

혜택 및 보장 범위 요약서

보장 기간 01/01/2026~12/31/2026

Prestige Plan (HMO)

H4647-002

이 혜택 및 보장 범위 요약서는 당사가 보장하는 내용과 귀하가 부담하는 금액을 요약한 것입니다. 당사가 보장하는 모든 서비스나 제한, 제외 사항을 나열한 것은 아닙니다. 당사가 보장하는 서비스 전체 목록은 회원 서비스로 전화하시거나

UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources 를 방문해 보장 범위 증빙 자료에서 확인하실 수 있습니다.

플랜 소개

플랜 서비스 지역은 캘리포니아주 로스앤젤레스 카운티입니다.

플랜에 대한 자세한 내용은 회원 서비스 무료 전화 1-833-627-8252(TTY 711)번으로 전화하시거나 **UCLAHealthMedicareAdvantage.org** 를 방문하십시오. 운 H4647_SB-PRES-CY26_M 1일부터 9월 30일, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)이며, 모든 연방 공휴일은 제외됩니다. 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일, 추수감사절과 크리스마스를 제외하고 주 7일 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)입니다.

UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers 에서 네트워크 소속 의료 제공자를 검색하거나, **UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy** 에서 온라인 디렉토리를 통해 네트워크 소속 약국을 검색하실 수 있습니다.

UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary 에서 플랜 의약품 목록을 확인하여 보장되는 의약품과 제한 사항을 확인하실 수도 있습니다.

UCLA Health Medicare Advantage Plan은 의사, 병원, 약국 및 기타 의료 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고, 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하는 경우, 플랜은 해당 서비스를 보장하지 않습니다.

'Medicare & You' 핸드북에서 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 추가 정보와 이용 가능한 건강 및 의약품 플랜 목록을 확인하실 수 있습니다. 'Medicare & You' 핸드북은 매년 9월, Medicare 수혜 자격이 있는 가구에 발송되며, 최신 핸드북은 [medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) 에서 다운로드할 수 있습니다. www.medicare.gov 에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받아보실 수 있습니다. 24시간 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시기 바랍니다.

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO)

보험료, 공제액 및 한도

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

월 보험료 (파트 C 및 파트 D 보험료 포함, 합산)	\$45 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부해 주셔야 합니다.
연간 의료 공제액	이 플랜에는 의료 공제액이 없습니다.
최대 본인 부담액 (처방약 제외)	\$1,499 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받은 Medicare 보장 서비스 및 용품에 대해 매년 본인 부담하는 최대 금액입니다. 파트 D 처방약에 대한 본인 부담액은 이 금액에 포함되지 않습니다.

의료 혜택

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

입원 병원 보장 ¹	입원 기간당 코페이 \$0 이 플랜은 입원 기간(접수당) 내 입원 일수를 무제한으로 보장합니다.	
외래 병원 보장 ¹	외래 병원(수술 포함)	코페이 \$0
	외래 병원 관찰 서비스	코페이 \$0
외래 수술 센터(ASC) 보장 ¹	코페이 \$0	
의사 진료	주치의	코페이 \$0
	전문의 ¹	코페이 \$0
	가상 진료	코페이 \$0(네트워크 원격 진료 제공자와 실시간 오디오 및 비디오를 통해 온라인으로 상담하는 경우)

¹ 플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

의료 혜택

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

예방 진료	정기 검진	코페이 \$0(연 1 회)
	Medicare 보장	코페이 \$0
	당사의 플랜은 다음을 포함한 다양한 예방 서비스를 제공합니다. • 복부 대동맥류 검사 • 알코올 남용 상담 • 연례 건강 검진 • 골량 측정 • 유방암 검사(유방 촬영) • 심혈관 질환(행동 치료) • 심혈관 검사 • 자궁경부암 및 질암 예방 검사 • 대장암 검사¹ 및 대장 내시경¹, FOBT 및 FIT 키트 • 우울증 검사 • 당뇨병 검사 및 모니터링 • C 형 간염 검사 • HIV 검사 • 예방접종³ • 저선량 컴퓨터 단층촬영을 이용한 폐암 검사(LDCT) • 의료 영양 치료 서비스 • Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) • 비만 검사 및 상담 • 전립선 검사 • 성매개감염 검사 및 상담 • 금연 상담(담배 관련 질환 징후가 없는 분들을 위한 상담) • 독감, B 형 간염, 폐렴 또는 코로나 19 백신 접종 • 'Welcome to Medicare' 예방 진료 (1 회) 계약 연도 중 Medicare 에서 승인한 추가 예방 서비스는 보장됩니다. 이 플랜은 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 예방 진료 검사 및 연례 신체검사를 100% 보장합니다.	

