2027 혜택사항 요약

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

그룹 이름(플랜 스폰서): 미국 장로교 연금국(The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.))
그룹 번호: 25973
H2001-869-000

플랜과 플랜에서 보장하는 의료 서비스에 관해 더 자세히 알아보시려면 내용을 살펴보십시오.
플랜에 대한 더 많은 정보를 알아보시려면 저희에게 문의하십시오.

유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare) 앱을 다운로드하십시오

retiree.uhc.com/pcusa를 방문하십시오

무료 전화 **1-844-205-2150**, TTY **711**번으로 전화하십시오
현지시간 오전 8시-오후 8시, 월요일-금요일

United Healthcare®
Group Medicare Advantage

Y0066_SB_H2001_869_000_2027_KO_M

혜택사항 요약

2027년 1월 1일 - 2027년 12월 31일

이는 저희가 보장하는 항목 및 귀하가 지불하는 금액에 대한 요약입니다. 보장되는 서비스의 전체 목록, 한계사항 및 제외사항을 알아보시려면 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC)를 검토하십시오. EOC 사본을 원하거나 도움이 필요하신 경우, 고객 서비스에 전화하실 수 있습니다. 귀하가 플랜에 가입한 이후, 온라인에서 귀하의 플랜 세부사항을 보는 방법에 대해 더 자세한 정보를 받으실 것입니다.

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

의료 보험료 및 한도	
	네트워크 내 및 네트워크 외
월 플랜 보험료	해당되는 경우, 귀하의 실제 보험료 금액을 알아보시려면 귀하의 그룹 플랜 사원 복지 담당자에게 문의하십시오.
최대 회원 지출액 금액	귀하의 플랜은 이 플랜 연도 동안 네트워크 내 및 네트워크 외를 통합해 연간 최대 회원 지출액이 $2,590입니다. 귀하가 회원 지출액 비용 한도에 도달하는 경우, 귀하는 보장되는 병원 및 의료 서비스를 계속 받으며, 저희는 해당 연도의 나머지 기간 동안 전체 비용을 지불할 것입니다. 해당되는 경우, 귀하는 여전히 귀하의 월 보험료를 지불하셔야 한다는 점을 유념하십시오.

의료 혜택		
		네트워크 내 및 네트워크 외
병원 입원 진료[1]		입원당 코페이먼트 $320
		저희 플랜은 일수 무제한으로 병원 입원을 보장합니다.
외래 병원[1] 플랜에서 보장하는 추가 서비스에 대한 비용 분담액이 적용됩니다.	응급 수술 센터 (Ambulatory surgical center, ASC)	코페이먼트 $100
	외래 수술	코페이먼트 $100
	외래 병원 서비스, 관찰 포함	코페이먼트 $100
의사 방문	주치의(Primary care provider, PCP)	코페이먼트 $0
	비대면 방문	코페이먼트 $0
	전문의[1]	코페이먼트 $10

