

# 혜택 요약

2024

Los Angeles  
Orange  
Riverside  
San Bernardino

센트럴 헬스  
메디케어 플랜  
(HMO) (001)

센트럴 헬스  
철약 플랜  
(HMO) (019)

# 2024 년 혜택 요약

센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) H5649-001

센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) H5649-019

2024 년 1월 1일 ~ 12월 31일

센트럴 헬스 메디케어 플랜은 Medicare와 계약을 맺은 HMO입니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

제공되는 혜택 정보는 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 또는 예외 사항을 열거하지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com)에서 “보험 적용 확인서”를 액세스 하십시오.

센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) 또는 센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO)에 가입하려면 귀하는 Medicare Part A 가입 유자격자이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며, 당사 서비스 지역에 거주하고 있어야 합니다. 캘리포니아 주에서 당사의 서비스 지역에 해당하는 카운티는 다음과 같습니다. Los Angeles, Orange, Riverside 및 San Bernardino.

응급 또는 긴급 상황을 제외하고, 귀하가 당사 네트워크에 없는 제공업체를 이용하는 경우 당사는 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대한 자세한 내용은 배포 중인 “**Medicare & You**” 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 [Medicare.gov](http://Medicare.gov)에서 온라인으로 확인하시거나 연방 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

본 문서는 점자, 대형 활자 및 오디오 등의 기타 형식으로도 제공됩니다.

**궁금하신 사항이 있으십니까?** 센트럴 헬스 메디케어 플랜 가입자 서비스부((866) 314-2427, TTY: 711, 주 7일 오전 8시~오후 8시(PT))로 전화하거나 당사 웹사이트([www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com))를 방문하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
<b>월 플랜 보험료</b> 반드시 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다.	\$0	\$0
<b>Part B 리베이트</b>	매월 \$0	매월 \$120
<b>공제액</b>	공제액 없음	공제액 없음
<b>가입자 부담 최대한도액</b> (처방약 제외)	연간 \$1,100 이하	연간 \$2,900 이하
<b>병원 입원*</b>	입원당 \$0	1 - 5일간 1일당 본인 부담금 \$150 6 - 90일간 1일당 본인 부담금 \$0
<b>병원 외래*‡</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 - \$225
<b>수술 센터 외래*</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>의사 방문</b> • 주치의 • 전문의*	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$10
<b>예방 진료</b> 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. • 독감 백신, 당뇨병 선별검사 등*	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>응급 진료</b> 72시간 이내에 병원에 입원하거나 ER에 재입원하면 본인 부담금이 면제됨	본인 부담금 \$0 - \$135	본인 부담금 \$0 - \$135

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
긴급 치료	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
진단 서비스/검사실/영상* • 진단 검사 및 시술 • 검사실 서비스 • MRI, CAT 스캔 • 엑스레이 촬영	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$75 본인 부담금 \$0
청각 진료 서비스 • Medicare 보장 청력 검사 • 정기 청력 검사 매년 1회 • 보청기 피팅 및 평가 매년 1회 • 보청기*	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0  본인 부담금 \$0  <b>NationsHearing</b> 을 통한 연간 보청기 보조금 한도: \$2,000	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0  본인 부담금 \$0  기본 모델의 경우 보청기당 \$699 코페이 (copay) 프리미엄 모델의 경우 보청기당 \$999 코페이 (copay) 연간 보청기 2개로 제한
치과 서비스† • Medicare 보장 치과 서비스* • 예방 치과 진료(예: 구강 검사, 엑스레이, 스케일링) 종합 치과* • 진단 서비스 • 수복 서비스 • 근관 치료 • 치주염 치료 • 발치 • 치과 보철의, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스 • 비정기 서비스	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$41  본인 부담금 \$0 - \$15 본인 부담금 \$0 - \$424 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$237 본인 부담금 \$0 - \$2,160  본인 부담금 \$0 - \$166	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$41  본인 부담금 \$0 - \$15 본인 부담금 \$0 - \$424 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$237 본인 부담금 \$0 - \$2,160  본인 부담금 \$0 - \$166

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

† 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
<b>안과 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 눈 검사</li> <li>• Medicare 보장 안경류</li> <li>• 정기 눈 검사</li> <li>• 망막 영상 촬영</li> <li>• 안경류 보조금</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 <b>연간 최대 \$300</b>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 <b>연간 최대 \$150</b>
<b>정신 건강 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 외래환자 개인 치료</li> <li>• 외래환자 집단(심리)요법</li> </ul>	본인 부담금 \$40 본인 부담금 \$40	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0
<b>전문 간호 시설(SNF)*</b>	1~20일간 1일당 본인 부담금 \$0 21~100일간 1일당 본인 부담금 최대 \$200 이는 2023년의 비용 분담액 이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. 당사는 업데이트된 요금이 <a href="http://www.centralhealthplan.com">www. centralhealthplan.com</a> 에 공 개되는 즉시 제공할 것입니다.	1~20일간 1일당 본인 부담금 \$0 21~100일간 1일당 본인 부담금 최대 \$200 이는 2023년의 비용 분담액 이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. 당사는 업데이트된 요금이 <a href="http://www.centralhealthplan.com">www. centralhealthplan.com</a> 에 공 개되는 즉시 제공할 것입니다.
<b>물리치료*</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$10
<b>구급차(지상)*</b>	탑승당 본인 부담금 \$0 - \$100	탑승당 본인 부담금 \$0 - \$150
<b>구급차(항공)*</b>	공동 보험료 20%	공동 보험료 20%
<b>차량 서비스*</b>	플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 24회 에 \$0	플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 24회 에 \$0

