2026
혜택 요약서

Central Health Dual Access Plan (HMO DSNP)

California H5649-024-000

서비스 제공: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, Yolo 카운티

2026년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함

H5649_26_024_CA_SB_M
CA-H5649-24-SB-KO-26-S-V2

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

혜택 요약서 소개

Central Health Dual Access Plan

Molina Healthcare에 관심을 가져 주셔서 감사합니다! 모든 사람은 양질의 케어를 받을 수 있어야 합니다. 1980년부터 당사 가입자들은 Molina에 의지할 수 있었습니다. 오늘날에도 언제나 그렇듯 Molina는 가입자의 요구를 최우선으로 생각하기 때문입니다.

본 문서에 당사가 보장하는 모든 혜택과 서비스 또는 모든 제한 사항이나 예외 사항이 망라되어 있는 것은 아닙니다. 전체 서비스 목록을 확인하려면 보험 범위 증명서(EOC)를 참조하시기 바랍니다. EOC 사본은 당사 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인하실 수 있습니다. 또한 (866) 314-2427(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 문의하시면 사본을 우편으로 보내드립니다.

플랜에 가입하려면 Medicare Part A 자격이 있어야 하고 California Department of Health Care Services의 Medicare Part B와 Medicaid에 등록되어 있어야 하며 당사의 서비스 지역에 거주해야 합니다. 당사의 서비스 지역은 California 내의 다음 카운티를 포함합니다. Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, Yolo 카운티.

Molina는 의사, 병원, 약국 및 기타 의료 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 응급 상황을 제외하고, 당사 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하는 경우 당사는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. 당사 플랜을 다른 Medicare 건강 플랜과 비교하려면 다른 플랜에 혜택 요약서를 요청하거나 medicare.gov에서 Medicare 플랜 검색기를 이용하십시오.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해서는 최신 버전의 'Medicare & You' 핸드북을 참조하십시오. medicare.gov에서 온라인으로 살펴보거나 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**로 전화하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. 문의 사항이 있는 경우 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 **(866) 314-2427(TTY 711)**번으로 당사 가입자 서비스부에 연락하십시오.

Medicare 소개

Medicare는 65세 이상 또는 특정 장애가 있는 65세 미만의 사람들을 위한 건강 보험입니다.

Original Medicare는 연방 정부의 보험 프로그램으로, 귀하가 방문하는 의사와 병원에 직접 케어 비용을 지불합니다. Original Medicare는 대부분의 예방 케어를 보장하지 않으며 예측할 수 없는 가입자 부담 한도액이 있습니다.

Medicare Part A(병원 보험)는 병원, 전문 요양 시설, 호스피스 케어 및 일부 가정 의료 서비스에서 입원 환자 케어를 보장합니다.

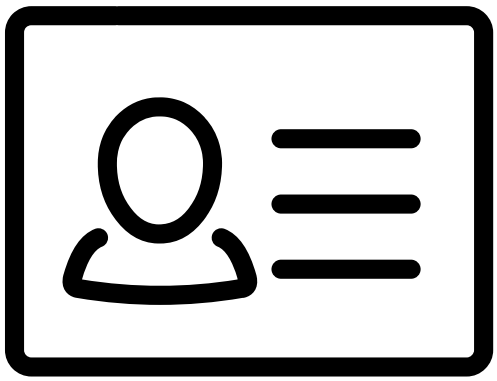
Medicare Part B(의료 보험)는 특정 의사 서비스, 외래 환자 케어, 의료용품 및 예방 서비스를 보장합니다.

Medicare Part C(Medicare Advantage)는 Original Medicare의 일체형 대체 상품입니다. Medicare Advantage 플랜에는 파트 A, B 그리고 일반적으로 파트 D가 포함됩니다. 일부 Medicare Advantage 플랜의 경우 Original Medicare보다 가입자 부담 한도액이 낮을 수 있으며 치과, 안과 또는 청력 케어 등 Original Medicare가 제공하지 않는 추가 혜택을 보장할 수 있습니다. Medicare가 가입자 케어에 대해 플랜에 고정 수수료를 지불하면 플랜에서 의사와 병원에 직접 해당 비용을 지불합니다. Medicare Advantage는 예측 가능한 가입자 부담 한도액이 있으며 예방 케어와 케어 조정을 제공합니다.