¹플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

³여행, 업무 또는 학업 목적으로 받은 예방 접종은 보장되지 않습니다.

의료 혜택

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

응급 치료	코페이 \$75 36 시간 이내에 병원에 입원하시는 경우, 응급 치료 코페이 대신 입원 병원 코페이 금액을 지불하셔야 합니다. 기타 비용은 이 책자의 '입원 병원 치료' 섹션을 참조하십시오. 미국 외 지역에서 응급 치료를 받으시는 경우, 방문당 코페이 \$75 가 부과됩니다. 미국 외 지역에서 응급 치료를 받으시는 경우, 입원하더라도 응급 치료 코페이 금액이 면제되지 않습니다. 전 세계 모든 서비스에 대해 최대 \$50,000 까지 보장됩니다.	
긴급 필요 서비스	코페이 \$15 미국 외 지역에서 긴급하게 치료를 받으시는 경우, 방문당 코페이 \$15 가 부과됩니다. 전 세계 모든 서비스에 대해 최대 \$50,000 까지 보장됩니다.	
진단 검사, 검사실 및 방사선 서비스, 엑스레이 ¹	진단 방사선 서비스(예: MRI, CT 스캔)	코페이 \$0(진단용 유방 촬영마다) 코페이 \$10(MRI 또는 CT) 코페이 \$50(PET)
	검사실 서비스	코페이 \$0
	진단 검사 및 기술	코페이 \$0
	치료 방사선	코인슈어런스 20%
	외래 엑스레이	코페이 \$0
청력 서비스	청력 및 균형 문제 진단 및 치료 검사 ¹	코페이 \$0
	정기 청력 검사 ²	코페이 \$0(연 1 회)
	정기 보청기 ²	코페이는 다양한 보청기 모델에 따라 \$195~\$1,395 까지 부과될 수 있습니다. 매년 최대 2 대. 귀 한쪽에 보청기 1 대로 제한.

¹ 플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

² 혜택은 해당 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다.

의료 혜택

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

정기 치과 서비스 ²	예방 및 종합 연간 공제액 없음	스케일링과 같이 보장되는 예방 서비스에 대한 코페이 \$0. 충전 및 크라운과 같이 보장되는 서비스에 대한 코페이 \$7~\$410. 틀니, 신경치료 등의 서비스에 대한 코페이 \$16~\$656.
	시력 관리 서비스	눈 질환 및 상태 진단 및 치료 검사 ¹
	정기 시력 검사 ²	코페이 \$0(연 1 회)
	정기 안경 착용 ²	안경 또는 콘택트렌즈 착용 시 수당 \$250
	백내장 수술 후 안경 착용 ²	코페이 \$0(수당 \$150 - 안경 렌즈 및 안경테, 또는 콘택트렌즈 구매 시 한쪽 당)
정신 건강 서비스 ¹	입원 진료	입원당 코페이 \$0
	외래 개인 치료	코페이 \$15
	외래 그룹 치료	코페이 \$15
전문 간호 시설(SNF) ¹	코페이 \$0/일(1 일차~20 일차) 코페이 \$75/일(21 일차~100 일차) SNF 이용 시 최대 100 일까지 보장합니다.	
외래 재활 서비스 ¹	물리 치료 및 언어 치료	코페이 \$0
	작업 치료	코페이 \$0

¹ 플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

² 혜택은 해당 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다.

의료 혜택

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 제공자 목록을 참조하십시오.

구급차 응급이 아닌 경우, 담당 의료진의 사전 승인이 필요합니다.	코페이 \$100(지상 교통편) 코인슈어런스 20%(항공 교통편) ¹	
신장 투석 ¹	코인슈어런스 20%	
Medicare 파트 B 처방약 표시된 비용 분담은 파트 B 처방약에 대해 귀하가 부담하는 최대 금액입니다. 특정 약물의 경우, 더 적게 부담할 수도 있습니다. 파트 B 약물은 단계적 치료의 대상이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 보험 보장 범위 증빙 자료를 참조하십시오.	항암 화학요법 약물 ¹	코인슈어런스 0~20%
	파트 B 보장 인슐린 ¹	\$0
	기타 파트 B 약물 ¹	코인슈어런스 0~20%(기타 모든 약물에 해당)
침술 서비스	요통 치료를 위한 Medicare 보장 침술 90 일 동안 12 회 진료 포함. 의학적 필요에 따라 세션이 추가될 수 있습니다. 연간 최대 진료 20 회.	코페이 \$0
카이로프랙틱 서비스	Medicare 보장 카이로프랙틱 치료 아탈구 교정을 위한 수기 치료	코페이 \$0

¹플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

처방약 보장

이 플랜은 응급 또는 긴급 상황을 제외한 네트워크 외부 약국의 처방약은 보장하지 않습니다. 네트워크 내 약국 목록은 UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy 에서 약국 안내를 참조해 주시고, 자세한 내용은 UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources 에서 보장 근거를 참조해 주십시오.