의료 혜택		
		네트워크 내 및 네트워크 외
예방 서비스	정기 신체검사	코페이먼트 $0, 플랜 연도당 1회*
	메디케어 (Medicare) 보장	코페이먼트 $0
	• 복부 대동맥류 검사 • 알코올 남용 상담 • 연간 웰니스 방문 • 골밀도 검사 • 유방암 검사(매모그램) • 심혈관 질환(행동 치료) • 심혈관 검사 • 자궁경부암 및 질암 검사 • 직결장암 검사(결장경 검사, 대변잠혈반응 검사, 연성 S상 결장경 검사) • 우울증 검사 • 당뇨병 검사 및 관리 • 당뇨 – 자가 관리 훈련 • 투석 훈련	• 녹내장 검사 • C형 간염 검사 • HIV 검사 • 신장 질환 교육 • 저선량 컴퓨터 단층촬영(low dose computed tomography, LDCT) 폐암 검사 • 의학적 영양 치료 서비스 • 메디케어 당뇨병 예방 프로그램 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) • 비만 검사 및 상담 • 전립선암 검사(PSA) • 성병 검사 및 상담 • 금연 상담(담배 관련 질병의 징후가 없는 사람들에 대한 상담) • 독감, B형 간염, 폐렴 또는 COVID-19 백신을 포함한 백신 • “메디케어(Medicare) 가입 환영” 예방 방문(1회)
	계약 연도 동안 메디케어(Medicare)에서 승인한 모든 추가적인 예방 서비스가 보장됩니다. 이 플랜은 예방 진료 검사 및 연례 신체검사를 100% 보장합니다.	
응급 진료		코페이먼트 $100(세계 전역) 귀하가 24시간 이내에 병원에 입원하는 경우, 귀하는 응급 진료 코페이먼트 대신 병원 입원 비용 분담액을 지불합니다. 다른 비용에 대해 알아보시려면 이 책자의 “병원 입원 진료” 섹션을 참조하십시오.
긴급히 필요한 서비스		코페이먼트 $35(세계 전역) 귀하가 24시간 이내에 병원에 입원하는 경우, 귀하는 긴급히 필요한 서비스 코페이먼트 대신 병원 입원 비용 분담액을 지불합니다. 다른 비용에 대해 알아보시려면 이 책자의 “병원 입원 진료” 섹션을 참조하십시오.
진단 검사, 검사실 및 방사선 서비스 및 X-레이	진단 방사선 서비스 (예: MRI, CT 스캔)[1]	코페이먼트 $10
	검사실 서비스[1]	코페이먼트 $0
	진단 검사 및 시술[1]	코페이먼트 $10
	치료용 방사선[1]	코페이먼트 $10
	외래 X-레이[1]	코페이먼트 $10

의료 혜택			
		네트워크 내 및 네트워크 외	
청각 서비스	청각 및 균형 문제 진단 및 치료를 위한 검사[1]	코페이먼트 $10	
	정기 청각 검사	코페이먼트 $0, 플랜 연도당 검사 1회*	
	보청기	처방 보청기에 대해 코페이먼트 $0, 양쪽 귀 통합, 기기 수 무제한, 매 3년마다, 공제액 금액 최대 $500까지.	처방 보청기에 대해 공동 부담액 90%, 양쪽 귀 통합, 기기 수 무제한, 매 3년마다, 공제액 금액 최대 $500까지.*
정기 치과 서비스 더 자세한 사항은 귀하의 보장 증명서를 참조하십시오.	구강 검진	코페이먼트 $0, 플랜 연도당 시술 2회.	
	정기 클리닝	코페이먼트 $0, 플랜 연도당 시술 2회.	
	치과 교익 X-레이	코페이먼트 $0, 플랜 연도당 시술 1회.	
	일반 서비스(충전 및 아산화질소 포함)	공동 부담액 20%	
	주요 서비스 (크라운, 신경 치료 및 기타 수복 서비스 포함)	공동 부담액 50%	
	혜택 한도	연간 회원 부담액 $50 및 네트워크 내 및 네트워크 외를 통합해 플랜 연도 최대 한도 $1,000. 귀하가 네트워크 외 치과의사에게서 서비스를 받는 경우, 플랜은 최대 허용 가능한 요금표에 따라 비용을 지불합니다. 귀하는 이 금액을 초과하는 모든 비용을 지불합니다.	
시각 서비스	눈의 질병 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사[1]	코페이먼트 $10	
	백내장 수술 후 안경류	코페이먼트 $0	
	정기 눈 검사	코페이먼트 $0, 매 12개월마다 검사 1회*	
	정기 안경류	플랜은 매 12개월마다 안경 및 콘택트렌즈에 대한 통합 공제액 최대 $150를 지불합니다.*	