Medicare Part D(처방약 보장)는 약국에서 구입하는 약값을 결제하는 데 도움이 됩니다.

Medicaid 이중 자격 보장 범주

- **유자격 Medicare 수혜자+(QMB+):** Medicaid는 귀하의 Medicare Part A 및 Part B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금 등을 지불합니다. 귀하는 Medicare 비용 분담의 Medicaid 보험을 받고 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다.
- **특정 저소득층 Medicare 수혜자+(SLMB+):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part B 보험료를 지불하고 전체 Medicaid 혜택을 제공합니다.
- **Full Benefit Dual Eligible(FBDE):** 경우에 따라 개인은 Medicare 비용 분담금에 대한 제한 보장뿐만 아니라 전체 Medicaid 혜택을 모두 받을 자격이 있을 수 있습니다.



자격 변경 사항:
사회보장국 또는 해당 주 Medicaid 사무소에서 발송하는 모든 우편물을 읽고 답변하여 QMB, QMB+, SLMB+ 또는 FBDE 수혜자로서 $0 비용 분담금 상태를 유지하는 것이 중요합니다.

당사는 CMS에서 요구하는 대로, 정기적으로 가입자의 Medicaid 자격 상태와 이중 자격 범주를 확인합니다. Medicaid 보장 자격을 완전히 상실한 경우 Medicaid를 재신청할 수 있도록 유예 기간이 주어집니다.

가입자에게 더 이상 QMB, QMB+, SLMB+ 또는 FBDE 수혜자 자격이 없는 경우 유예 기간 후에 본인 의사와 관계없이 플랜에서 탈퇴될 수 있습니다. 해당 주 Medicaid 기관에서 Medicaid 자격 상실 또는 Medicaid 범주 변경에 대한 통지를 보내드립니다. 또한 QMB, QMB+, SLMB+ 또는 FBDE 수혜자로서 가입자가 Medicaid를 재신청하도록 상기시키기 위해 연락을 드릴 수도 있습니다. 따라서 우편 주소 및/또는 전화번호가 변경될 때마다 반드시 당사에 알려 주셔야 합니다.

보험료 및 혜택 요약서

Central Health Dual Access Plan	
월납 보험료	$0/월
의료 공제액	가입자의 연간 의료 공제액은 $0입니다.
최대 가입자 부담 책임	$9,250: 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 서비스에 대해 매년 납부하는 금액입니다. (처방약 제외)

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

Central Health Dual Access Plan

입원 환자 병원 	혜택 기간당 병원 입원 일수 1~90일 차에 대한 비용은 $0입니다. 또한 본 플랜은 “평생 예비일” 60일을 보장합니다. 이들은 당사가 보장하는 “추가” 날들입니다. 보험 혜택 기간당 병원 입원 일수가 90일을 초과하는 경우 이 추가 일수를 사용할 수 있습니다. 그러나 추가 60일을 모두 사용한 후에는 입원 환자 병원 보장 기간이 보험 혜택 기간당 90일로 제한됩니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래 환자 병원 	방문당 $0의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래 수술 센터 	방문당 $0의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
의사 방문 	**1차 진료** $0 **전문의 진료** 방문당 $0
예방 케어 	$0의 자기부담금 보험 범위 증명서의 4장 의료 혜택 차트에서 사과 그림이 있는 행을 찾아보십시오. 플랜 연도 동안 Medicare에서 승인한 추가 예방 서비스가 보장됩니다.

