



본인에게 맞는  
플랜을  
찾으세요

## Central Health Medicare 플랜의 혜택에 대해 알아보세요

### Central Health Focus 플랜 (HMO C-SNP) 006

Medi-Cal 가입 조건에 해당하지 않는 사람으로, 심혈관 질환, 울혈성 심부전 또는 당뇨병을 진단 받은 어느 누구에게 좋은 선택의 플랜입니다. 이 플랜으로 처방약의 비용 부담을 줄이고, 추가적 서비스와 혜택을 받아보세요.

### Central Health Premier 플랜 I (HMO) 20-1

이 플랜은 Medi-Cal 또는 Special Needs 플랜 가입 조건에 해당하지 않는 분에게 좋은 선택지입니다. 이 플랜은 처방약의 비용을 감소함과 동시에, 추가적 서비스와 혜택을 추가합니다.

### Central Health Premier 플랜 II(HMO) 21-1

어느 정도 수준의 Medi-Cal 또는 Extra Help를 보장 받는 사람에게 좋은 선택의 플랜입니다.

### Central Health San Mateo Medicare 플랜(HMO) 018

이 플랜은 Medi-Cal 또는 Special Needs 플랜 가입 조건에 해당하지 않는 분에게 좋은 선택지입니다. 이 플랜은 처방약의 비용을 감소함과 동시에, 추가적 서비스와 혜택을 추가합니다.

Central Health Medicare 플랜은 Medicare과의 계약이 수반되는 HMO/HMO SNP 플랜입니다. Central Health Medicare 플랜 가입 여부는 계약 갱신에 따릅니다. 만성 질환에 대한 특수 보조 혜택(Special Supplemental Benefits)이기에, 가입자가 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 대상 조건에 해당해야 합니다.

## 연락하기



무료 통화 번호  
1-866-314-2427, TTY 711



웹사이트 방문하기  
centralhealthplan.com



운영 시간  
오전8시-오후 8시, 주 7일



주소  
2400 E. Katella Ave., Suite 1100  
Anaheim, CA 92806



센트럴 헬스  
메디케어 플랜



센트럴 헬스  
메디케어 플랜

## 주요혜택

북가주  
알라메다, 콘트라 코스타, 프레즈노,  
샌호아킨, 산타클라라, 샌머테이오  
2024

Central Health  
**Focus Plan**  
(HMO C-SNP) 006  
FR, SC, AL, CC, SJ,

Central Health  
**Premier Plan I**  
(HMO) 20-1  
SC, SJ, FR, AL, CC

Central Health  
**Premier Plan II**  
(HMO) 21-2  
SC, SJ, FR, AL, CC

Central Health  
**San Mateo Medicare Plan**  
(HMO) 018  
SM

플랜 세부 사항	CENTRAL HEALTH FOCUS 플랜 (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE 플랜 (HMO) 018
월 플랜 보험료	\$0	\$0	\$41 <sup>4</sup>	\$0
파트 B 리베이트	\$35	\$0	\$0	\$0
공제액 (Deductible)	없음	없음	없음	없음
가입자 부담 최대 한도액 (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)	\$1,800	\$3,200	\$1,199	\$3,850
종합적 건강관리	플랜 006	플랜 20-1	플랜 21-2	플랜 018
주치의(Primary Care Providers)	\$0	\$0	\$0	\$0
전문의(Specialists) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
긴급 진료 (Urgent Care)	\$0	\$0	\$0	\$0
진단 검사 및 시술 <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Lab Services <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
MRI, CAT 스캔 <sup>1</sup>	\$0-\$75	\$0-\$50	\$0	\$0-\$150
엑스레이 <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
물리치료 <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
병원 및 응급 치료	플랜 006	플랜 20-1	플랜 21-2 <sup>5</sup>	플랜 018
병원 입원 <sup>1</sup>	\$0	\$0 (하루당, 1-4일 까지) \$100 (하루당, 5-10일 까지) \$0 (하루당, 11-90일 까지)	\$50 (하루당, 1-6일 까지) \$0 (하루당, 7-90일 까지)	\$200 (하루당, 1-5일 까지) \$0 (하루당, 6-90일 까지)
병원 외래 <sup>1</sup>	\$0	\$0-\$150	\$0-\$150	\$0-\$200
응급 진료 (ER) <sup>2</sup>	\$0-\$125	\$0-\$100	\$0-\$100	\$0-\$90
구급차(지상 이동) <sup>1</sup>	\$0-\$100	\$0-\$150	\$0-\$150	\$0-\$250