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

† 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
<b>Medicare Part B 의약품*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 화학요법 의약품</li> <li>• 기타 Part B 의약품</li> <li>• Part B 인슐린 의약품</li> </ul>	<p>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%</p> <p>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%</p> <p>본인 부담금 \$35</p>	<p>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%</p> <p>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%</p> <p>본인 부담금 \$35</p>

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방약

	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)		센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)	
	소매 Rx 30일분	우편 주문 100일분	소매 Rx 30일분	우편 주문 100일분
<b>Part D 공제액 (2~5단계)</b>	공제액 없음		공제액 없음	
<b>Part D 인슐린 3단계 - 우선 브랜드 약</b>	본인 부담금 \$35	본인 부담금 \$70	본인 부담금 \$35	본인 부담금 \$70
<b>초기 보장</b> 약물 비용이 \$5,030에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 있음(연초부터 현재까지)				
<b>1단계 - 우선 제네릭 약</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>2단계 - 제네릭 약</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>3단계 - 우선 브랜드 약</b>	본인 부담금 \$35	본인 부담금 \$70	본인 부담금 \$47	본인 부담금 \$94
<b>4단계 - 비우선 브랜드 약</b>	본인 부담금 \$75	본인 부담금 \$150	본인 부담금 \$100	본인 부담금 \$200
<b>5단계 - 특수 단계 의약품</b>	비용의 33%	해당되지 않음	비용의 33%	해당되지 않음
<b>6단계 - 선별 진료 의약품</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>보장 차이</b> 가입자는 연초부터 현재까지의 "본인 부담 비용"(가입자 지불 금액)이 총 \$8,000에 도달할 때까지 이 단계에 해당됩니다.				
<b>1단계 - 우선 제네릭 약</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>2단계 - 제네릭 약</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	비용의 25%	비용의 25%

## 외래환자 처방약

	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)		센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)	
	비율	부담금	비율	부담금
3단계 - 우선 브랜드 약	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%
4단계 - 비우선 약	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%
5단계 - 특수 단계 의약품	비용의 25%	해당되지 않음	비용의 25%	해당되지 않음
6단계 - 선별 진료 의약품	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>비상 보장</b> 연초부터 현재까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 \$8,000에 도달하면 이 단계에 해당됩니다.	이 단계 동안 이 보험상품은 보장 Part D 약물에 대한 비용 전액을 지불합니다. 재난 보장 단계에 들어가면 해당 연도가 끝날 때까지(2024년 12월 31일까지) 이 지불 단계를 유지하게 됩니다.		이 단계 동안 이 보험상품은 보장 파트 D 약물에 대한 비용 전액을 지불합니다. 재난 보장 단계에 들어가면 해당 연도가 끝날 때까지(2024년 12월 31일까지) 이 지불 단계를 유지하게 됩니다.	

선택한 약국에 따라, 그리고 Part D 혜택의 새로운 단계로 진입했을 때 비용 부담금이 변경될 수 있습니다.



추가 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
연중무휴 24시간 원격 의료	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>침술*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 침술</li> <li>• 일상적인 침술 - 매년 무제한 방문.</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0
<b>척추 교정 요법 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 척추 교정</li> </ul>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>내구성 의료 장비(DME)*</b>	공동 보험료 \$0 - 20%	공동 보험료 \$0 - 20%
<b>Flex 카드</b> 소매점에서 아래 나열된 모든 개별 혜택에 사용할 수 있는 하나의 카드가 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반의약품(OTC) 품목</li> <li>• 피트니스 보조금</li> </ul>	매달 최대 \$50 매월 최대 \$40	매달 최대 \$40 매월 최대 \$20
<b>Gym 멤버십*</b>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>건강 식품 보조금‡</b> 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	대상이 되는 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 건강 식품에 대해 매월 최대 \$25	보장되지 않음
<b>허브 카탈로그</b>	카탈로그에 있는 제품은 일반의약품(OTC) 보조금을 통해 보장됩니다. 이러한 품목은 보험상품에 대해 승인을 받은 공급업체를 통해서만 주문할 수 있지만 소매점에서는 주문할 수 없습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.	카탈로그에 있는 제품은 일반의약품(OTC) 보조금을 통해 보장됩니다. 이러한 품목은 보험상품에 대해 승인을 받은 공급업체를 통해서만 주문할 수 있지만 소매점에서는 주문할 수 없습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

추가 혜택	센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) (001)	센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) (019)
가정 내 지원 서비스*	연간 최대 20시간에 대한 본인 부담금 \$0. 모든 회원에게 자격이 주어지는 것은 아닙니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.	보장되지 않음
식사 (간편 식사)*‡	수술 또는 입원 직후 14일간, 또는 일정 기간 동안 집에 머물러야 하는 의학적 상태나 잠재적 의학적 상태에 대해 하루 2회의 식사를 받습니다. 1년에 최대 4회 사용 가능합니다.	보장되지 않음
개인 응급 대응 시스템 (PERS)*	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
체중계 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
전 세계 응급 진료 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 긴급 치료</li> <li>• 응급실</li> <li>• 응급 이송</li> </ul>	본인 부담금 \$135 최대 보장 \$100,000	본인 부담금 \$95 최대 보장 \$50,000

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.