Central Health Dual Access Plan

응급 치료	$0의 자기부담금
긴급하게 필요한 서비스	$0의 자기부담금
진단 서비스/검사실/영상 촬영	**진단 검사 및 시술** $0의 자기부담금 **실험실 서비스** $0의 자기부담금 **진단 방사선과 서비스**(예: MRI, CT 스캔) $0의 자기부담금 **외래환자 X-ray** $0의 자기부담금 **치료 방사선학** $0의 자기부담금 *일부 서비스에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.*

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

Central Health Dual Access Plan

청각 서비스	**Medicare 보장 진단 청력 및 균형 검사** $0의 자기부담금, 매년 1회 **정기 청력 검사** $0의 자기부담금, 매년 1회 **보청기 피팅/평가** $0의 자기부담금, 매년 1회 **보청기** $49~$1,549의 자기부담금 당사 플랜에서는 플랜에서 승인한 의료 제공자가 3년마다 미리 선택한 보청기 최대 2개를 보장합니다.
치과 서비스	**Medicare 보장 치과 서비스** $0의 자기부담금

Central Health Dual Access Plan

안과 서비스

Medicare 보장 안과 서비스

- 눈의 질환을 진단/치료하기 위한 시력 검사(매년 1회의 녹내장 선별검사 포함): $0의 자기부담금
- 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈: $0의 자기부담금

당사는 정기 시력 관리를 보다 알차게 받으실 수 있도록 Vision Vendor와 제휴 관계를 맺었습니다!

시력 관련 보조 서비스 보장에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

보장 범위는 다음과 같습니다.

- 달력 연도별 정기 눈 검사 1회
- 안경류 보조금

$200의 안경류 보조금으로 다음을 구매할 수 있습니다.

- 콘택트렌즈*
- 안경(렌즈 및 안경테)
- 안경 렌즈 및/또는 안경테
- 업그레이드(예: 틴티드, UV, 편광 또는 광변색 렌즈).

*콘택트렌즈를 선택한 경우 안경류 보조금으로 콘택트렌즈 피팅 비용의 전부 또는 일부를 지불할 수도 있습니다.

가입자는 플랜의 안경류 보조금 한도를 초과하는 모든 교정 안경류 비용을 지불할 책임이 있습니다.

달력 연도마다 안경을 위해 1회의 정기 눈 검사(및 굴절 검사) $0의 자기부담금.

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

Central Health Dual Access Plan

정신 건강 서비스 	**입원 환자 방문** 입원 환자 병원 입원 일수 1~90일에 대한 비용은 $0입니다. 입원 환자의 정신과 병원 치료에는 190일의 평생 한도가 적용됩니다. 입원 환자 병원 치료 한도는 종합병원에서 제공되는 입원 환자 정신 서비스에는 적용되지 않습니다. 또한 본 플랜은 “평생 예비일” 60일을 보장합니다. 이들은 당사가 보장하는 “추가” 날들입니다. 병원 입원 기간이 90일을 초과하는 경우 이 추가 기간을 사용할 수 있습니다. 그러나 추가 60일을 모두 사용한 후에는 입원 환자 병원 보장 기간이 90일로 제한됩니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* **외래 환자 개인/그룹 치료 방문** $0의 자기부담금
전문 요양 시설 	전문 요양 시설 입소 1~100일 차에 대해 하루당 $0 지불. 사전 입원은 필요하지 않습니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
물리 치료 	**물리 치료 및 언어 치료** $0의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* **심장 및 호흡 재활** $25의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* **작업 치료 서비스** $35의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
구급차 	$0의 자기부담금 *비응급 구급차의 경우에만 사전 승인이 필요합니다.*

보험료 및 혜택 요약서(계속)

Central Health Dual Access Plan

교통편	$0의 자기부담금
	24 매년 플랜이 승인한 장소로의 편도 이동
	사전 승인이 필요할 수 있습니다.

Medicare Part B 의약품

화학요법/방사선 약물 및 기타 파트 B 의약품	가입자의 Medicaid 보장 수준에 따라 $0의 자기부담금 또는 비용의 20% 지불.
	사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	특정 약물의 경우 단계적 치료법이 필요할 수 있습니다.

