 방문: 공동보험액 30%.<br>작업 치료 방문: 공동보험액 30%. |
| **구급차** | 네트워크 소속:<br>**지상 구급차: 자기부담금 $300.**<br>**응급 의료 헬기: 자기부담금 $300.**<br>네트워크 비소속:<br>지상 구급차: 자기부담금 $300.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 $300. | 네트워크 소속:<br>**지상 구급차: 자기부담금 $240.**<br>**응급 의료 헬기: 자기부담금 $240.**<br>네트워크 비소속:<br>지상 구급차: 자기부담금 $240.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 $240. | 네트워크 소속:<br>**지상 구급차: 자기부담금 $300.**<br>**응급 의료 헬기: 자기부담금 $300.**<br>네트워크 비소속:<br>지상 구급차: 자기부담금 $300.<br>응급 의료 헬기: 자기부담금 $300. |
| **교통편** | 보장되지 않음. | 보장되지 않음. | 보장되지 않음. |
| **Medicare 파트 B 약** | 네트워크 소속:<br>**화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%.**<br>**기타 파트 B약: 공동보험액 20%.** | 네트워크 소속:<br>**화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%.**<br>**기타 파트 B약: 공동보험액 20%.** | 네트워크 소속:<br>**화학요법 약물과 같은 파트 B약: 공동보험액 20%.**<br>**기타 파트 B약: 공동보험액 20%.** |

## II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **Medicare 파트 B 약** | **네트워크 비소속:**<br>화학요법 약물과 같은 파트 B약:<br>공동보험액 40%.<br>기타 파트 B약:<br>공동보험액 40%. | **네트워크 비소속:**<br>화학요법 약물과 같은 파트 B약:<br>공동보험액 40%.<br>기타 파트 B약:<br>공동보험액 40%. | **네트워크 비소속:**<br>화학요법 약물과 같은 파트 B약:<br>공동보험액 40%.<br>기타 파트 B약:<br>공동보험액 40%. |
| **발 관리(발병학 서비스)** | **네트워크 소속**:<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>자기부담금 $15.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음.<br>**네트워크 비소속:**<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>자기부담금 $30.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음. | **네트워크 소속**:<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>자기부담금 $5.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음.<br>**네트워크 비소속:**<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>자기부담금 $25.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음. | **네트워크 소속**:<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>자기부담금 $35.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음.<br>**네트워크 비소속:**<br>Medicare에서 보장되는 발 관리:<br>공동보험액 30%.<br>정기적 발 관리:<br>보장되지 않음. |
| **내구성 의료 장비** | **네트워크 소속**:<br>**공동보험액 20%.**<br>**네트워크 비소속**:<br>공동보험액 30%. | **네트워크 소속**:<br>**공동보험액 20%.**<br>**네트워크 비소속**:<br>공동보험액 30%. | **네트워크 소속**:<br>**공동보험액 20%.**<br>**네트워크 비소속**:<br>공동보험액 30%. |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **보철 장치**( 보조기, 의수 또는 의족 등) | <u>네트워크 소속</u>:<br>**보철 기기: 공동보험액 20%.**<br>**관련 의료용품: 공동보험액 20%.**<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>보철 기기: 공동보험액 30%.<br>관련 의료용품: 공동보험액 30%. | <u>네트워크 소속</u>:<br>**보철 기기: 공동보험액 20%.**<br>**관련 의료용품: 공동보험액 20%.**<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>보철 기기: 공동보험액 30%.<br>관련 의료용품: 공동보험액 30%. | <u>네트워크 소속</u>:<br>**보철 기기: 공동보험액 20%.**<br>**관련 의료용품: 공동보험액 20%.**<br><u>네트워크 비소속</u>:<br>보철 기기: 공동보험액 30%.<br>관련 의료용품: 공동보험액 30%. |
| **당뇨병 용품과 서비스** | <u>네트워크 소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 $0.<br>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 $0.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 $0. | <u>네트워크 소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 $0.<br>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 $0.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 $0. | <u>네트워크 소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.<br>선호 제품 = One-Touch 검사 스트립 및 모니터, Accu-Chek 검사 스트립 및 모니터.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 20%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 $0.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 공동보험액 20%. |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **당뇨병 용품과 서비스** | <u>네트워크 비소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 $0.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 30%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 $0.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 $0. | <u>네트워크 비소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 자기부담금 $0.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 30%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 자기부담금 $0.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 자기부담금 $0. | <u>네트워크 비소속</u>:<br>약국의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 30%.<br>DME 공급업체의 당뇨 모니터링 용품: 공동보험액 30%.<br>당뇨병 자가 관리 교육: 공동보험액 30%.<br>치료용 신발 또는 삽입물: 공동보험액 30%. |
| **웰니스 프로그램** | SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십에 대해 자기부담금 $0. | SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십에 대해 자기부담금 $0. | SilverSneakers®를 통한 피트니스 멤버십에 대해 자기부담금 $0. |
| **일반 의약품 (OTC)** | 우편 주문을 통한 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 $0 입니다. 보조금은 최대 $40입니다.<br>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. | 우편 주문을 통한 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 $0 입니다. 보조금은 최대 $40입니다.<br>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. | 우편 주문을 통한 일부 일반 의약품(OTC)의 자기부담금은 $0 입니다. 보조금은 최대 $30입니다.<br>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. |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **투석 서비스** | **네트워크 소속:**<br>공동보험액 20%.<br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 40%. | **네트워크 소속:**<br>공동보험액 20%.<br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 40%. | **네트워크 소속:**<br>공동보험액 20%.<br>**네트워크 비소속:**<br>공동보험액 40%. |
| **COVID-19 검사실 서비스 및 검사** | **네트워크 소속:**<br>자기부담금 $0.<br>**네트워크 비소속:**<br>자기부담금 $0. | **네트워크 소속:**<br>자기부담금 $0.<br>**네트워크 비소속:**<br>자기부담금 $0. | **네트워크 소속:**<br>자기부담금 $0.<br>**네트워크 비소속:**<br>자기부담금 $0. |
| **처방약 혜택** | | | |
| **백신 비용에 대한 중요 메시지** | 저희 플랜은 공제액을 지불하지 않은 경우에도 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 문의하십시오. | 저희 플랜은 공제액을 지불하지 않은 경우에도 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 문의하십시오. | **이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.** |
| **인슐린 비용에 대한 중요 메시지** | 디덕터블을 지불하지 않았더라도 비용 분담 단계에 관계없이 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 개월분에 대해 $35 이상을 지불하지 않을 것입니다. | 디덕터블을 지불하지 않았더라도 비용 분담 단계에 관계없이 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 개월분에 대해 $35 이상을 지불하지 않을 것입니다. | **이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.** |
| **공제 단계** | 이 플랜의 경우 공제가 없으므로 이 지급 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다. | 이 단계에서 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약의 전체 금액을 지불합니다. 가입자는 2, 3, 4, 5 단계 약에 대해 $395 를 지불할 때까지 이 단계를 유지합니다. | **이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.** |

