



혜택 요약서

2025

Los Angeles
Orange
Riverside

San Bernardino
San Diego

Central Health
Embrace Choice Plan
(HMO C-SNP) (26-1)

2025 혜택 요약서

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H5649-026-001

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 에 있는 '보장 범위 증명'을 확인하십시오.

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)에 가입하려면 Medicare 파트 A 자격이 있어야 하고, Medicare 파트 B에 등록되어 있어야 하며, 당사의 서비스 지역에 거주해야 합니다. 또한 당뇨병, 만성 심부전(CHF) 또는 심혈관 질환(심장 부정맥, 관상 동맥 질환, 말초 혈관 질환 및 만성 정맥 혈전 색전증으로 제한됨)이 있어야 합니다. 당사 서비스 지역에는 캘리포니아의 다음 카운티가 포함됩니다. 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에이고.

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 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 을 방문해 주십시오.

보험료 및 혜택	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
플랜 월 보험료 Medicare Part B 보험료를 반드시 계속 지불해야 합니다.	\$13.40 추가 도움을 받고 계실 경우 보험금은 이보다 적을 수 있습니다.	\$0
공제액	공제액 없음	공제액 없음
최대 본인 부담금 책임 (처방약 미포함)	연간 \$7,900 이하	\$0
입원 환자 병원 서비스*	\$1,632 공제액 \$0 코페이 제1일~제60일 동안 매일 \$408 코페이 제61일~제90일 동안 매일 \$816 코페이 평생 예약일마다 매일 이는 2024년 비용 분담 금액이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 최신 요금은 발표되는 즉시 www.Centralhealthplan.com 에서 확인하실 수 있습니다.	\$0 코페이
외래 환자 병원 서비스*	\$0~20% 공동 보험금	\$0 코페이
통원 외과 센터*	\$0 코페이	\$0 코페이
의사 진료 방문 <ul style="list-style-type: none"> • 주치의 • 전문의* 	\$0 코페이 \$0~35% 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
예방 의료 기타 예방 서비스를 이용하실 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 독감 백신, 당뇨병 선별 검사 등* 	\$0 코페이	\$0 코페이
응급 의료 72시간 이내에 병원에 입원하거나 응급실에 내원하는 경우 공동부담금이 면제됩니다	\$110 코페이	\$0 코페이
응급 의료 서비스	\$0 코페이	\$0 코페이
진단 서비스/실험실 검사/영상촬영* <ul style="list-style-type: none"> • 진단 검사 및 시술 • 실험실 검사 서비스 • MRI, CAT 스캔 선 • X선 세척 	\$0~20% 공동 보험금 \$0 코페이 20% 공동 보험금 \$0 코페이	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
<p>청력 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 청력 검사 • 정기 청력 검사 연간 1회 • 보청기 피팅 및 평가 연간 1회 • 보청기 	<p>\$0 코페이 \$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>보급형 모델의 경우 보청기당 \$49 코페이</p> <p>기본형 모델의 경우 보청기당 \$149 코페이</p> <p>프라임 모델의 경우 보청기당 \$449 코페이</p> <p>선호 모델의 경우 보청기당 \$849 코페이</p> <p>고급 모델의 경우 보청기당 \$1,049 코페이</p> <p>프리미엄 모델의 경우 보청기당 \$1,549 코페이</p> <p>3년마다 보청기 2개를 수령하시게 됩니다</p>	<p>\$0 코페이</p> <p>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</p>
<p>치과 서비스†*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 치과 서비스 <p>연례 치과 최대</p>	<p>\$0 코페이</p> <p>추가 치과 혜택은 플렉스 카드의 치과 보장 한도에 따라 보장됩니다. 보다 자세한 정보는 아래의 플렉스 카드 섹션을 참조하십시오. 예방 및 종합 치과 서비스에 대해 매년 \$750</p>	<p>Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.</p>