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

의약품 보장 범위 요약서

일반 소매 약국 및 우편 주문 약국

소득 및 제도적 지위에 따라 가입자는 다음과 같은 비용을 지불합니다.

복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함):

- $0의 자기부담금, $1.60의 자기부담금, $5.10의 자기부담금

기타 모든 의약품:

- $0의 자기부담금, $4.90의 자기부담금, $12.65의 자기부담금

의약품에 대한 자기부담금은 귀하가 받는 Extra Help 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 사항은 플랜에 문의해 주십시오.

보장 단계

1단계: 공제액	공제액은 $550입니다. 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 1단계 및 6단계 의약품에 대해 $0의 비용 분담금을 지불하며 2단계, 3단계, 4단계 및 5단계 의약품에 대해서는 해당 비용을 지불합니다.
2단계: 초기 보장	올해의 첫 처방약을 조제 받으면 이 단계가 시작됩니다. 이 단계에서는 귀하의 의약품에 대해 플랜에서 플랜 부담금을 지불하고 귀하는 비용 분담액을 지불합니다. 연간 가입자 부담 한도액이 총 $2,100에 도달할 때까지 이 단계에 속하게 됩니다. 장기 요양 시설에 거주하는 경우 소매 약국에서와 동일한 비용을 지불합니다. 네트워크 비소속 약국에서 네트워크 소속 약국과 동일한 비용으로 의약품을 구할 수 있습니다.
3단계: 고액 보장	연간 가입자 부담 한도 의약품 비용(소매 약국 및/또는 우편 주문을 통해 구매한 의약품 포함)이 $2,100에 도달하면 플랜에서 가입자의 모든 의약품 비용을 지불합니다.

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

기타 혜택 요약서

Central Health Dual Access Plan

침술	**Medicare 보장 침술** $0의 자기부담금 만성 요통에 대해 90일 동안 최대 12회 방문이 보장됩니다. 호전을 보이는 환자에게는 같은 해에 최대 8회까지 추가 세션이 보장됩니다. **정기 침술** $0의 자기부담금 당사 플랜은 정기 카이로프랙틱 서비스로 무제한의 보충 침술을 보장합니다.
금연 및 담배 사용 중단을 위한 추가 서비스	$0의 자기부담금 Medicare 외에 8회의 상담 방문 제공
추가 원격 의료 서비스	다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스에 대해 $0의 자기부담금을 지불합니다. • 심장 재활 서비스 • 주치의 서비스 • 카이로프랙틱 서비스 • 작업 치료 서비스 • 전문의 서비스 • 정신 건강 전문 서비스에 대한 개별 세션 • 정신 건강 전문 서비스에 대한 그룹 세션 • 족부 치료 서비스 • 기타 의료 전문가 • 정신과 서비스에 대한 개별 세션 • 정신과 서비스에 대한 그룹 세션 • 물리 치료 및 언어 병리학 서비스 • 오피오이드 치료 프로그램 서비스 • 외래 환자 약물 남용에 대한 개별 세션 • 외래 환자 약물 남용에 대한 그룹 세션
연례 건강 검진	$0의 자기부담금

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

Central Health Dual Access Plan

카이로프랙틱 케어 	**Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스** $0의 자기부담금 아탈구(척추 뼈 중 하나 이상이 제자리에서 벗어난 상태)를 교정하는 척추 도수 치료입니다. **정기 카이로프랙틱 서비스** $0의 자기부담금 당사 플랜은 정기 침술 서비스와 함께 무제한 보충 카이로프랙틱 서비스를 보장합니다.
투석 	$0의 자기부담금
피트니스 혜택 	$0의 자기부담금 >Silver&Fit은 집에서 또는 여행 중에 운동하는 것을 선호하는 가입자를 위해 계약된 피트니스 시설과 홈 피트니스 키트를 이용할 수 있는 서비스를 제공합니다.
발 관리 **(족부 치료)** 	**Medicare 보장 발 검사 및 치료** $0의 자기부담금 당뇨병 관련 신경 손상이 있거나 특정 조건을 충족하는 경우 제공되는 발 검사 및 치료입니다. **정기 발 관리** $0의 자기부담금 매년 최대 6회 방문. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
건강 교육 	$0의 자기부담금 건강 교육, 학습 자료, 건강 조언, 케어 요령 등 건강 상태를 관리하는 방법을 배우는 데 도움이 되는 프로그램입니다.
가정 의료 케어 	$0의 자기부담금 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

