CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

혜택 요약

2024

Ventura

센트럴 헬스
벤투라 메디-메디 플랜
(HMO D-SNP) (009)

H5649_009_SB_2024_M_KR

2024 년 혜택 요약

센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) H5649-009

2024 년 1월 1일 ~ 12월 31일

센트럴 헬스 메디케어 플랜은 Medicare와 계약을 맺은 HMO입니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다. 또한 본 플랜은 CA Medicaid 프로그램과의 서면 계약서를 통해 Medicaid 혜택을 조율합니다.

제공되는 혜택 정보는 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 또는 예외 사항을 열거하지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면 www.centralhealthplan.com에서 "보험 적용 확인서"를 액세스 하십시오.

이 플랜은 Medicare와 Medicaid 모두에 적격인 사람들을 위한 **Dual Eligible Special Needs Plan(D-SNP)**입니다. 이중 자격 수혜자로서 귀하의 서비스 비용은 Medicare에서 먼저 지불한 후 Medicaid에서 지불합니다. Medicaid의 지원 비용 범위는 귀하가 보유하고 있는 Medicaid 자격 유형에 따라 다릅니다. **센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP)**에 가입하려면 다음 Medicaid 자격 범주 중 하나에 속해야 합니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동 보험료 및 본인 부담금을 지불합니다. 해당하지 않는 경우 가입자는 어떠한 Medicaid 혜택도 받을 자격이 없습니다.
- **적격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동 보험료 및 본인 부담금을 지불합니다. 또한 귀하는 Medicare 보장에 부차적으로 Medicaid의 모든 혜택을 받을 수 있습니다.
- **전체 혜택 이중 자격 - Medicaid에만 해당:** 귀하는 전체 Medicaid 혜택을 받을 수 있습니다. Medicaid는 Medicare 비용 분담에 지원을 제공할 수 있습니다. 일반적으로 Medicare와 Medicaid 모두에서 보장하는 경우 가입자의 비용 분담금은 $0입니다. Medicaid가 서비스 또는 혜택을 제공하지 않으면 Medicare 비용 분담금을 지불해야 하는 경우가 있을 수 있습니다.

Medicaid 자격 범주가 변경되면 비용 분담금도 증가하거나 감소할 수 있습니다. 이 플랜에 계속 가입되어 있으려면 Medicaid에 대한 자격 및 가입 상태를 유지해야 합니다. 또한 Medicare Part A 가입 유자격자이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며, 당사 서비스 지역에 거주하고 있어야 합니다. 캘리포니아 주에서 당사의 서비스 지역에 해당하는 카운티는 다음과 같습니다. Ventura.

응급 또는 긴급 상황을 제외하고, 귀하가 당사 네트워크에 없는 제공업체를 이용하는 경우 당사는 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대한 자세한 내용은 배포 중인 **"Medicare & You"** 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 Medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 연방 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

본 문서는 점자, 대형 활자 및 오디오 등의 기타 형식으로도 제공됩니다.

궁금하신 사항이 있으십니까? 센트럴 헬스 메디케어 플랜 가입자 서비스부((866) 314-2427, TTY: 711, 주 7일 오전 8시~오후 8시(PT))로 전화하거나 당사 웹사이트(www.centralhealthplan.com)를 방문하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
월 플랜 보험료 반드시 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다.	**$41** **Extra Help를 받는 경우 보험료가 더 낮아질 수 있습니다.**	**$0**
공제액	**공제액 없음**	**공제액 없음**
가입자 부담 최대한도액 (처방약 제외)	**연간 $0 이하**	**$0**
병원 입원*	**입원당 $0**	**본인 부담금 $0**
병원 외래*‡	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
수술 센터 외래*	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
의사 방문 • 주치의 • 전문의*	 **본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**	 **본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**
예방 진료 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. • 독감 백신, 당뇨병 선별검사 등*	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
응급 진료 72시간 이내에 병원에 입원하거나 ER에 재입원하면 본인 부담금이 면제됨	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
긴급 치료	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.
‡특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
진단 서비스/검사실/영상*		
• 진단 검사 및 시술	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
• 검사실 서비스	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
• MRI, CAT 스캔	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
• 엑스레이 촬영	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
청각 진료 서비스		
• Medicare 보장 청력 검사	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
• 정기 청력 검사 매년 1회	**본인 부담금 $0**	**Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.**
• 보청기 피팅 및 평가 매년 1회	**본인 부담금 $0**	
• 보청기*	**NationsHearing을 통한 연간 보청기 보조금 한도: $3,000**	
치과 서비스†		
• Medicare 보장 치과 서비스*	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
• 예방 치과 진료(예: 구강 검사, 엑스레이, 스케일링)	**본인 부담금 $0 - $41**	**Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.**
종합 치과*		
• 진단 서비스	**본인 부담금 $0 - $15**	**Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.**
• 수복 서비스	**본인 부담금 $0 - $424**	
• 근관 치료	**본인 부담금 $0**	
• 치주염 치료	**본인 부담금 $0**	
• 발치	**본인 부담금 $0 - $237**	
• 치과 보철의, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스	**본인 부담금 $0 - $2,160**	
• 비정기 서비스	**본인 부담금 $0 - $166**	

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.
†제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
안과 서비스*† • Medicare 보장 눈 검사 • Medicare 보장 안경류 • 정기 눈 검사 • 망막 영상 촬영 • 안경류 보조금	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0** 매년 1회 검사 **본인 부담금 $0** 매년 1회 검사 **연간 최대 $300**	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0** **Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.**
정신 건강 서비스* • 외래환자 개인 치료 • 외래환자 집단(심리)요법	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**
전문 간호 시설(SNF)*	1 - 100일간 1일당 **본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
물리치료*	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
구급차(지상)*	**탑승당 본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
구급차(항공)*	**본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0**
차량 서비스*	**플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 24회에 $0**	**Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.**
Medicare Part B 의약품* • 화학요법 의약품 • 기타 Part B 의약품 • Part B 인슐린 의약품	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.
†제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

