

# 혜택 요약서

**2025**

Alameda  
Contra Costa  
Fresno  
Imperial  
Kern  
Kings  
Madera  
Placer  
Sacramento

San Francisco  
San Joaquin  
San Mateo  
Santa Clara  
Solano  
Stanislaus  
Tulare  
Yolo

**Central Health  
Classic Care Plan II  
(HMO) (28)**

# 2025 혜택 요약서

## Central Health Classic Care Plan II (HMO) H5649-028

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.

**Central Health Classic Care Plan II (HMO)**에 가입하려면 Medicare 파트 A 자격이 있어야 하고, Medicare 파트 B에 등록되어 있어야 하며, 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다. 당사 서비스 지역에는 캘리포니아의 다음 카운티가 포함됩니다. 알라메다, 콘트라 코스타, 프레즈노, 임페리얼, 컨, 킹스, 마데라, 플레이서, 새크라멘토, 샌프란시스코, 샌 호아킨, 샌머테이오, 산타클라라, 솔라노, 스타니슬라우스, 툴레어, 율로.

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 Classic Care Plan II (HMO) (28)
<b>플랜 월 보험료</b> Medicare Part B 보험료를 반드시 계속 지불해야 합니다.	<b>\$0</b>
<b>공제액</b>	<b>공제액 없음</b>
<b>최대 본인 부담금 책임</b> (처방약 미포함)	<b>연간 \$2,499 이하</b>
<b>입원 환자 병원 서비스*</b>	<b>\$150 코페이</b> 제1일~제6일 동안 매일 <b>\$0 코페이</b> 제7일~제90일 동안 매일
<b>외래 환자 병원 서비스*‡</b>	<b>\$0~\$250 코페이</b>
<b>통원 외과 센터*</b>	<b>\$0~\$100 코페이</b>
<b>의사 진료 방문</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주치의</li> <li>• 전문의*</li> </ul>	<b>\$0 코페이</b> <b>\$10 코페이</b>
<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>	<b>\$0 코페이</b>
<b>응급 의료</b> 72시간 이내에 병원에 입원하거나 응급실에 내원하는 경우 공동부담금이 면제됩니다	<b>\$0~\$140 코페이</b>
<b>응급 의료 서비스</b>	<b>\$0 코페이</b>

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

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

보험료 및 혜택

Central Health Classic Care Plan II (HMO)  
(28)

진단 서비스/실험실 검사/영상촬영\*

- 진단 검사 및 시술
- 실험실 검사 서비스
- MRI, CAT 스캔 선
- X선 세척

\$0 코페이  
\$0 코페이  
\$200 코페이  
\$0 코페이

청력 서비스\*

- Medicare 보장 청력 검사
- 정기 청력 검사  
연간 1회
- 보청기 피팅 및 평가  
연간 1회
- 보청기

\$0 코페이  
\$0 코페이  
\$0 코페이

보급형 모델의 경우 보청기당 \$575 코페이  
기본형 모델의 경우 보청기당 \$699 코페이  
프라임 모델의 경우 보청기당 \$999 코페이  
선호 모델의 경우 보청기당 \$1,399 코페이  
고급 모델의 경우 보청기당 \$1,599 코페이  
프리미엄 모델의 경우 보청기당 \$2,099 코페이  
매년 보청기 2개를 수령하시게 됩니다

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

**치과 서비스†\***

- Medicare 보장 치과 서비스
- 예방적 치과
  - 구강 검진
  - X선 세척
  - 세척

\$0 코페이

\$0 코페이

\$0 코페이

\$0 코페이

**종합 치과 진료\***

- 회복 서비스
- 근관치료
- 치주치료
- 제거 가능 보철
- 보철
- 임플란트 서비스
- 고정형 보철
- 구강 및 악안면 외과 치아교정
- 치아교정
- 부가적인 일반 서비스

\$25~\$400 코페이

\$25~\$720 코페이

\$0~\$780 코페이

\$0~\$600 코페이

보장되지 않음

\$45~\$2,160 코페이

\$0~\$840 코페이

\$0~\$380 코페이

보장되지 않음

\$0~\$300 코페이

**안과 서비스\*†**

- 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

**정신 건강 서비스\***

- 외래 환자 개별 요법
- 외래 환자 그룹 요법

\$10 코페이

20% 공동 보험금

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

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Classic Care Plan II (HMO) (28)
<b>전문 요양 시설(SNF)*</b>	<b>\$0 코페이</b> 제1일~제20일 동안 매일  <b>\$204 코페이</b> 제21일~제100일 동안 매일  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.
<b>물리치료*</b>	<b>\$0 코페이</b>
<b>구급차(지상)*</b>	<b>탑승당 \$0~\$250 코페이</b>
<b>구급차(항공)*</b>	<b>20% 공동 보험금</b>
<b>교통편*</b>	<b>플랜 승인 장소로의 편도 24회 이동에 \$0(최대 50마일 한도)</b>
<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>	<b>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다</b>  <b>인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다</b>  <b>\$35 코페이</b>

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방 의약품

Central Health Classic Care Plan II (HMO)  
(28)

파트 D 공제액  
(2~5등급)

\$100

소매 Rx 31일 공급

우편 주문 100일 공급

파트 D 인슐린  
3등급 - 선호하는 브랜드

\$35 코페이

\$70 코페이

초기 보장

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

1등급 - 선호하는 일반의약품

\$0 코페이

\$0 코페이

2등급 - 일반의약품

\$0 코페이

\$0 코페이

3등급 - 선호하는 브랜드

\$35 코페이

\$70 코페이

4등급 - 선호하는 브랜드

\$100 코페이

\$200 코페이

5등급 - 특수 단계

비용의 31%

이용 불가

6단계 - 케어 선택

\$0 코페이

\$0 코페이

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 Classic Care Plan II (HMO)  
(28)

연중무휴 원격진료

\$0 코페이

침술\*

- 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\*

- 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)\*

\$0~20% 공동 보험금

플렉스 카드(Flex Card)

아래에 나열된 모든 개별 혜택에 대해  
소매점에서 사용할 수 있는 하나의 카드를  
받으실 것입니다.

- 일반의약품(OTC) 보청기를 포함한  
일반의약품 품목
- 피트니스 보장 한도

3개월마다 최대 \$129

매달 최대 \$60

헬스장 멤버십\*

\$0 코페이

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 적합한 것은 아닙니다.

자격을 충족하는 만성 질환이 있는 회원에  
대한 매달 최대 \$50의 건강식

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

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



추가 혜택	Central Health Classic Care Plan II (HMO) (28)
<b>식사 (간편식)*‡</b>	식사당 \$0 코페이로 매주 15회 식사를 6주간 수령(총 90회 식사). 식사 배달은 주당 1회 포함입니다. 식사당 \$5 코페이로 최대 30회 추가 식사를 수령.
<b>개인 비상 응답 시스템(PERS)*</b>	<b>\$0 코페이</b>
<b>전 세계 응급 의료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급 의료 서비스</li> <li>• 응급실</li> <li>• 긴급 수송</li> </ul>	<b>\$140 코페이</b> <b>최대 \$50,000까지 보장</b>
<b>선택적 보충 강화 치과 혜택</b>	<p>추가 치과 보장은 월 \$21로 가능합니다.</p> <p>네트워크에 속하지 않는 서비스 제공자의 경우, 연간 최대 \$1,500까지 보장됩니다.</p> <p>예방적 치과 서비스: 10% 공동 보험금 종합            치과 서비스: 70% 공동 보험금</p>

\*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

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