



2026

혜택 요약서

아스티바 헬스 C-SNP
딜럭스 플랜 (HMO) 007

서비스 제공

LOS ANGELES – ORANGE – RIVERSIDE
SAN BERNARDINO – SAN DIEGO

JANUARY 1, 2026 – DECEMBER 31, 2026

astivahealth.com

2026

2026년 중요한 플랜 안내사항

아스티바 헬스 C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007 은 메디케어 계약이 체결된 HMO 플랜입니다. Astiva Health 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 메디케어 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다.

제공된 혜택 정보에는 저희가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 및 제외 사항이 나와 있지 않습니다. 저희가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면, 본 문서에 기재된 전화번호로 회원 서비스부에 연락하시거나 www.astivahealth.com에서 “보장 증명서(Evidence of Coverage)”를 요청하시기 바랍니다.

아스티바 헬스 C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007에 가입하려면 Medicare 파트 A 자격이 있어야 하며, Medicare 파트 B에 등록되어 있어야 하고, 저희 서비스 지역에 거주해야 합니다. 저희 서비스 지역은 캘리포니아주 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에이고 카운티를 포함합니다.

응급 상황을 제외하고, 저희 네트워크 외부의 의료 제공자를 이용하는 경우 귀하가 전체 비용을 부담해야 할 수 있습니다.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해서는 최신 “**Medicare & You**” 안내서를 참조하시기 바랍니다. 온라인(www.medicare.gov)에서 확인하시거나, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

위에 기재된 정보는 혜택의 전체 내용을 설명한 것이 아닙니다. 자세한 내용은 보험 가입 증명서(Evidence of Coverage)를 참조하시기 바랍니다. Astiva Health는 Medicare와 계약된 HMO입니다. Astiva Health의 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 언급된 일부 혜택은 만성질환자를 위한 특별 추가 혜택에 해당됩니다. 해당 혜택을 받기 위해서는 심혈관 질환, 당뇨병 또는 만성 심부전 질환을 가지고 있어야 합니다. 그러나 해당 질환이 있다고 해서 반드시 혜택을 받을 수 있는 것은 아니며, 보장은 만성질환자로 등록되어 있고 플랜의 보장 기준을 충족해야만 가능합니다. 네트워크 외부/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자를 진료할 의무가 없습니다.

안내: 귀하께서 베트남어, 스페인어, 한국어 또는 그 외 다른 언어를 사용하신다면, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 또한 안내 문서는 큰 글씨체 인쇄물이나 점자 등 대체 형식으로 제공됩니다.

회원 서비스 담당자와 통화하시려면 1-866-688-9021 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다. 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다.



보험료 및 혜택	C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007	알아야할 사항
최대 본인부담 한도	연간 \$999	메디케어 보장 서비스 본인부담금 및 코인슈어런스 포함에 대해 연간 최대 \$999까지만 지불합니다. 파트 D 약값 본인부담은 해당 금액에 포함되지 않습니다.
월 보험료	매월 \$0 지불	메디케어 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다
연간 공제액	\$0 지불	이 플랜은 네트워크 내 공제액이 없습니다.
♡ 혜택 세부사항		
주치의 방문	\$0 본인부담금	
전문의 방문	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
긴급 진료 서비스	\$0 본인부담금	
예방 서비스	\$0 본인부담금	오리지널 메디케어 예방 서비스는 본인부담금, 코인슈어런스, 공제액이 전혀 없습니다. 사전 승인 불필요
전문 간호 시설	1-20일: \$0 본인부담금 21-100일: \$218 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
방문간호 서비스	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
물리치료	\$15 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
발 치료 서비스	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
외래 수술 센터	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
외래 진단 서비스 • 검사실 • 진단 검사 및 시술 • 외래 X-ray • 치료 방사선 • 진단 방사선	\$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 - \$50본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다. PET 스캔 \$50 , MRI \$35 , 기타 모든 항목 \$0
의료장비 (DME)	코인슈어런스 0% - 20%	사전 승인 규정이 적용됩니다. \$99 이하 항목에 대해서는 본인부담금 0%이며, \$99 초과 항목에 대해서는 20% 본인부담금