## II절 - 혜택 요약

<table>
<tr><th></th><th>Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)</th><th>Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)</th><th>Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)</th></tr>
<tr><td>초기 보장</td><td>총 연간 약 비용이 $4,660에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 약 비용은 가입자와 저희 파트 D 플랜이 지불하는 약 비용입니다.</td><td>총 연간 약 비용이 $4,660에 도달할 때까지 가입자는 다음을 납부해야 합니다. 연간 약 비용은 가입자와 저희 파트 D 플랜이 지불하는 약 비용입니다.</td><td>이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.</td></tr>
<tr><td></td><td>우선 소매 비용 분담액<br><table><tr><th>단계</th><th>30일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $10</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>자기부담금 $37</td></tr><tr><td>선별 인슐린 약</td><td>자기부담금 $35</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>자기부담금 $90</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 33%</td></tr></table></td><td>우선 소매 비용 분담액<br><table><tr><th>단계</th><th>30일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 25%</td></tr></table></td><td>이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.</td></tr>
<tr><td></td><td><table><tr><th>단계</th><th>60일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $20</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>자기부담금 $74</td></tr><tr><td>선별 인슐린 약</td><td>자기부담금 $70</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>자기부담금 $180</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 33%</td></tr></table></td><td><table><tr><th>단계</th><th>60일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 25%</td></tr></table></td><td>이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.</td></tr>
</table>