기타 혜택 요약서(계속)

Central Health Dual Access Plan

식사 혜택	$0의 자기부담금 적격 만성 질환이 있는 경우, 달력 연도의 12개월 동안 매월 14끼 식사를 제공받을 수 있습니다(총 168끼). 플랜에서 승인한 기준을 충족해야 합니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
의료 장비 및 용품	**내구성 의료 장비**(예: 휠체어, 산소) $0의 자기부담금 **보철/의료용품** $0의 자기부담금 **당뇨병 용품 및 서비스** $0의 자기부담금 *내구성 의료 장비, 보철/의료용품 및 당뇨병 용품의 경우 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *당뇨 신발 및 인서트의 경우 사전 승인이 필요합니다.* *선호하는 제조업체에 대한 사전 승인은 필요하지 않습니다.*
24시간 간호사 상담 전화	$0의 자기부담금 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스	$0의 자기부담금 *약물 치료를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.*
외래 환자 혈액 서비스	$0의 자기부담금 3파인트에 해당하는 공제액 면제

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

Central Health Dual Access Plan

외래 환자 약물 남용 	$0의 자기부담금 개별 또는 그룹 치료 방문 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
일반의약품 품목 	$0의 자기부담금 OTC 품목에 대한 분기 합산 $120.00의 보조금이 들어 있는 선불 직불카드(MyChoice 카드)가 제공됩니다. OTC 보청기는 합산된 OTC 보조금에 포함되어 보장됩니다. 합산 보조금에 포함된 혜택 및 서비스의 전체 목록은 선불 직불카드(MyChoice 카드) 섹션을 참조하십시오.
개인 응급 대응 시스템 (PERS) 	$0의 자기부담금 승인을 받은 경우, 응급 상황(예: 낙상) 시 적절한 담당자에게 알릴 수 있는 가정용 기기를 제공합니다. 케이스 관리 검토가 필요합니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
전 세계 응급 및 긴급 진료 	$0의 자기부담금 최대 $10,000의 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스를 보장받을 수 있습니다.
선불 직불카드 (MyChoice 카드) 	$0의 자기부담금 다음과 같은 선별된 보조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 분기 합산 $120의 보조금이 선불 직불카드 형태로 제공됩니다. • 일반의약품 품목 식품 및 농산물*에 대한 월 $50의 보조금이 별도로 제공됩니다. 매달 카드에 보조금이 충전됩니다. 매월 말, 할당된 금액 중 미사용 금액은 다음 달이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. *자격 요건이 적용됩니다.

Central Health Dual Access Plan

만성 질환에 대한 특별 보조 혜택	$0의 자기부담금 다음과 같은 선별된 보조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 월 $50의 보조금이 선불 직불카드(MyChoice 카드) 형태로 제공됩니다. • 식품 및 농산물 합산 보조금에 포함된 혜택 및 서비스의 전체 목록은 선불 직불카드(MyChoice 카드) 섹션을 참조하십시오. 미사용 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 가입자는 보험 범위 증명서 4장에 명시된 기준을 충족해야 합니다.

Medicaid 보장 혜택 요약서

보장되는 서비스
아래 차트는 Medicare 및 Medicaid에서 보장되는 서비스를 보여줍니다. Medicaid가 Central Health Dual Access Plan 플랜에 따라 보장되는 서비스도 보장하는 경우 Medicaid 열 아래에 “보장”이라는 단어가 표시됩니다. 이 차트는 가입자가 해당 주의 Medicaid 프로그램에 따라 혜택을 받을 자격이 있는 경우에만 적용됩니다. 가입자의 비용 분담금은 Medicaid 범주에 따라 다릅니다.

