

혜택 요약서

2025

Los Angeles
Orange
Riverside

San Bernardino
San Diego

**Central Health Part B
Savings Plan
(HMO) (29)**

**Central Health
Savings Plan
(HMO) (19)**

2025 혜택 요약서

Central Health Part B Savings Plan (HMO) H5649-029

Central Health Savings Plan (HMO) H5649-019

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 Part B Savings Plan (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. 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에이고.

Central Health Savings Plan (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. 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노.

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 Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
플랜 월 보험료 Medicare Part B 보험료를 반드시 계속 지불해야 합니다.	\$0	\$0
파트 B 리베이트	매월 \$119	매월 \$120
공제액	공제액 없음	공제액 없음
최대 본인 부담금 책임 (처방약 미포함)	연간 \$2,000 이하	연간 \$3,500 이하
입원 환자 병원 서비스*	\$200 코페이 제1일~제5일 동안 매일 \$0 코페이 제6일~제90일 동안 매일	\$175 코페이 제1일~제5일 동안 매일 \$0 코페이 제6일~제90일 동안 매일
외래 환자 병원 서비스* ‡	\$0~\$100 코페이	\$0~\$225 코페이
통원 외과 센터*	\$0 코페이	\$0~\$100 코페이
의사 진료 방문 <ul style="list-style-type: none"> 주치의 전문의* 	\$0 코페이 \$0 코페이	\$0 코페이 \$25 코페이
예방 의료 기타 예방 서비스를 이용하실 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> 독감 백신, 당뇨병 선별 검사 등* 	\$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 Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
응급 의료 72시간 이내에 병원에 입원하거나 응급실에 내원하는 경우 공동부담금이 면제됩니다	\$0~\$140 코페이	\$0~\$140 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~\$25 코페이 \$0 코페이 \$100 코페이 \$0 코페이	\$0 코페이 \$0 코페이 \$100 코페이 \$0 코페이
청력 서비스* <ul style="list-style-type: none"> • 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	\$0 코페이 \$0 코페이 \$0 코페이 NationsHearing을 통한 연간 최대 \$2,000의 보청기 보장 한도

* 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
<p>치과 서비스†*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 치과 서비스 • 예방적 치과 <ul style="list-style-type: none"> ○ 구강 검진 ○ X선 세척 ○ 세척 <p>종합 치과 진료*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 회복 서비스 • 근관치료 • 치주치료 • 제거 가능 보철 • 보철 • 임플란트 서비스 • 고정형 보철 • 구강 및 악안면 외과 • 치아교정 • 치아교정 • 부가적인 일반 서비스 	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$25~\$400 코페이</p> <p>\$25~\$720 코페이</p> <p>\$0~\$780 코페이</p> <p>\$0~\$600 코페이</p> <p>보장되지 않음</p> <p>\$45~\$2,160 코페이</p> <p>\$0~\$840 코페이</p> <p>\$0~\$380 코페이</p> <p>보장되지 않음</p> <p>\$0~\$300 코페이</p>	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0~\$17 코페이</p> <p>\$0~\$41 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0~\$424 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0~\$220 코페이</p> <p>보장되지 않음</p> <p>\$0~\$2,160 코페이</p> <p>\$75~\$295 코페이</p> <p>\$0~\$237 코페이</p> <p>보장되지 않음</p> <p>\$0~\$166 코페이</p>
<p>안과 서비스†*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 시력 검사 • Medicare 보장 안경 • 정기 안과 검진 • 망막 영상 촬영 • 안경 관련 보장 한도 	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>연간 1회 검사</p> <p>\$0 코페이</p> <p>연간 1회 검사</p> <p>연간 최대 \$300</p>	<p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>\$0 코페이</p> <p>연간 1회 검사</p> <p>\$0 코페이</p> <p>연간 1회 검사</p> <p>연간 최대 \$300</p>
<p>정신 건강 서비스*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자 개별 요법 • 외래 환자 그룹 요법 	<p>\$40 코페이</p> <p>\$40 코페이</p>	<p>\$35 코페이</p> <p>\$35 코페이</p>

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

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
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 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.
물리치료*	\$35 코페이	\$10 코페이
구급차(지상)*	탑승당 \$0~\$150 코페이	탑승당 \$0~\$155 코페이
구급차(항공)*	20% 공동 보험금	20% 공동 보험금
교통편*	보장되지 않음	보장되지 않음
Medicare 파트 B 의약품* <ul style="list-style-type: none"> • 화학요법 의약품 • 기타 파트 B 의약품 • 파트 B 인슐린 의약품 	인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다 인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다 \$35 코페이	인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다 인플레이션 감축법(IRA) 규정에 의해 상한이 설정되지 않은 한 20% 본인 부담금이 적용됩니다 \$35 코페이

*서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방 의약품

파트 D 공제액(2~5등급)	Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29)		Central Health Savings Plan (HMO) (19)	
	공제액 없음	공제액 없음	공제액 없음	공제액 없음
	소매 Rx 31일 공급	우편 주문 100일 공급	소매 Rx 31일 공급	우편 주문 100일 공급
파트 D 인슐린 3등급 - 선호하는 브랜드	\$35 코페이	\$70 코페이	\$35 코페이	\$70 코페이
초기 보장 귀하는 연간 "본인 부담금"이 총 \$2,000에 도달할 때까지 최초 보장 단계에 있게 됩니다				
1등급 - 선호하는 일반의약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
2등급 - 일반의약품	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이	\$0 코페이
3등급 - 선호하는 브랜드	\$35 코페이	\$70 코페이	\$35 코페이	\$70 코페이
4등급 - 비선호 브랜드	\$75 코페이	\$150 코페이	\$75 코페이	\$150 코페이
5등급 - 특수 단계	비용의 33%	이용 불가	비용의 33%	이용 불가
6단계 - 케어 선택	\$0 코페이	\$0 코페이	\$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.	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 Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
연중무휴 원격진료	\$0 코페이	\$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 12회 방문.	\$0 코페이 \$0 코페이 매년 무제한 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 12회 방문.	\$0코페이 보장되지 않음
내구성 의료 장비(DME)*	\$0~20% 공동 보험금	\$0~20% 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 • 피트니스 보장 한도 	매달 최대 \$25 매달 최대 \$60	3개월마다 최대 \$25 매달 최대 \$60
헬스장 멤버십*	\$0 코페이	\$0 코페이
개인 비상 응답 시스템(PERS)*	\$0 코페이	\$0 코페이

* 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택	Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29)	Central Health Savings Plan (HMO) (19)
전 세계 응급 의료 <ul style="list-style-type: none"> • 응급 의료 서비스 • 응급실 • 긴급 수송 	\$140 코페이 최대 \$50,000까지 보장	\$140 코페이 최대 \$50,000까지 보장
선택적 보충 강화 치과 혜택	<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>	<p>추가 치과 보장은 월 \$45로 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>