연간 처방약 공제액	연간 처방약 공제액 \$250 는 3, 4, 5 등급 의약품에만 적용됩니다.			
초기 보장	이 단계에서는 플랜이 비용 일부를 부담하며, 가입자는 코페이나 코인슈어런스를 지불합니다. 연간 누적 약물 비용이 \$2,100 에 도달할 때까지 이 단계에 해당합니다. 그 이후에는 재난 등급으로 이동합니다.			
등급별 약물 보장	소매		우편 주문	
	30 일분 ⁴	100 일분	30 일분	100 일분
1 등급: 선호 복제약	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0
2 등급: 복제약	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0	코페이 \$0
3 등급: 선호 브랜드	코페이 \$47	코페이 \$141	코페이 \$47	코페이 \$117.50
3 등급: 보장 인슐린 약물	코페이 \$35	코페이 \$105	코페이 \$35	코페이 \$87.50
4 등급: 비선호 약물	코인슈어런스 45%	코인슈어런스 45%(90 일분으로 제한)	코인슈어런스 45%	코인슈어런스 45%(90 일분으로 제한)
5 등급: 특수 등급	코인슈어런스 30%	보장되지 않음	코인슈어런스 30%	보장되지 않음
재난 보장	총 본인 부담금이 \$2,100 에 도달하면 해당 플랜 연도의 나머지 기간 동안 Medicare 파트 D 보장 약물에 대해 비용을 지불하지 않아도 됩니다.			
추가 보장 약물 이 약물은 Original Medicare 로 보장되지 않습니다.	이 플랜은 이 추가 약물을 2 등급 약물로 보장합니다. 실데나필(Sildenafil, 비아그라 복제약)			

⁴ 장기 요양 시설 거주자는 31 일분에 대해 소매 약국에서의 30 일분에 동일한 금액을 지불합니다.

추가 혜택

이러한 혜택은 플랜의 특정 의료 서비스 제공업체나 공급업체를 통해서만 제공됩니다. 자세한 내용은 UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources 에서 보장 범위 증빙 자료를 참조하십시오.

당뇨 관리	당뇨 모니터링 용품 ¹	코인슈어런스 20%(지속적 혈당 모니터링) 코페이 \$0(기타 모든 당뇨 용품)
	당뇨 자가 관리 교육 ¹	코페이 \$0
	치료용 신발 또는 인서트 ¹	코페이 \$0
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품	DME(예: 휠체어, 산소) ¹	코인슈어런스 50%(파워 스쿠터) 코인슈어런스 20%(기타 모든 DME)
	보철물(예: 교정기, 의족) ¹	코인슈어런스 0%(인공항문 용품) 코인슈어런스 20%(기타 모든 기기)
피트니스 프로그램 ²	코페이 \$0 (SilverSneakers®, 참여 피트니스 센터의 표준 월간 멤버십, 온라인 수업, 워크숍 등을 포함한 피트니스 혜택)	
플렉스 수당 – 스마트 베네핏 카드 앤모어 ²	수당 \$700(허용된 장소에서 보장되는 치과, 시력 및 청력 서비스에 대해 스마트 베네핏 카드로) 사용하지 않은 허용 한도는 다음 해로 이월되지 않습니다.	
발 관리(족부 치료 서비스)	발 검사 및 치료 ¹	코페이 \$0
	정기 발 관리 ¹	코페이 \$0
가정 건강 관리 ¹	코페이 \$0	
호스피스	Medicare 승인 호스피스에서는 호스피스 케어에 대한 비용을 부담하지 않습니다. 약품 및 임시 간호 비용의 일부를 부담해야 할 수 있습니다. 호스피스는 Original Medicare 에서 보장하며, 당사 플랜에는 포함되지 않습니다.	
가정 내 관리 ²	월 8 시간까지 전문 간병 서비스(동반, 식사 준비, 복약 알림 등 포함)에 대해 코페이 \$0. 일부 제한 사항이 적용됩니다.	
오피오이드 치료 프로그램 서비스 ¹	코페이 \$15	
외래 약물 남용 ¹	외래 개인 치료	코페이 \$15
	외래 그룹 치료	코페이 \$15

¹ 플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

² 혜택은 해당 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다.

추가 혜택

일부 혜택은 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다. 자세한 내용은 각주와 UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources 에서 플랜의 보장 범위 증빙 자료를 참조하십시오.