혜택	Central Health Dual Access Plan	Medi-Cal
중요 정보		
보험료 및 기타 중요 정보 Medicare의 Extra Help 을 받으면 월납 플랜 보험료가 낮아지거나 전혀 지불하지 않을 수 있습니다.	**일반** 매월 플랜 보험료 $0 **제휴** Medicare 보장 서비스에 대한 본인분담금 한도는 $9,250입니다. 그러나, 이 플랜에서는 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 Medicare 보장 서비스에 대한 비용을 부담할 의무가 없습니다.	보험료 납입 및 비용 부담에 대한 Medicaid 지원은 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 달라질 수 있습니다.
의사 및 병원 선택 (자세한 내용은 응급 치료 및 긴급하게 필요한 케어 참조)	**제휴** 네트워크에 해당하는 의사, 전문의 및 병원을 이용해야 합니다.	Medicaid 배정을 받는 의사, 전문의 및 병원을 이용해야 합니다. 네트워크 전문의를 이용하려면 진료 의뢰가 필요합니다(특정 혜택의 경우).
외래 환자 케어 서비스		
침술	제한된 보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
구급차 서비스 (의학적으로 필요해야 함)	보장	보장
심장 및 호흡 재활 서비스	보장	보장

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

혜택	Central Health Dual Access Plan	Medi-Cal
외래 환자 케어 서비스(계속)		
카이로프랙틱 서비스	제한된 보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
치과 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
당뇨병 프로그램 및 용품	보장	보장
진단 검사, X선 촬영, 실험실 서비스 및 방사선 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
투석 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
의사 진료실 방문	보장	보장
내구성 의료 장비 (휠체어, 산소 등 포함)	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
응급 치료	보장	보장
청각 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
가정 의료 서비스 (의학적으로 필요한 간헐적 전문 요양 케어, 가정 의료 보조 서비스, 재활 서비스 등 포함)	보장	보장
외래 환자 정신 건강 케어	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
외래 환자 재활 서비스 (작업 치료, 물리 치료, 언어 치료)	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음

Medicaid 보장 혜택 요약서(계속)

혜택	Central Health Dual Access Plan	Medi-Cal
외래 환자 케어 서비스(계속)		
외래 환자 서비스	보장	보장
외래 환자 약물 남용 케어	보장	보장
일반의약품 품목	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
족부 치료 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
보철 장치 (보호대, 의수/의족 및 의안 등 포함)	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
의료 교통 서비스 (정기)	보장	보장
긴급하게 필요한 서비스 (이는 응급 치료가 아니며 대부분의 경우 서비스 지역을 벗어나 발생합니다.)	보장	보장하지 않음
안과 서비스	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
웰니스/교육 및 기타 보조 혜택 프로그램	보장	보장하지 않음
입원 환자 케어		
입원 환자 병원 치료 (약물 남용 및 재활 서비스 포함)	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
입원 환자 정신 건강 케어	보장	보장하지 않음

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

혜택	Central Health Dual Access Plan	Medi-Cal
입원 환자 케어(계속)		
전문 요양 시설(SNF) (Medicare 인증 전문 요양 시설 소속)	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
예방 서비스		
건강/웰니스 교육	보장	보장
신장 질환 및 상태	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
예방 서비스	보장	보장
호스피스		
호스피스	보장	보장
처방약 혜택		
외래 환자 처방약	보장	보장 제약 사항이 적용될 수 있음

Medicaid 보장 혜택 요약서(계속)

전체 혜택은 가입자가 받을 수 있는 추가 혜택입니다. 이는 해당 주의 Medicaid 프로그램에서 보장하지만 Central Health Dual Access Plan 플랜에서는 보장하지 않을 수 있는 추가 Medicaid 혜택입니다.

