

# 혜택 요약서

**2025**

Ventura

**Central Health  
Medi-Medi Plan II  
(HMO D-SNP) (09)**

# 2025 혜택 요약서

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) H5649-009

2025년 1월 1일 ~ 2025년 12월 31일.

Central Health Medicare Plan은 Medicare 계약이 체결된 HMO/HMO SNP입니다. Central Health Medicare Plan 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.

제공된 혜택 정보는 모든 보장 서비스 또는 모든 제한 또는 배제 사항을 명시하지 않습니다. 당사의 보장 서비스에 대한 완전한 목록은 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com) 에 있는 '보장 범위 증명'을 확인하십시오.

본 플랜은 Medicare 및 Medicaid 양쪽 모두에 적합한 사람들을 대상으로 한 **이중 자격 특별 요구 플랜입니다(D-SNP)**. 이중 자격 수혜자로서 귀하의 서비스는 먼저 Medicare가 지불하고 그 후 Medicaid가 지불합니다. Medicaid가 보장하는 금액은 귀하의 Medicaid 적격성 유형에 따라 다릅니다. **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**에 가입하려면, 다음 Medicaid 적격성 범주 중 하나에 속해야 합니다.

- **적격한 Medicare 수혜자(Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid에서 귀하의 Medicare 파트 A 및 B 보험금, 공제액, 공동 보험금 및 코페이 금액을 보장합니다. 그렇지 않으면 귀하는 Medicaid 혜택을 받기에 적격하지 않습니다.
- **적격한 Medicare 수혜자 플러스(Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Medicaid에서 귀하의 Medicare 파트 A 및 B 보험금, 공제액, 공동 보험금 및 코페이 금액을 보장합니다. 또한 귀하는 Medicare 보장에 이어 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다.
- **전체 혜택 이중 자격 — Medicare 한정:** 귀하는 전체 Medicaid 혜택에 적격합니다. Medicaid는 Medicare 비용 부담에 대해 일부 지원을 제공할 수 있습니다. 일반적으로 해당 서비스가 Medicare와 Medicaid 모두에서 보장될 경우, 귀하의 비용 부담액은 \$0입니다. 서비스나 혜택이 Medicaid에서 보장되지 않을 경우, Medicare 비용 부담액을 지불해야 하는 경우가 있을 수 있습니다.

귀하의 Medicaid 적격성 범주가 변경된다면 귀하의 비용 부담액도 증가하거나 감소할 수 있습니다. 이 플랜에 계속 등록하려면 Medicaid 자격을 유지하고 등록되어 있어야 합니다. 또한 귀하는 Medicare 파트 A에 대한 자격이 있어야 하고, Medicare 파트 B에 등록되어 있어야 하며, 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다. 당사 서비스 지역에는 캘리포니아의 다음 카운티가 포함됩니다. 벤투라.

모델 혜택 또는 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델하의 RI 프로그램에 대한 적격성은 보장되지 않으며, 대상 등록자의 모델 혜택 또는 RI 프로그램의 적격성이 보장되지 않거나 플랜 연도 전에 결정될 수 없을 경우, 등록 후 관련 기준(예: 임상 진단, 적격성 기준, 질환 상태 관리 프로그램 참여 여부)에 따라 MAO에 의해 결정됩니다.

응급 또는 긴급 상황이 아닌 한, 네트워크에 소속되어 있지 않는 의료 서비스 제공자를 이용할 경우, 해당 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

기존 Medicare의 보장 및 비용에 대해서는 최신판 **"Medicare & You"** 핸드북을 참조하십시오.

[Medicare.gov](http://Medicare.gov)에서 온라인으로 확인하시거나 일부 연방 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 사본을 받으시기 바랍니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주시기 바랍니다.

이 문서는 점자, 큰 활자 또는 오디오와 같이 다른 형식으로도 제공됩니다.

**궁금한 점이 있으신가요?** Central Health Medicare Plan 회원 서비스 부서에 문의하시려면 (866) 314-2427, TTY: 711, 태평양 표준시(PST) 기준 오전 8시~오후 8시에 전화를 주시면 되며, 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 운영되고, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 운영됩니다. 또는 당사 웹사이트인 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com) 을 방문해 주십시오.



보험료 및 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
<b>플랜 월 보험료</b> Medicare Part B 보험료를 반드시 계속 지불해야 합니다.	\$29.70	\$0
<b>공제액</b>	공제액 없음	공제액 없음
<b>최대 본인 부담금 책임 (처방약 미포함)</b>	연간 \$9,350 이하	\$0
<b>입원 환자 병원 서비스*</b>	<b>\$1,632 공제액</b> <b>\$0 코페이</b> 제1일~제60일 동안 매일 <b>\$408 코페이</b> 제61일~제90일 동안 매일 <b>\$816 코페이</b> 평생 예약일마다 매일 이는 2024년 비용 부담 금액이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 최신 요금은 발표되는 즉시 <a href="http://www.Centralhealthplan.com">www.Centralhealthplan.com</a> 에서 확인하실 수 있습니다.	\$0 코페이
<b>외래 환자 병원 서비스*‡</b>	20% 공동 보험금	\$0 코페이
<b>통원 외과 센터*</b>	20% 공동 보험금	\$0 코페이
<b>의사 진료 방문</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주치의</li> <li>• 전문의*</li> </ul>	28% 공동 보험금 28% 공동 보험금	\$0 코페이 \$0 코페이