# II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| | <table><tr><th>단계</th><th>100일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $30</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>자기부담금 $111</td></tr><tr><td>선별 인슐린 약</td><td>자기부담금 $105</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>자기부담금 $270</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 33%</td></tr></table> | <table><tr><th>단계</th><th>100일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 25%</td></tr></table> | **이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.** |
| | **표준 소매 비용 분담액**<br><table><tr><th>단계</th><th>30일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $10</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $15</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>자기부담금 $47</td></tr><tr><td>선별 인슐린 약</td><td>자기부담금 $35</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>자기부담금 $100</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 33%</td></tr></table> | **표준 소매 비용 분담액**<br><table><tr><th>단계</th><th>30일분</th></tr><tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $12</td></tr><tr><td>2단계 (복제약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr><tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 25%</td></tr></table> | **이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.** |

# II절 - 혜택 요약

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| | 단계 / 60일분<br>1단계(우선 복제약) / 자기부담금 $20<br>2단계 (복제약) / 자기부담금 $30<br>3단계(우선 브랜드 약) / 자기부담금 $94<br>선별 인슐린 약 / 자기부담금 $70<br>4단계 (비우선 약) / 자기부담금 $200<br>5단계 (전문약품 단계) / 공동보험액 33% | 단계 / 60일분<br>1단계(우선 복제약) / 자기부담금 $24<br>2단계 (복제약) / 공동보험액 25%<br>3단계(우선 브랜드 약) / 공동보험액 25%<br>4단계 (비우선 약) / 공동보험액 25%<br>5단계 (전문약품 단계) / 공동보험액 25% | **이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.** |
| | 단계 / 100일분<br>1단계(우선 복제약) / 자기부담금 $5<br>2단계 (복제약) / 자기부담금 $45<br>3단계(우선 브랜드 약) / 자기부담금 $141<br>선별 인슐린 약 / 자기부담금 $105<br>4단계 (비우선 약) / 자기부담금 $300<br>5단계 (전문약품 단계) / 공동보험액 33% | 단계 / 100일분<br>1단계(우선 복제약) / 자기부담금 $5<br>2단계 (복제약) / 공동보험액 25%<br>3단계(우선 브랜드 약) / 공동보험액 25%<br>4단계 (비우선 약) / 공동보험액 25%<br>5단계 (전문약품 단계) / 공동보험액 25% | **이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.** |

## II절 - 혜택 요약

<table>
<tr><th></th><th>Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026)</th><th>Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)</th><th>Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)</th></tr>
<tr><td></td><td>
우편 주문
<table>
<tr><th>단계</th><th>100일분</th></tr>
<tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>자기부담금 $110</td></tr>
<tr><td>선별 인슐린 약</td><td>자기부담금 $105</td></tr>
<tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>자기부담금 $270</td></tr>
<tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 33%</td></tr>
</table>
</td><td>
우편 주문
<table>
<tr><th>단계</th><th>100일분</th></tr>
<tr><td>1단계(우선 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td>2단계 (복제약)</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td>3단계(우선 브랜드 약)</td><td>공동보험액 22%</td></tr>
<tr><td>4단계 (비우선 약)</td><td>공동보험액 25%</td></tr>
<tr><td>5단계 (전문약품 단계)</td><td>공동보험액 25%</td></tr>
</table>
</td><td>이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.</td></tr>
<tr><td></td><td>가입자의 비용 분담액은 장기 치료 시설 소속 약국, 가정 주입 약국 또는 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우 달라질 수도 있습니다. 보장되는 약의 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사로 전화를 하시거나 웹사이트 (cloverhealth.com)에서 플랜의 “보장 범위 증명서”를 참조하십시오.</td><td>가입자의 비용 분담액은 장기 치료 시설 소속 약국, 가정 주입 약국 또는 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우 달라질 수도 있습니다. 보장되는 약의 비용에 관한 전체 정보를 알아보시려면 당사로 전화를 하시거나 웹사이트 (cloverhealth.com)에서 플랜의 “보장 범위 증명서”를 참조하십시오.</td><td>이 플랜은 처방약 혜택 (파트 D)을 제공하지 않습니다.</td></tr>
</table>