의료 혜택			
		네트워크 내 및 네트워크 외	
정신 건강	입원 방문[1]	입원당 코페이먼트 $320, 최대 190일 저희 플랜은 190일간의 병원 입원을 보장합니다.	
	외래 그룹 치료 방문[1]	코페이먼트 $0	
	외래 개인 치료 방문[1]	코페이먼트 $10	
	정신과 의사 외래 치료 또는 진료실 방문[1]	코페이먼트 $10	
	비대면 행동 방문	코페이먼트 $10	
전문 간호시설(Skilled nursing facility, SNF)[1]		1일당 코페이먼트 $0: 1-20일 1일당 코페이먼트 $40: 21-100일 1일당 코페이먼트 $65: 101-180일 저희 플랜은 혜택 기간당 SNF에서 최대 180일을 보장합니다.	
외래 재활(물리, 작업 또는 구화/언어 치료)[1]		코페이먼트 $10	
구급차[2]		코페이먼트 $50	
정기 교통편 의학적으로 관련된 예약 및 약국까지 그리고 예약 및 약국으로부터의 편도 운행, 운행당 최대 50마일. 제한사항이 적용됩니다.		코페이먼트 $0	귀하가 교통편을 위해 네트워크 외 제공자를 이용하는 경우 공동 부담액 90%
메디케어 (Medicare) 파트 B 약품 파트 B 약품은 단계별 치료의 대상이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 귀하의 보장 증명서를 참조하십시오.	화학요법 약품[1]	코페이먼트 $20	
	다른 파트 B 약품[1]	코페이먼트 $20	

추가 플랜 혜택		
		네트워크 내 및 네트워크 외
침술 서비스	메디케어 (Medicare) 보장 침술(만성 허리 통증을 위한)	코페이먼트 $10

추가 플랜 혜택		
		네트워크 내 및 네트워크 외
척추교정 서비스	메디케어 (Medicare) 보장 척추교정 진료 (불완전 탈구 교정을 위해 손으로 조정하는 척추교정)[1]	코페이먼트 $10
당뇨 관리	당뇨 관리 용품[1]	코페이먼트 $0 저희는 Contour® 및 Accu-Chek® 브랜드만을 보장합니다. 다른 브랜드는 귀하의 플랜에서 보장하지 않습니다. 보장되는 혈당 검사기에는 다음이 포함됩니다. Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me 및 Accu-Chek Guide. 검사지: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide 및 Accu-Chek Aviva Plus.
	메디케어 (Medicare) 보장 연속 혈당 검사기 (Continuous Glucose Monitors, CGMs) 및 용품[1]	코페이먼트 $0
	당뇨 자가 관리 훈련[1]	코페이먼트 $0
	치료용 신발 또는 삽입물[1]	코페이먼트 $10
내구성 있는 의료 장비 (Durable medical equipment, DME) 및 관련 용품	내구성 있는 의료 장비(예: 휠체어, 산소)[1]	코페이먼트 $10
	보철(예: 교정기, 인공 사지)[1]	코페이먼트 $10

추가 플랜 혜택			
		네트워크 내 및 네트워크 외	
 **피트니스 프로그램** Renew Active는 메디케어(Medicare) 플랜 회원들을 위해 설계된 건강 및 피트니스 프로그램입니다. Renew Active에는 참여 피트니스 센터의 표준 월 회원권이 포함됩니다. 귀하의 회원 사이트에 로그인하고, 나의 보장(My Coverage)을 찾아 스포츠센터 코드 이용(Access gym code)을 선택하거나 귀하의 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare) 회원 ID 카드에 기재된 전화번호로 전화해 귀하의 코드를 받으십시오.		코페이먼트 $0	귀하가 네트워크 외 피트니스 제공자를 이용하는 경우 공동 부담액 90%
발 진료(발 전문의 서비스)	발 검사 및 치료[1]	코페이먼트 $10	
	정기 발 진료	코페이먼트 $10, 플랜 연도당 6회 방문*	
 **유나이티드 헬스케어 (UnitedHealthcare) Healthy at Home** 퇴원 후 프로그램 혜택은 각 병원 입원 및 전문 간호시설(skilled nursing facility, SNF) 입원 이후 최대 30일까지 이용 가능합니다. •식사: 가정 배달 식사 28끼, 추천서 필요 •교통편: 의학적으로 관련된 예약 및 약국까지의 편도 운행 12회, 운행당 최대 50마일, 추천서 필요 •가정 내 돌봄: 전문 간병인이 제공하는 동반, 식사 준비, 약품 복용 알림과 같은 비의료 개인 돌봄 서비스 6시간, 추천서 필요하지 않음 더 자세한 정보를 얻고, 각 퇴원 후 추천서를 요청하고, 귀하의 혜택을 이용하시려면 고객 서비스에 전화하십시오		코페이먼트 $0	귀하가 네트워크 외 제공자를 이용하는 경우 공동 부담액 90%
 **가정 건강 관리 진료[1]**		코페이먼트 $0	