추가 MEDICAID 혜택	
혜택	**MEDI-CAL 보장**
AIDS 면제 프로그램	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
혈액 및 혈액제제	보장
만성 투석 서비스	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)	보장
종합 출산 전후 서비스 프로그램(예방 서비스)	보장
조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(EPSDT)	보장
경장 영양제	보장
가족 임상 간호사	보장
가족 계획 서비스 및 용품	보장
연방 공인 보건소(FQHC)	보장
기능 장애가 있는 고령자를 위한 가정 및 커뮤니티 케어(면제만 해당)	보장
중간 요양 시설	보장
허가 받은 조산사 서비스	보장
마취 전문 간호사 서비스	보장
간호 조산사	보장

궁금한 사항이 있으십니까? Central Health Plan에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

추가 MEDICAID 혜택	
혜택	**MEDI-CAL 보장**
개인 간병 서비스	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
심리 서비스	보장 제약 사항이 적용될 수 있음
재활 시설	보장
인공호흡기 의존 환자를 위한 호흡기 케어	보장
농촌 보건 클리닉 서비스(RHC)	보장
특수 간호 서비스	보장
수어 통역사 서비스	보장
이식	보장

**최근 제정된 법안에는 2009년 7월 1일에 시행되는 Medi-Cal 프로그램에 따른 보장 범위에서 몇 가지 선택적 혜택 범주를 제외하는 W&I 코드 섹션 14131.10이 추가되었습니다. 표시된 선택적 혜택은 2009년 7월 1일부로 Medi-Cal 프로그램의 보장 범위에서 제외됩니다. 선택적 혜택 제외 정책은 다음 수혜자에게는 적용되지 않습니다. 1) EPSDT 프로그램에 따라 제공되는 서비스를 받는 21세 미만의 수혜자, 2) 전문 요양 시설(요양 시설 레벨 A 및 레벨 B, 아급성 요양 시설 포함)에서 지내는 수혜자, 3) 임신 중인 수혜자(임신 관련 혜택 및 서비스, 치료하지 않고 방치할 경우 임신에 어려움을 초래할 수 있는 질환 치료를 위한 기타 혜택 및 서비스), 4) California 아동 서비스 수혜자, 5) Program of All-Inclusive Care for the Elderly에 등록한 수혜자. 의사 또는 의사 단체에서 청구한 제외된 선택적 혜택 서비스에 대한 대부분의 청구는 2009년 7월 1일 이후에도 환급이 가능합니다. 그러나 의료 서비스 제공자가 의사가 아닌 선택적 혜택 제공자 중 하나인 경우 이러한 청구는 거부됩니다. 이 새로운 법안의 영향을 받는 혜택 및 서비스 축소에 대한 자세한 내용은 California 의료 서비스 부서 웹사이트 www.dhcs.ca.gov에서 확인할 수 있습니다.

용어 설명

공동보험료
의료 서비스 또는 처방약에 대해 가입자가 본인 분담금으로 지불하는 비율입니다. 예를 들어 가입자의 공동보험료가 20%인 경우 가입자는 의료 청구서 비용의 20%를 부담하게 됩니다.

의 자기부담금
의료 서비스 또는 소모품에 대해 가입자가 본인 분담금으로 지불하는 고정 금액입니다. 예를 들어, 주치의를 만날 때마다 가입자에게 $20의 자기부담금이 발생할 수 있습니다.

공제액
보험사의 지급이 시작되기 전에 가입자가 의료 서비스 또는 처방에 대해 지불하는 금액입니다.

Extra Help
소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액 및 공동보험료와 같은 처방약 프로그램 비용을 지불하는 데 도움을 주는 Medicare 프로그램입니다.

장기 요양
옷 입기, 목욕하기 등 기본적인 일상생활 활동을 수행할 수 없는 사람을 위한 서비스 및 지원입니다. Medicare와 대부분의 건강 보험 플랜은 장기 요양 비용을 지불하지 않습니다.

Medicaid
저소득층에게 건강 보험 보장을 제공하는 주 및 연방 프로그램입니다.