일반의약품(OTC) 수당 - 스마트 베니핏 카드 앤모어 ²	스마트 베네핏 카드로 3개월마다 진통제, 감기약, 비타민 등 일반의약품(OTC) 구매 시 \$100를 매장이나 온라인에서 할인받을 수 있습니다. 미사용 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. • 비타민, 진통제, 치약 등 수천 가지의 브랜드 및 일반의약품(OTC)을 선택하실 수 있습니다. • 수천 개의 참여 매장에서 쇼핑하세요.	
맞춤형 식사 계획 ²	코페이 \$0(온라인 의료 맞춤형 레시피 개발 및 식사 계획 서비스)	
퇴원 후 식사 ^{1,2}	코페이 \$0(입원 또는 전문 간호 시설(SNF) 입원 중 최대 30 일 동안 28 회 가정 배달 식사 제공, 자격 요건 충족 시)	
정기 침술 혜택 ²	연간 최대 12 회 치료	코페이 \$0
정기 카이로프랙틱 혜택 ²	연간 최대 12 회 치료	코페이 \$0
정기 교통편 ²	승인된 의료 시설 이동 시 교통편 왕복 24 회 제공. 각 탑승은 편도 이동으로 간주됩니다. 제한 및 제외 사항이 적용됩니다.	
원격 의료 ²	허가받은 의료 제공자와의 비응급 가상 진료를 24 시간 연중무휴로 이용하실 수 있습니다.	

¹ 플랜의 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

² 혜택은 해당 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다.

만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)

만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)은 자격을 갖춘 Prestige Plan 가입자에게 제공됩니다. 수혜 자격을 갖추려면 건강 위험 평가를 완료하고 모든 보장 기준을 충족하며, 다음 만성 질환 중 하나 이상을 앓고 있어야 합니다: 만성 신장 질환, 만성 심부전, 당뇨병 단순히 질환이 있다고 해서 자격이 보장되는 것은 아니며, 추가 요건을 충족해야 합니다.

건강한 식품 혜택 스마트 베네팩 카드 앤모어 ²	월 수당 \$40 (일부 식료품점에서 과일, 채소, 통곡물 등 건강한 식품 구매 시 스마트 베네팩 카드에 할인 혜택으로 제공) 미사용 금액은 다음 달로 이월되지 않습니다.
가정 안전 평가 ²	코페이 \$0 (가정 안전 평가 1 회)
가정 안전 개선 스마트 베네팩 카드 앤모어 ²	연간 수당 \$750 (가정 안전 개선을 위해 스마트 베네팩 카드에 할인 혜택으로 제공) 사용하지 않은 허용량은 이월되지 않습니다. 제한 및 제외 사항이 적용됩니다.
의료 맞춤형 식사 키트 ²	만성 질환 지원을 위한 맞춤형 식사 키트 13 개 각 식사 키트에는 개인 맞춤형 식단과 의학적 필요에 맞게 설계된 식사 재료 10 인분이 포함됩니다.

²혜택은 해당 플랜의 지정 공급업체를 통해서만 제공됩니다.

필수 정보

UCLA Health Medicare Advantage Health Plan(HMO)은 Medicare 와 계약을 맺고 있으며, 해당 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. UCLA Health Medicare Advantage Plan 에는 파트 D 약물 보장이 포함됩니다. UCLA Health Medicare Advantage Plan 에 등록하려면 Medicare 파트 A 와 B 를 모두 보유하고 플랜 서비스 지역인 로스앤젤레스 카운티에 거주해야 합니다. 월 보험료와 별개로 Medicare 파트 B 보험료를 지불해야 합니다.

제한, 제외 및/또는 네트워크 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 플랜에서는 파트 C 및 파트 D 혜택 외에 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.

네트워크 외부/계약되지 않은 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 회원을 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 외부 서비스에 적용되는 비용 분담금을 포함한 자세한 내용은 고객 서비스 번호로 문의하거나 보험 보장 범위 증빙 자료를 참조하십시오.

Medicare 는 매년 5 점 만점 평가 시스템을 기준으로 플랜을 평가합니다. 별점 산정은 계약 또는 시장에 따라 다를 수 있습니다. 2026 년 플랜 연도의 경우, UCLA Health Medicare Advantage Plan 의 H4647(HMO) 계약은 아직 체결되지 않아 별점 산정에 적합하지 않습니다.

(스마트 베네프트 카드) 앤모어 선불 Mastercard®는 Mastercard Incorporated 의 라이선스에 따라 Avidia Bank 에서 발급합니다. 이 카드 사용에는 카드 소지자 계약의 약관이 적용됩니다. SilverSneakers 는 Tivity Health, Inc.의 등록 상표입니다. © 2025 Tivity Health, Inc. 모든 권리 보유. SilverSneakers 의 브랜드명, 제품명 또는 상표는 해당 소유자의 재산입니다.

© 2025 UCLA Health Medicare Advantage Plan