외래환자 처방약		
	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)	
Part D 공제액 (2~5단계)	**$0[1]** **[1]제공되는 Extra Help 수준에 따라 다름**	
	소매 Rx 30일분	**우편 주문 100일분**
Part D 인슐린 3단계 - 우선 브랜드 약	**본인 부담금 $35**	**본인 부담금 $70**
초기 보장 약물 비용이 $5,030에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 있음 (연초부터 현재까지) **1단계 - 우선 제네릭 약** **2단계 - 제네릭 약** **3단계 - 우선 브랜드 약** **4단계 - 비우선 브랜드 약** **5단계 – 특수 단계 의약품** **6단계 - 선별 진료 의약품**	**본인 부담금 $0** **제네릭 약[1]의 경우 $0, $1.55 또는 $4.50** **브랜드 약[1]의 경우 $0, $4.60 또는 $11.20** **본인 부담금 $0** **[1]제공되는 Extra Help 수준에 따라 다름**	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**
보장 차이 가입자는 연초부터 현재까지의 "본인 부담 비용"(가입자 지불 금액)이 총 $8,000에 도달할 때까지 이 단계에 해당됩니다. **1단계 - 우선 제네릭 약** **2단계 - 제네릭 약** **3단계 - 우선 브랜드 약** **4단계 - 비우선 약** **5단계 – 특수 단계 의약품** **6단계 - 선별 진료 의약품**	**본인 부담금 $0** **제네릭 약[1]의 경우 $0, $1.55 또는 $4.50** **브랜드 약[1]의 경우 $0, $4.60 또는 $11.20** **본인 부담금 $0** **[1]제공되는 Extra Help 수준에 따라 다름**	**본인 부담금 $0** **본인 부담금 $0**

외래환자 처방약	
	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)
비상 보장 연초부터 현재까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 $8,000에 도달하면 이 단계에 해당됩니다.	이 단계 동안 이 보험상품은 보장 Part D 약물에 대한 비용 전액을 지불합니다. 재난 보장 단계에 들어가면 해당 연도가 끝날 때까지(2024년 12월 31일까지) 이 지불 단계를 유지하게 됩니다.

선택한 약국에 따라, 그리고 Part D 혜택의 새로운 단계로 진입했을 때 비용 분담금이 변경될 수 있습니다.

추가 혜택	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)
연중무휴 24시간 원격 의료	**본인 부담금 $0**
침술* • Medicare 보장 침술	**본인 부담금 $0**
척추 교정 요법 서비스* • Medicare 보장 척추 교정	**본인 부담금 $0**
내구성 의료 장비(DME)*	**본인 부담금 $0**
Flex 카드 소매점에서 아래 나열된 모든 개별 혜택에 사용할 수 있는 하나의 카드가 있습니다. • **일반의약품(OTC) 품목** • **피트니스 보조금**	**매달 최대 $47** **매월 최대 $20**
Gym 멤버십*	**본인 부담금 $0**
건강 식품 보조금‡ 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	**대상이 되는 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 건강 식품에 대해 매월 최대 $25**
허브 카탈로그	**카탈로그에 있는 제품은 일반 의약품(OTC) 보조금을 통해 보장됩니다. 이러한 품목은 보험상품에 대해 승인을 받은 공급업체를 통해서만 주문할 수 있지만 소매점에서는 주문할 수 없습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.**
식사 **(간편 식사)*‡**	**12개월 동안 매월 식사 14회(총 168회)를 받습니다. 식사는 매월 1회 배달됩니다.**
개인 응급 대응 시스템(PERS)*	**본인 부담금 $0**

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.
‡특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

추가 혜택	센트럴 헬스 벤투라 메디-메디 플랜 (HMO D-SNP) (009)
체중계 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	**본인 부담금 $0**
전 세계 응급 진료 • 긴급 치료 • 응급실 • 응급 이송	**본인 부담금 $0** **최대 보장 $50,000**

Medi-Cal이 보장하는 혜택의 요약

센트럴 헬스 메디케어 플랜 캘리포니아 통해 서비스를 이용할 수 있습니다

혜택 요약에 설명된 Medicare 서비스 외에, 귀하는 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다음과 같은 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있습니다. 자격 규정, 전체 서비스 목록 및 Medi-Cal 혜택에 대한 추가 정보를 보려면 www.centralhealthplan.com을 방문하십시오.

입원 환자 병원 케어	진단 시험, 실험실 및 방사선 서비스 및 X-레이
입원 환자 정신 건강 케어	외래 환자 병원 서비스
전문 간호 시설(SNF)	외래 환자 약물 남용 서비스
응급 진료	신장 투석
긴급 진료 서비스	구급차 서비스
가정 의료 케어	정기 운송
호스피스	당뇨병 소모품 및 서비스
진료소 방문	내구성 의료 장비(DME)
예방 진료	보철 장치
발 치료	예방접종
원격 의료	치과 서비스
언어 치료	안과 서비스
물리 치료/작업 치료	청각 진료 서비스
정신 건강 케어	처방약 혜택

위의 카테고리는 귀하의 Medi-Cal 계약에 명시된 보장 및 제한 정책의 적용을 받습니다.

궁금하신 사항이 있으십니까? 보장 서비스에 대해 지불하는 비용은 Medal-Cal 자격 수준에 따라 달라질 수 있습니다. Medal-Cal 자격과 보장되는 혜택에 대해 궁금한 사항은 1-800-221-3943으로 문의하십시오.