보험료 및 혜택	C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007	알아야할 사항
정신 건강 서비스 • 입원 정신과 보장 (Inpatient Psychiatric Coverage) • 정신 건강 전문 서비스 (Mental Health Specialty Services)	본인부담금\$0 본인부담금\$0	사전 승인규정이 적용됩니다
정신과 서비스 (Psychiatric Services) • 개인 상담 세션 • 그룹 상담 세션	본인부담금\$25 본인부담금\$25	사전 승인규정이 적용됩니다
메디케어 파트 B 의약품	코인슈어런스0% - 20%	사전 승인규정이 적용됩니다
메디케어 파트 B 인슐린 의약품	코인슈어런스0% - 20%	매월 최대 본인 부담금 \$35
메디케어 파트 B 화학요법 및 방사선 의약품	코인슈어런스0% - 20%	사전 승인규정이 적용됩니다

🏥 병원 및 응급 진료

입원 병원치료 보장	본인부담금\$0 1-5일 본인부담금\$180 6-15일 본인부담금\$0 16-90+일 이상	사전 승인규정이 적용됩니다
정신과 입원 진료	본인부담금\$0 1-5일 본인부담금\$180 6-15일 본인부담금\$0 16-90+일 이상	사전 승인규정이 적용됩니다
외래 병원 서비스	\$50 본인부담금	사전 승인규정이 적용됩니다
병원 관찰 서비스	\$0본인부담금	사전 승인규정이 적용됩니다
응급실	\$75 본인부담금	병원에 48시간 이내 입원하는 경우 본인부담금은 면제됩니다.
구급차 서비스 - 지상 운송	\$50 본인부담금	병원에 입원하는 경우 본인부담금은 면제됩니다.

오리지널 메디케어 외의 보장추가 혜택	C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007	알아야할 사항
시력 서비스 • 정기 안과 검사 • 안경	\$0본인부담금 연 1회 방문 가능 안경\$300 또는 콘택트렌즈 2년마다 \$150	반드시 VSP Vision Care 네트워크 제공자를 이용해야 합니다.
청력 서비스 • 정기 청력 검사 • 보청기	\$0본인부담금 연 1회 방문 가능 연간 \$1,000 (귀당 연 최대 \$500)	사전 승인규정이 적용됩니다
치과 보장	분기당 \$350 (이월 가능) 연간 총 \$1,400 상당	사전 승인(Prior Authorization) 규정이 적용됩니다.
전 세계 응급 보장	\$100,000연간	본인부담금\$0

오리지널 메디케어 외의 보장추가 혜택	C-SNP 딜릭스 플랜 (HMO) 007	알아야할 사항
교통 서비스 (비용급)	연간 36회 편도 교통 (의료 목적)	교통은 회원 기본 거주지에서 반경 30마일 이내여야 합니다. 30마일 초과 시, 왕복 횟수를 합산하여 사용할 수 있습니다.
Flex 혜택 한도 • OTC, 피트니스, 치과, 안경에사용 가능 • 건강 식품 및 농산물	매월 \$223 (이월 가능) 연간 총 \$2,676 상당 매월 \$78 (이월 가능) 연간 총 \$936 상당 매월 \$145 (이월 가능) 연간 총 \$1,740 상당	수당은Flex 혜택 카드에 한도금액이 충전됩니다.
침술치료,마사지 및 기타 동양의학	연간 64회 세션 (분기별 16회 세션) 부항, 뜸, 추나요법, 괄사, 메드엑스, 발반사요법 포함	• 사용하지 않은 세션은 다음 분기로 이월 가능 (하루 최대 2 세션, 1세션 15분, 하루 최대 30분).
개인 응급 대응 시스템 (PERS)	본인부담금 \$0 연 1회 기기 제공	사전 승인 규정이 적용됩니다.
퇴원 후 식사 혜택	\$600연간 식사당 수당\$20	• 식사 혜택은 병원 입원당 최대 5일간 하루 2식 제공 • 연간 최대 30식 보장
원격 진료	본인부담금\$0	

파트 D 처방약 보장		
Part D 공제액	\$0	
Part D 연간 본인부담 한도 적용	\$2,100	
초기 보장 (Initial Coverage) 단계 1: 선호 제네릭 단계 2: 제네릭 단계 3: 선호 브랜드 의약품 단계 4: 비선호 브랜드 의약품 단계 5: 전문 의약품 단계 6: 선택 진료 (Select Care)	표준 우편 주문 (30일 공급) 본인부담금\$0 본인부담금\$0 본인부담금\$20 본인부담금\$75 코인슈어런스33% 본인부담금\$0	표준 우편 주문 (90일 공급) 본인부담금\$0 본인부담금\$0 본인부담금\$40 해당 없음 해당 없음 본인부담금\$0