처방 약 보장범위	CENTRAL HEALTH FOCUS 플랜 (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE 플랜 (HMO) 018
파트 D 공제액 (Deductible) (TIER 2-5)	\$0	\$0	\$0	\$0
초기 보장 (Initial Coverage) 약품비용(올해 초부터 현재까지)이 \$5,030에 도달할 때까지는 초기 단계 보장범위에 속합니다. Central Health 플랜과 계약 맺은 리테일 약국 (1달/30일 치)				
TIER 1: 우선 제네릭 약	\$0	\$0	\$0	\$0
TIER 2: 제네릭 약	\$0	\$0	\$0	\$0
TIER 3: 우선 브랜드 약	\$35	\$35	\$35 <sup>4</sup>	\$35
TIER 4: 비우선 브랜드 약	\$75	\$75	\$75 <sup>4</sup>	\$75
TIER 5: 특수 단계 의약품	33%	33%	33% <sup>4</sup>	33%
TIER 6: 선별 진료 의약품	\$0	\$0	\$0	\$0
보장 갭 (Coverage Gap) 올 초부터 현재까지의 "가입자 부담 비용" (본인이 지불하는 금액)이 총 \$8,000에 도달할 때까지 이 단계에 속합니다.				
TIER 1: 우선 제네릭 약	\$0	\$0	\$0	\$0
TIER 2: 제네릭 약	\$0	\$0	\$0	\$0
TIER 3: 우선 브랜드 약	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
TIER 4: 비우선 브랜드 약	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
TIER 5: 특수 단계 의약품	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
TIER 6: 선별 진료 의약품	\$0	\$0	\$0	\$0

<sup>1</sup> 서비스에 승인 및/또는 의뢰가 요구될 수 있습니다.  
<sup>2</sup> 72시간 이내에 병원에 입원하거나 응급실에 재입원하는 경우 본인부담금이 면제됩니다.  
<sup>3</sup> 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 세부 사항은 보장범위 증명서(EOC)를 참고하세요.  
<sup>4</sup> 받고 있는 Extra Help(추가적 도움) 수준에 따름. 귀하의 비용은 아마도 더 적을 것입니다.  
<sup>5</sup> 본인의 Medi-Cal이 Medicare 보장 서비스에 대한 공동 부담을 보장하지 경우 본인부담 비용이 더 더 적을 수 있어요

추가적 혜택 및 서비스	CENTRAL HEALTH FOCUS 플랜 (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER 플랜 II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE 플랜 (HMO) 018
정기 시력 검사 <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
안경류 보조금 <sup>1,3</sup>	매년 \$150; 모든 시력 품목 보장범위에 포함됨	매년 \$300; 모든 시력 품목 보장범위에 포함됨	매년 \$300; 모든 시력 품목 보장범위에 포함됨	매년 \$300; 모든 시력 품목 보장범위에 포함됨
예방적 치료 진료 <sup>3</sup> 예: 구강 검사, 엑스레이, 세척 등)	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41
보청기 <sup>1</sup>	\$2,000 허용	\$2,000 허용	\$3,000 허용	\$2,000 허용
차량 서비스 <sup>1</sup>	\$0 24회의 편도 교통편 지원, 플랜에서 승인한 장소에 해당 (한정거리 50마일)	\$0 24회의 편도 교통편 지원, 플랜에서 승인한 장소에 해당 (한정거리 50마일)	\$0 48회의 편도 교통편 지원, 플랜에서 승인한 장소에 해당 (한정거리 50마일)	\$0 24회의 편도 교통편 지원, 플랜에서 승인한 장소에 해당 (한정거리 50마일)
침 치료 <sup>1</sup>	\$0 (무제한 치료)	\$0 (무제한 치료)	\$0 (무제한 치료)	\$0 (무제한 치료)
웰니스 프로그램	플랜 006	플랜 20-1	플랜 21-2	플랜 018
헬스장 멤버십 - SilverSneakers <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
건강 식품 보조금 <sup>3</sup>	매달 \$25까지 식품 구입시 사용	매달 \$25까지 식품 구입시 사용	매달 \$25까지 식품 구입시 사용	매달 \$25까지 식품 구입시 사용
Made Easy Meals <sup>1,3</sup>	\$0 하루 2끼 14일간, 일 년에 4회	\$0 하루 2끼 14일간, 일 년에 4회	\$0 하루 2끼 14일간, 1년에 4회	보장범위에 속하지 않음
원격 진료	\$0	\$0	\$0	\$0
개인 비상대응 시스템(Personal Emergency Response System, PERS) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
CHP 플렉스 카드 (FLEX CARD)	플랜 006	플랜 20-1	플랜 21-2	플랜 018
일반의약품(OTC) 품목	매달 \$46 Herbal Catalog 포함	매달 \$41 Herbal Catalog 포함	매달 \$50 Herbal Catalog 포함	매달 \$41 Herbal Catalog 포함
피트니스 보조금	해당 없음	매달 \$20	매달 \$20	해당 없음
치과 보조금	해당 없음	해당 없음	6개월마다 \$165	해당 없음