추가 플랜 혜택		
		네트워크 내 및 네트워크 외
호스피스		귀하는 모든 메디케어(Medicare) 승인 호스피스에서 받는 호스피스 진료에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하는 약품 및 임시 간호 비용의 일부를 지불해야 할 수 있습니다. 호스피스는 저희 플랜 외에서 일반 메디케어(Original Medicare)에 의해 보장됩니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스[1]		코페이먼트 $0
외래 약물 사용 장애 서비스	외래 그룹 치료 방문[1]	코페이먼트 $0
	외래 개인 치료 방문[1]	코페이먼트 $10
신장 투석[1]		코페이먼트 $10

[1]기재된 네트워크 혜택 중 일부는 귀하의 진료 제공자가 사전 승인을 받는 것이 필요할 수 있습니다. 귀하는 플랜에서 보장하는 서비스를 네트워크 외 진료 제공자에게서 받기 위해 사전에 승인을 받을 필요가 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있는 서비스의 전체 목록을 보시려면 보장 증명서를 참조하십시오.

[2]메디케어(Medicare)에서 보장하는 비응급 구급 항공 운송에는 승인이 필요합니다. 메디케어(Medicare)에서 보장하는 비응급 구급차 지상 운송에는 승인이 필요하지 않습니다. 응급 구급차(지상 또는 항공)는 승인이 필요하지 않습니다.

*네트워크 내 및 네트워크 외를 통합한 혜택입니다.

이 플랜에 대하여

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)는 메디케어(Medicare)와 계약을 맺은 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage) PPO 플랜입니다.

이 플랜에 가입하려면 귀하는 메디케어(Medicare) 파트 A의 자격이 있고, 메디케어(Medicare) 파트 B에 가입되어 있으며, 아래에 기재된 저희 서비스 지역에 거주하고 있고, 미국 시민이거나 미국의 합법적인 거주자여야 하며, 귀하의 전 고용주, 노동조합 또는 신탁 관리자(플랜 스폰서)의 자격 요건을 충족해야 합니다.

저희의 서비스 지역은 미국의 50개 주, District of Columbia 및 모든 미국 영토를 포함합니다.

진료 제공자에 대하여

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)에는 의사, 병원 및 기타 진료 제공자들의 네트워크가 있습니다. 해당 진료 제공자가 플랜을 수용하고, 메디케어(Medicare) 프로그램에서 제외 또는 배제되거나 참여 거부를 하지 않은 한, 귀하는 동일한 비용 분담액으로 모든 진료 제공자(네트워크 또는 네트워크 외)를 이용하실 수 있습니다.

웹사이트 **retiree.uhc.com/pcusa**에서 온라인 목록을 이용해 네트워크 진료 제공자를 검색하실 수 있습니다.

필수 정보

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)는 메디케어(Medicare)와 계약을 맺은 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage) 기관인 유나이티드 헬스케어 보험사(UnitedHealthcare Insurance Company) 또는 그 계열사 중 한 곳에서 제공합니다. 플랜 가입은 플랜과 메디케어(Medicare)의 계약 갱신에 따릅니다.

플랜은 파트 C 혜택에 더하여 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.