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

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

보험료 및 혜택	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
안과 서비스*† <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 시력 검사 • Medicare 보장 안경 • 정기 안과 검진 • 망막 영상 촬영 • 안경 관련 보장 한도 	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이 연간 1회 검사 \$0 코페이 연간 1회 검사 연간 최대 \$300	\$0 코페이 \$0 코페이 Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
정신 건강 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자 개별 요법 • 외래 환자 그룹 요법 	\$45 코페이 \$45 코페이	\$0 코페이 \$0 코페이
전문 영양 시설(SNF)*	\$0 코페이 제1일~제20일 동안 매일 \$204 코페이 제21일~제100일 동안 매일 이는 2024년 비용 분담 금액이며 2025년에는 변경될 수 있습니다. 최신 요금은 발표되는 즉시 www.centralhealthplan.com 에서 확인하실 수 있습니다.	\$0 코페이
물리치료*	\$0 코페이	\$0 코페이
구급차(지상)*	탑승당 20% 공동 보험금	\$0 코페이
구급차(항공)*	20% 공동 보험금	\$0 코페이

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

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

보험료 및 혜택	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Medicare+전체 Medi-Cal 포함 비용
교통편*	플랜 승인 장소로의 편도 24회 이동에 \$0(최대 50마일 한도)	Medi-Cal 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
Medicare 파트 B 의약품* <ul style="list-style-type: none"> • 화학요법 의약품 • 기타 파트 B 의약품 • 파트 B 인슐린 의약품 	상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금 감축법(IRA) 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금 감축법(IRA) \$35 코페이	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방 의약품

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)
(26-1)

<p>파트 D 공제액</p>	<p>\$0* *추가 도움을 받으시는 회원 대상</p>	
	<p>소매 Rx 31일 공급</p>	<p>우편 주문 100일 공급</p>
<p>파트 D 인슐린 3등급 - 선호하는 브랜드</p>	<p>\$0코페이* *추가 도움을 받으시는 회원 대상</p>	
<p>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</p>	<p>\$0코페이*</p> <p>\$0코페이* *추가 도움을 받으시는 회원 대상</p>	<p>\$0코페이*</p> <p>\$0코페이*</p>
<p>재난 보장 연간 "본인 부담금"(결제액)이 총 \$2,000에 도달할 때까지 이 단계에 있게 됩니다</p>	<p>이 단계 동안, 플랜은 보장되는 파트 D 의약품 비용 전액을 지불합니다.</p> <p>일단 재난 보장 단계에 진입하면, 해당 지불 단계는 달력 연도 말까지(2025년 12월 31일까지) 유지됩니다.</p>	

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

추가 혜택	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)
연중무휴 원격진료	\$0 코페이
침술* <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 침술 • 정기 침술 	\$0 코페이 \$0 코페이 정기 척추 교정 지압 요법 서비스와 결합하여 매년 최대 30회 방문.
척추 교정 지압 요법 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 척추 지압 치료 • 정기 척추 지압 요법 관리 	\$0 코페이 \$0 코페이 정기 침술 서비스와 결합하여 매년 최대 30회 방문.
내구성 의료 장비(DME)*	20% 공동 보험금
플렉스 카드(Flex Card) 아래에 나열된 모든 개별 혜택에 대해 소매점에서 사용할 수 있는 하나의 카드를 받으실 것입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 일반의약품(OTC) 보청기를 포함한 일반의약품 품목 • 치과 보장 한도 	3개월마다 최대 \$150 매달 최대 \$62.50. 이 금액은 연말까지 매달 이월되어 총 \$750가 됩니다.
헬스장 멤버십*	\$0 코페이

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

**Central Health Embrace Choice Plan
(HMO C-SNP)
(26-1)**

건강식 보장 한도‡*

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 \$50의 건강식

가정 내 지원 서비스*

달력일 기준 연간 최대 20시간까지 \$0 코페이. 모든 회원이 자격을 충족하는 것은 아니니, 보다 자세한 사항은 EOC를 참조하십시오.

**식사
(간편식)‡***

\$0 코페이
매월 14회 식사를 12개월간 수령(총 168회 식사). 식사 배달은 매월 1회 포함입니다.

개인 비상 응답 시스템(PERS)*

\$0 코페이

저울‡*

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.

\$0 코페이

전 세계 응급 의료

- 응급 의료 서비스
- 응급실
- 긴급 수송

\$110 코페이
최대 \$50,000까지 보장

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

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.