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

‡특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
<b>예방 의료</b> 기타 예방 서비스를 이용하실 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 독감 백신, 당뇨병 선별 검사 등*</li> </ul>	\$0 코페이	\$0 코페이
<b>응급 의료</b> 72시간 이내에 병원에 입원하거나 응급실에 내원하는 경우 공동부담금이 면제됩니다	\$110 코페이	\$0 코페이
<b>응급 의료 서비스</b>	\$0 코페이	\$0 코페이
<b>진단 서비스/실험실 검사/영상촬영*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 진단 검사 및 시술</li> <li>• 실험실 검사 서비스</li> <li>• MRI, CAT 스캔 선</li> <li>• X선 세척</li> </ul>	20% 공동 보험금 \$0 코페이 20% 공동 보험금 20% 공동 보험금	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이
<b>청력 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 청력 검사</li> <li>• 정기 청력 검사 연간 1회</li> <li>• 보청기 피팅 및 평가 연간 1회</li> <li>• 보청기</li> </ul>	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이 NationsHearing을 통한 연간 최대 \$3,000의 보청기 보장 한도	\$0 코페이  <b>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</b>

\* 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
<p><b>치과 서비스†*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 치과 서비스</li> <li>• 예방적 치과 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 구강 검진</li> <li>○ X선 세척</li> <li>○ 세척</li> </ul> </li> </ul> <p><b>종합 치과 진료*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 회복 서비스</li> <li>• 근관치료</li> <li>• 치주치료</li> <li>• 제거 가능 보철</li> <li>• 보철</li> <li>• 임플란트 서비스</li> <li>• 고정형 보철</li> <li>• 구강 및 악안면 외과 치아교정</li> <li>• 치아교정</li> <li>• 부가적인 일반 서비스</li> </ul>	<p><b>\$0 코페이</b></p> <p>보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음</p> <p>보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음 보장되지 않음</p> <p>보장되지 않음 보장되지 않음</p>	<p><b>\$0 코페이</b></p> <p><b>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</b></p> <p><b>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</b></p>
<p><b>안과 서비스†*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 시력 검사</li> <li>• Medicare 보장 안경</li> <li>• 정기 안과 검진</li> <li>• 망막 영상 촬영</li> <li>• 안경 관련 보장 한도</li> </ul>	<p><b>\$0 코페이</b> <b>\$0 코페이</b> <b>\$0 코페이</b></p> <p>연간 1회 검사 <b>\$0 코페이</b> 연간 1회 검사 <b>연간 최대 \$300</b></p>	<p><b>\$0 코페이</b> <b>\$0 코페이</b></p> <p><b>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</b></p>
<p><b>정신 건강 서비스*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 외래 환자 개별 요법</li> <li>• 외래 환자 그룹 요법</li> </ul>	<p><b>\$50 코페이</b> <b>\$50 코페이</b></p>	<p><b>\$0 코페이</b> <b>\$0 코페이</b></p>

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

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
전문 요양 시설(SNF)*	<p><b>\$0 코페이</b> 제1일~제20일 동안 매일</p> <p><b>\$204 코페이</b> 제21일~제100일 동안 매일</p> <p>이는 2024년 비용 분담 금액이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 최신 요금은 발표되는 즉시 <a href="http://www.centralhealthplan.com">www.centralhealthplan.com</a> 에서 확인하실 수 있습니다.</p>	\$0 코페이
물리치료*	\$50 코페이	\$0 코페이
구급차(지상)*	탑승당 20% 공동 보험금	\$0 코페이
구급차(항공)*	20% 공동 보험금	\$0 코페이
교통편*	플랜 승인 장소로의 편도 24회 이동에 \$0(최대 50마일 한도)	Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
<b>Medicare 파트 B 의약품*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 화학요법 의약품</li> <li>• 기타 파트 B 의약품</li> <li>• 파트 B 인슐린 의약품</li> </ul>	<p><b>인플레이션 감축법(IRA)</b> 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다</p> <p><b>인플레이션 감축법(IRA)</b> 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다</p> <p><b>\$35 코페이</b></p>	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p>

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방 의약품

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)  
(09)

파트 D 공제액

**\$0\***  
\*추가 도움을 받으시는 회원 대상

소매 Rx 31일 공급

우편 주문 100일 공급

파트 D 인슐린  
3등급 - 선호하는 브랜드

**\$0코페이\***  
\*추가 도움을 받으시는 회원 대상

**\$0코페이\***

초기 보장  
연간 "본인 부담금"(결제액)이  
총 에 도달할 때까지 초기 보장  
단계에 있게 됩니다  
\$2,000  
일반의약품(일반의약품으로  
취급되는 브랜드 의약품 포함)  
기타 모든 의약품

**\$0코페이\***  
**\$0코페이\***  
\*추가 도움을 받으시는 회원 대상

**\$0코페이\***

**\$0코페이\***

재난 보장

연간 "본인 부담금"(결제액)이  
총 \$2,000에 도달할 때까지 이  
단계에 있게 됩니다

이 단계 동안, 플랜은 보장되는 파트 D 의약품 비용 전액을  
지불합니다.  
일단 재난 보장 단계에 진입하면, 해당 지불 단계는 달력 연도  
말까지(2025년 12월 31일까지) 유지됩니다.