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **보장 공백** | 보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 $4,660에 도달한 후 시작됩니다.<br><br>보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 $7,400가 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에 대해 플랜 비용의 25%, 보장되는 복제약에 대해 플랜 비용의 25%를 지불합니다. | 보장 공백은 연간 총 약 비용(플랜이 부담한 금액과 귀하가 지불한 금액 포함)이 $4,660에 도달한 후 시작됩니다.<br><br>보장 공백 단계에 들어간 후, 가입자는 전체 약 비용이 $7,400가 되어 보장 공백이 끝날 때까지 보장되는 브랜드 약에 대해 플랜 비용의 25%, 보장되는 복제약에 대해 플랜 비용의 25%를 지불합니다. | **이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.** |
| **재해성 보장 금액** | 가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 $7,400에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다.<br>• 복제약 (복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 $4.15 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 $10.35 또는<br>• 비용의 5%. | 가입자의 연간 본인 부담 약 비용이 $7,400에 도달하고 난 후 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다.<br>• 복제약 (복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 자기부담금 $4.15 및 다른 모든 약에 대해 자기부담금 $10.35 또는<br>• 비용의 5%. | **이 플랜은 처방약 혜택(파트 D)을 제공하지 않습니다.** |

| II절 - 혜택 요약 | | | |
|---|---|---|---|
| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
| **선별 인슐린 약** | 2023년에는 Clover Health LiveHealthy (PPO)가 여러 가지 파트 D 혜택 보장 단계를 통해 보장되는 인슐린에 대해 본인 부담 비용이 더 저렴하고 안정적이며 예측 가능한 파트 D Senior Savings Model에 참여합니다. 초기 보장 및 보장 공백 또는 "도넛 구멍" 혜택 단계 중에 보장되는 인슐린에 대해 한 달분에 대해 $35, 두 달분에 대해 $70, 또는 세 달분에 대해 $105를 지불하게 됩니다. 재해 단계의 비용 분담금은 계속 적용됩니다. 추가 지원을 받는 경우 이 프로그램에 참여하실 수 없습니다. 어떤 약이 선별 인슐린약(Select Insulin Drug)에 해당하는지 알아보려면 2023년도 약 목록을 확인하십시오. | 본 플랜은 2023년에 파트 D Senior Savings Model에 참여하지 않습니다. | 본 플랜은 2023년에 파트 D Senior Savings Model에 참여하지 않습니다. |

## 이 추가 항목은 플랜 혜택의 일부가 아닙니다.

## 보상 프로그램

| | Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026) | Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045) | Clover Health Valor (PPO) (Plan 056) |
|---|---|---|---|
| **Clover LiveHealthy Rewards®** | LiveHealthy Rewards를 통해 매년 최대 $410의 보상을 받으실 수 있습니다.<br><br>Clover Health Medicare Advantage 플랜에 가입하면 LiveHealthy Rewards Flex Visa 카드가 제공됩니다. 그런 다음 간단한 보상 요구 조건 몇 가지를 충족하면 카드에 보상이 추가됩니다. 자세한 사항은 cloverhealth.com/livehealthy를 참조하십시오. | LiveHealthy Rewards를 통해 매년 최대 $410의 보상을 받으실 수 있습니다.<br><br>Clover Health Medicare Advantage 플랜에 가입하면 LiveHealthy Rewards Flex Visa 카드가 제공됩니다. 그런 다음 간단한 보상 요구 조건 몇 가지를 충족하면 카드에 보상이 추가됩니다. 자세한 사항은 cloverhealth.com/livehealthy를 참조하십시오. | LiveHealthy Rewards를 통해 매년 최대 $410의 보상을 받으실 수 있습니다.<br><br>Clover Health Medicare Advantage 플랜에 가입하면 LiveHealthy Rewards Flex Visa 카드가 제공됩니다. 그런 다음 간단한 보상 요구 조건 몇 가지를 충족하면 카드에 보상이 추가됩니다. 자세한 사항은 cloverhealth.com/livehealthy를 참조하십시오. |

## 고지사항

주의: 스페인어를 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 Health는 Medicare와 계약을 맺은 지역 PPO 플랜입니다. **Clover Health LiveHealthy (PPO) (Plan 026), Clover Health LiveHealthy Value (PPO) (Plan 045)** 및 **Clover Health Valor (PPO) (Plan 056)** 가입은 계약 갱신 때 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. 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 분담금을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 보장 범위 증명서를 참조하시기 바랍니다.

의료 보장은 Clover Health Insurance Company에서 제공합니다.

# 저희가 항상 돕겠습니다.

**1-888-778-1478(TTY 711)**
주 7일* 오전 8시–오후 8시(현지 시간)

**온라인 방문: 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 분담액을 비롯한 더 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하시거나 "보장 범위 증명서(Evidence of Coverage)"를 참조하시기 바랍니다.

Y0129_22EX039E6_M