일반 메디케어(Original Medicare)의 보장 및 비용에 대해 더 자세히 알아보시려면 귀하의 현재 “Medicare & You(메디케어와 당신)” 안내서를 참조하십시오. 웹사이트 medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 사본을 받으십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)는 건강 프로그램 및 활동에 있어서 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령 또는 장애에 따른 차별을 하지 않습니다.

유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)는 귀하가 저희와 의사소통하는 것을 도와드리기 위해 다른 언어, 점자, 큰 활자, 오디오로 된 문서와 같은 무료 서비스를 제공합니다. 또는 귀하는 통역사를 요청하실 수 있습니다. 더 많은 정보를 얻으려면 귀하의 회원 ID 카드 또는 플랜 책자 앞쪽에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하십시오.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call Customer Service at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.

본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공되고 있습니다. 이 책자 첫 페이지에 있는 저희의 고객 서비스 전화번호로 전화하십시오.

혜택, 기능 및/또는 기기는 플랜/지역에 따라 다릅니다. 한계사항 및 제외사항이 적용될 수 있습니다.

진료 제공자 네트워크는 언제라도 변경될 수 있습니다. 귀하는 필요시 통지를 받으실 것입니다.

귀하는 반드시 귀하의 메디케어(Medicare) 파트 B 보험료를 계속 지불하셔야 합니다.

네트워크 외/계약을 맺지 않은 진료 제공자는 응급상황을 제외하고 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare) 회원을 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 분담액을 포함해 더 자세한 정보를 알아보시려면 저희 고객 서비스 전화번호로 전화하거나 귀하의 보장 증명서를 참조하십시오.

Renew Active® 프로그램 및 스포츠센터 네트워크는 플랜/지역에 따라 다르며 모든 플랜에서 이용 가능한 것은 아닙니다. Renew Active 프로그램 참여는 자발적입니다. 운동 프로그램을 시작하거나 귀하의 라이프스타일 또는 정기적인 건강 관리를 변경하기 전에 귀하의 담당 의사와 상담하십시오. Renew Active에는 참여 센터의 표준 피트니스 회원권 및 다른 제공사항들이 포함되어 있습니다. 참여 센터 및 제공사항은 언제라도 변경될 수 있습니다. 피트니스 회원권, 장비, 수업 및 활동은 장소에 따라 다를 수 있습니다. 특정 수업은 유나이티드 헬스케어 보험사(UnitedHealthcare Insurance Company)의 계열사 또는 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)의 계열사가 아닌 다른 제삼자가 제공합니다. 이러한 제삼자 서비스에 대한 참여는 각각의 조건 및 약관에 대한 귀하의 수용에 따릅니다. 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)는 제삼자가 제공하는 서비스 또는 정보에 대한 책임이 없습니다. 이 서비스들을 통해 제공된 정보는 오직 정보 제공 목적을 위한 것이며, 의사의 자문을 대체하지 않습니다.

피트니스 프로그램 참여는 자발적입니다. 운동 프로그램을 시작하거나 귀하의 라이프스타일 또는 정기적인 건강 관리를 변경하기 전에 귀하의 담당 의사와 상담하십시오. 피트니스 프로그램에는 표준 피트니스 회원권 및 다른 제공사항들이 포함되어 있습니다. 피트니스 회원권, 장비, 수업, 활동 및 행사는 장소에 따라 다를 수 있습니다. 특정 서비스, 할인, 수업, 활동, 행사 및 온라인 피트니스 제공사항은 유나이티드 헬스케어 보험사(UnitedHealthcare Insurance Company)의 계열사 또는 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)의 계열사가 아닌 다른 제삼자가 제공합니다. 이러한 제삼자 서비스에 대한 참여는 각각의 조건 및 약관에 대한 귀하의 수용에 따릅니다. 유나이티드 헬스케어(UnitedHealthcare)는 제삼자가 제공하는 서비스 또는 정보에 대한 책임이 없습니다. 이 서비스들을 통해 제공된 정보는 오직 정보 제공 목적을 위한 것이며, 의사의 자문을 대체하지 않습니다. 스포츠센터 네트워크는 지역 시장 및 플랜에 따라 다를 수 있습니다.