Medicare Advantage
파트 C라고도 하며 Medicare에서 승인한 민간 기업이 제공하는 Medicare 플랜의 한 유형입니다. Medicare Advantage 플랜은 Original Medicare의 대안입니다. 파트 A와 파트 B의 모든 혜택을 제공하며 치과 및 안과 케어와 같은 추가 혜택을 제공하는 경우도 있습니다.

Original Medicare
Medicare Part A(병원 보험) 및 Part B(의료 보험)입니다. 대부분의 사람들은 65세가 되면 이 보험에 가입합니다. Original Medicare는 연방 정부에서 관리합니다.

최대 가입자 부담 한도
보장 서비스에 대해 가입자가 1년간 지불해야 하는 최대 금액입니다. 이 금액에 도달하면 해당 연도의 남은 기간 동안 의학적으로 필요한 케어의 100%를 가입자의 보험에서 보장합니다.

보험료
보장을 받기 위해 가입자가 Medicare 또는 의료 케어 플랜에 매월 지불하는 비용입니다.

예방 서비스
질병을 예방하거나 조기에 발견하기 위한 건강 관리를 말합니다. 대부분의 건강 플랜은 독감 예방 주사 및 혈압 검사와 같은 몇 가지 중요한 예방 서비스를 무료로 보장해야 합니다.

Central Health Medicare Plan은 Medicare와 계약을 맺은 HMO/HMO SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.

차별 금지 통지서 섹션 1557
Central Health Plan

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

차별은 불법입니다. Central Health Plan은 주 및 연방 시민권법을 준수합니다. Central Health Plan은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 사람을 불법적으로 차별, 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Central Health Plan은 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 사람들이 원활하게 소통할 수 있도록 무료로 적시에 다음과 같은 보조 수단 및 서비스를 제공합니다.
  - 공인 수어 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 공인 통역사
  - 다른 언어로 제공되는 서면 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, Central Health Plan에 8 a.m.~8 p.m.에 1-866-314-2427번으로 전화하여 문의하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오. 요청 시, 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트, 전자 형식으로도 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식으로 사본을 받으려면 아래로 전화하시거나 서면으로 문의해 주십시오.

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

전화: 1-866-606-3889. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오.

불만 제기 방법

Central Health Plan이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 불법적으로 차별했다고 생각되면, Central Health Plan의 시민권 조정관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 방문 또는 전자 방식으로 불만을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 8:30 a.m.~5:30 p.m.에 1-866-606-3889번으로 Central Health Plan 시민권 조정관에게 연락하십시오. 또는 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오.

- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  Central Health Plan
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802

- 방문: 의사 진료실이나 Central Health Plan을 방문하셔서 불만을 제기하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.
- 전자 방식: **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**으로 이메일을 보내십시오. 또한 Central Health Plan 웹사이트(**MolinaHealthcare.Alertline.com**)를 방문하실 수도 있습니다.

시민권 사무국 – California Department of Health Care Services

전화, 서면 또는 전자 방식으로 California 의료서비스부, 시민권 사무국에 시민권 관련 불만을 제기하실 수도 있습니다.

- **전화:** 916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번(통신 중계 서비스)으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 제기 양식은 **DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**에서 확인할 수 있습니다.
- **전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내십시오.

시민권 사무국 – U.S Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각되면, U.S Department of Health and Human Services 시민권 사무국에 전화, 서면, 또는 전자 방식으로 시민권 관련 불만(고충)을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 TTY/TDD: 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  불만 제기 양식은 **HHS.gov/ocr/office/file/index.html**에서 확인할 수 있습니다.
- **전자 방식:** 시민권 사무국 불만 제기 포털 (**OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**)을 방문해 주십시오.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English
ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)
يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործումեն նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)
ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)
请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711)تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。 1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)
알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Notice of Availability/Taglines – Section 1557
Central Health Plan

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

CENTRAL HEALTH
MEDICARE PLAN