



언제나 활기찬 라이프

2020 혜택 요약서

메디케어 우대보험 HMO
처방약 포함

샌 호아킨(San Joaquin) 카운티
산타 클라라(Santa Clara) 카운티



Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

서비스 지역	반드시 San Joaquin 카운티에 거주	반드시 Santa Clara 카운티에 거주	반드시 San Joaquin 카운티 또는 Santa Clara 카운티에 거주
기타 자격 요건	반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 보유	반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 보유	반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 보유
최대 본인 부담액	\$3,200	\$3,200	\$6,700 일부 가입자에 대해 Medicaid 또는 제삼자가 일부나 전부를 지불해 줄 수도 있습니다.
파트 C 월별 보험료	\$0	\$0	\$0
파트 D 월별 보험료	\$0	\$0	\$32.00* 일부 가입자에 대해 Medicaid 또는 제삼자가 일부나 전부를 지불해 줄 수도 있습니다.

*파트 D 월 보험료는 귀하가 받는 추가 지원의 수준에 따라 달라질 수 있습니다.

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

간호사 상담 전화	\$0	\$0	\$0
주치의 방문	\$0	\$0	\$0
전문의 방문	\$0	\$0	\$0
재활 서비스 (물리치료, 언어치료, 작 업치료)	\$0	\$0	20% 종합 Medicaid 가입자의 경우 이 공동보험액의 전액 또는 일 부를 Medicaid나 제3자가 부 담할 수 있습니다.
검사실 검사	\$0	\$0	\$0

당뇨병 소모품	\$0	\$0	\$0
엑스레이	\$0	\$0	<p>20% 종합 Medicaid 가입자의 경우 이 공동보험액의 전액 또는 일 부를 Medicaid나 제3자가 부 담할 수 있습니다.</p>
복합 진단 (MRI, CT 스캔)	\$45	\$0	<p>20% 종합 Medicaid 가입자의 경우 이 공동보험액의 전액 또는 일 부를 Medicaid나 제3자가 부 담할 수 있습니다.</p>
가정 건강 관리	\$0	\$0	\$0
긴급 진료 방문	\$0	\$0	\$0

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

구급차 서비스

\$125
(24시간 이내 입원시 면제)

\$100
(24시간 이내 입원시 면제)

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우 이 공동보험액의 전액 또는 일부를 Medicaid나 제3자가 부담할 수 있습니다.

응급실 방문

\$75
(24시간 이내 입원시 면제)

\$45
(24시간 이내 입원시 면제)

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우 이 공동보험액의 전액 또는 일부를 Medicaid나 제3자가 부담할 수 있습니다.

입원환자 입원 (급성 치료)

제1일-제90일에 대해 하루 \$0, (\$0 무제한 추가 일 수)

제1일-제90일에 대해 하루 \$0, (\$0 무제한 추가 일 수)

\$1,364 공제액* 제1일-제60일; 하루 \$341, 제61일-제90일;*

전문 간호 시설 (병원 사전 입원 불 필요)

하루 \$0, 제1일-제20일;
하루 \$50, 제21일-제75일;
하루 \$75, 제76일-제100일

하루 \$0, 제1일-제20일;
하루 \$50, 제21일-제75일;
하루 \$75, 제76일-제100일

하루 \$0, 제1일-제20일;
하루 \$170.50, 제21일-제100일*

입원환자 정신 건강

하루 \$100, 제1일-제16일, 제17일-제90일에 대해 \$0

제1일-제8일에 대해 하루 \$200, 제9일-제90일에 대해 \$0

\$1,364 공제액* 제1일-제60일; 하루 \$341, 제61일-제90일;*

*종합 Medicaid 가입자에 대해 이 공동보험액을 Medicaid 또는 제삼자가 일부나 전부를 지불해 줄 수도 있습니다. 비용 분담액은 2020년에 변경될 수 있습니다.

2020 혜택 요약서
5페이지

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

외래환자
정신 건강
방문

\$20

\$25

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우
이 공동보험액의 전액 또는 일
부를 Medicaid나 제3자가 부
담할 수 있습니다.

외래환자
외래
수술 센터에서의
수술

\$50

\$0

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우
이 공동보험액의 전액 또는 일
부를 Medicaid나 제3자가 부
담할 수 있습니다.