선택한 약국과 파트 D 혜택의 새로운 단계에 진입하는 시점에 따라, 비용 부담 금액이 변경될 수 있습니다.



추가 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)
연중무휴 원격진료	\$0 코페이
<b>침술*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 침술</li> <li>• 정기 침술</li> </ul>	\$0 코페이 \$0 코페이 매년 무제한 방문.
<b>척추 교정 지압 요법 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 척추 지압 치료</li> </ul>	\$0 코페이
내구성 의료 장비(DME)*	20% 공동 보험금
<b>플렉스 카드(Flex Card)</b> 아래에 나열된 모든 개별 혜택에 대해 소매점에서 사용할 수 있는 하나의 카드를 받으실 것입니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반의약품(OTC) 보청기를 포함한 일반의약품 품목</li> <li>• 피트니스 보장 한도</li> </ul>	3개월마다 최대 \$125 매달 최대 \$20
헬스장 멤버십*	\$0 코페이
<b>건강식 보장 한도‡*</b> 이것은 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)입니다. 등록자는 심장 부정맥, 관상 동맥 질환, 말초 혈관 질환, 만성 정맥 혈전 색전증, 울혈성 심부전(CHF), 치매 또는 당뇨병을 앓고 있어야 자격이 부여됩니다. 자격을 충족하는 질환이 있는 모든 회원이 해당 혜택에 적격한 것은 아닙니다.	자격을 충족하는 만성 질환이 있는 회원에 대한 매달 최대 \$45의 건강식

\* 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하십시오.

추가 혜택	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) (09)
생약 카탈로그	카탈로그에 있는 제품은 일반의약품(OTC) 보장 한도를 통해 보장됩니다. 이러한 품목은 플랜에서 승인한 공급업체를 통해서만 주문할 수 있으며 소매점에서는 주문할 수 없습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스로 문의하십시오.
가정 내 지원 서비스*	달력일 기준 연간 최대 20시간까지 \$0 코페이. 모든 회원이 자격을 충족하는 것은 아니니, 보다 자세한 사항은 EOC를 참조하십시오.
식사 (간편식)*‡	<p>\$0 코페이 매월 14회 식사를 12개월간 수령(총 168회 식사). 식사 배달은 매월 1회 포함입니다.</p> <p>\$0 코페이 수술이나 입원 후, 또는 의료 상태나 잠재적인 의료 상태로 인해 일정 기간 자택에 머물러야 하는 경우, 14일 동안 1일 2회의 식사를 수령. 연간 최대 4회 사용 가능.</p>
개인 비상 응답 시스템(PERS)*	\$0 코페이
<p>저울‡*</p> <p>이것은 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)입니다. 등록자는 울혈성 심부전(CHF) 또는 신장 질환이 있어야 자격이 부여됩니다. 자격을 충족하는 질환이 있는 모든 회원이 해당 혜택에 적격한 것은 아닙니다.</p>	\$0 코페이

\* 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하십시오.

추가 혜택

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO  
D-SNP)  
(09)

전 세계 응급 의료

- 응급 의료 서비스
- 응급실
- 긴급 수송

**\$0 코페이**

**최대 \$50,000까지 보장**

## Medi-Cal 보장 혜택의 요약

### Central Health Medicare Plan California를 통해 이용 가능한 서비스

혜택 요약서에 설명된 Medicare 서비스 외에도, 귀하의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다음 Medi-Cal 혜택을 받기에 적격하실 수 있습니다. 적격성 규칙, 전체 서비스 목록 및 Medi-Cal 혜택에 대한 추가 정보는 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com)을 방문하여 확인하시기 바랍니다.

[www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

입원환자 병원 케어	진담 검사, 실험실 및 방사선 서비스, X선
정신 건강 의료	외래 환자 병원 서비스
전문 요양 시설(SNF)	외래 환자 약물 남용 서비스
응급 의료	신장 투석
긴급히 필요한 서비스	앰블런스 서비스
가정 건강 케어	정기 교통편
호스피스	당뇨병 의약품 및 서비스
진료소 방문	내구성 의료 장비(DME)
예방 의료	보철 장치
발 관리	예방접종
원격 진료	치과 서비스
언어 치료	안과 서비스
물리 치료/작업 치료	청력 서비스
정신 건강 관리	처방약 혜택

위의 범주에는 귀하의 Medi-Cal 계약에 나열된 보장 및 제한 정책이 적용됩니다.

**궁금한 점이 있으신가요?** 보장되는 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액은 귀하의 Medi-Cal 적격성 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 적격성과 귀하가 받을 수 있는 혜택에 대해 질문이 있으시다면, 다음으로 전화해 주십시오. 1-800-221-3943