병원
외래환자
서비스 및
진단

\$70

\$50

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우
이 공동보험액의 전액 또는 일
부를 Medicaid나 제3자가 부
담할 수 있습니다.

내구성 의료
기구

20%

10%

20%
종합 Medicaid 가입자의 경우
이 공동보험액의 전액 또는 일
부를 Medicaid나 제3자가 부
담할 수 있습니다.

정기
청력 검사

\$0

\$0

\$0

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

보청기
보조금

\$500
연 한도

\$500
연 한도

\$500
연 한도

정기 침술
또는 지압요법사 방문

\$0
연간 최대 15회
의 통합 방문

\$0
연간 최대 15회
의 통합 방문

\$0
연간 최대 15회
의 통합 방문

피트니스 멤버십 -
SilverSneakers®

\$0
여러 장소의
연간 멤버십

\$0
여러 장소의
연간 멤버십

\$0
여러 장소의
연간 멤버십

플랜이 승인한
서비스 공급자로
가는
교통편

\$0
28회 편도 교통편
매년

\$0
32회 편도 교통편
매년

\$0
무제한 편도 교통편
매년

연간 최대 한도
전 세계
보장

한 해 \$50,000
미국 이외 지역에서
응급 진료나 긴급
진료를 받을 경우

한 해 \$50,000
미국 이외 지역에서
응급 진료나 긴급
진료를 받을 경우

한 해 \$50,000
미국 이외 지역에서
응급 진료나 긴급
진료를 받을 경우

2020 혜택 요약서
7페이지

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

정기 눈 검사 및 굴절 검사	\$0 (연 1회)	\$0 (연 1회)	\$0 (연 1회)
VSP Genesis 컬렉션의 안경테	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회
단초점 렌즈, 이중 초점, 삼중 초점, 렌티큘러 또는 표준 프로그레시브 렌즈	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회
포토크로믹 및 폴리카 보네이트 렌즈 업그레이드	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회
UV 코팅, 반사 방지 및 긁힘 방지 렌즈	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회	무료 24개월마다 1회

2020 혜택 요약서
8페이지

Choice (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티

Choice (HMO)
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

Plus (HMO)
산 호아킨(San Joaquin) 카운티 와
산타 클라라(Santa Clara) 카운티

1단계 - 우선적 복제약 30일치	\$0	\$0	\$0
2단계 - 복제약 30일치	\$5	\$3	\$0, \$1.30, \$3.60 또는 15% (저소득 보조금 기준). 또는 저소득 보조금이 없는 경우 25%
3단계 - 우선적 브랜드 약 30일치	\$35	\$25	\$0, \$3.90, \$8.95 또는 15% (저소득 보조금 기준). 또는 저소득 보조금이 없는 경우 25%
4단계 - 비우선적 약 30일치	\$90	\$85	\$0, \$3.90, \$8.95 또는 15% (저소득 보조금 기준). 또는 저소득 보조금이 없는 경우 25%
5단계 - 특수 약 30일치	33% 공동보험액	33% 공동보험액	\$0, \$3.90, \$8.95 또는 15% (저소득 보조금 기준). 또는 저소득 보조금이 없는 경우 25%
6단계 - 백신	\$0	\$0	\$0

처방약 보장 공백

1단계
2단계

1단계
2단계

1단계

재해성
보장

연 최대 본인 부담 비용이 \$6,350에 도달한 이후, 가입자는 다음 중 큰 금액 지불: 비용의 5%, 또는 \$3.60(복제약에 대해, 복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함) 및 기타 모든 약에 대해 \$8.95

실테나필시트르산염
(발기부전) 처방약
(30 일당 6 정)

\$5

\$3

\$0, \$3.90, \$8.95 또는 15% (저소득 보조금 기준).
또는 저소득 보조금이 없는 경우 25%

비처방 (OTC) 품목
보조금

\$30
분기별

\$40
분기별

\$55
분기별

예방적 치과 보장

보장 된 서비스

보장 된 서비스

보장 된 서비스

종합
치과 보장

보장되지 않는 서비스

보장 된 서비스

보장 된 서비스

Vitality Health Plan of California는 Medicare와 계약된 HMO입니다.
Vitality Health Plan of California 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.