Những điểm nổi bật về phúc lợi năm 2024

COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™
MEDICARE ADVANTAGE

Quý vị có thể ghi danh bằng cách nào?

Qua điện thoại
Chuyên gia ghi danh Medicare có giấy phép của Community Health Plan of Washington (CHPW) sẽ hân hạnh được trợ giúp quý vị đăng ký. Gọi **1-800-944-1247** (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

Qua đường bưu điện
Hoàn thành đơn ghi danh và gửi lại trong phong bì đã trả bưu phí.

Gặp trực tiếp
Gọi 1-800-944-1247 (TTY: 711) để sắp xếp thời gian thuận tiện cho quý vị gặp một trong các Chuyên gia ghi danh Medicare tại địa phương của chúng tôi. Hoặc đặt lịch hẹn qua trang web của chúng tôi tại **medicare.chpw.org/reps**.

Trực tuyến
Truy cập **medicare.chpw.org/enrollnow**. Chúng tôi giúp quý vị ghi danh trực tuyến dễ dàng hơn với quá trình ghi danh 6 bước.

Những câu hỏi quan trọng cần đặt ra khi chọn chương trình Medicare Advantage của quý vị

Tôi sẽ phải chi trả những chi phí nào cho bảo hiểm của mình?

Điều quan trọng quý vị cần biết là mình sẽ phải bỏ tiền túi bao nhiêu để chi trả cho những thứ như phí bảo hiểm hằng tháng, khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa.

Tôi có thể tiếp tục thăm khám với bác sĩ của tôi không?

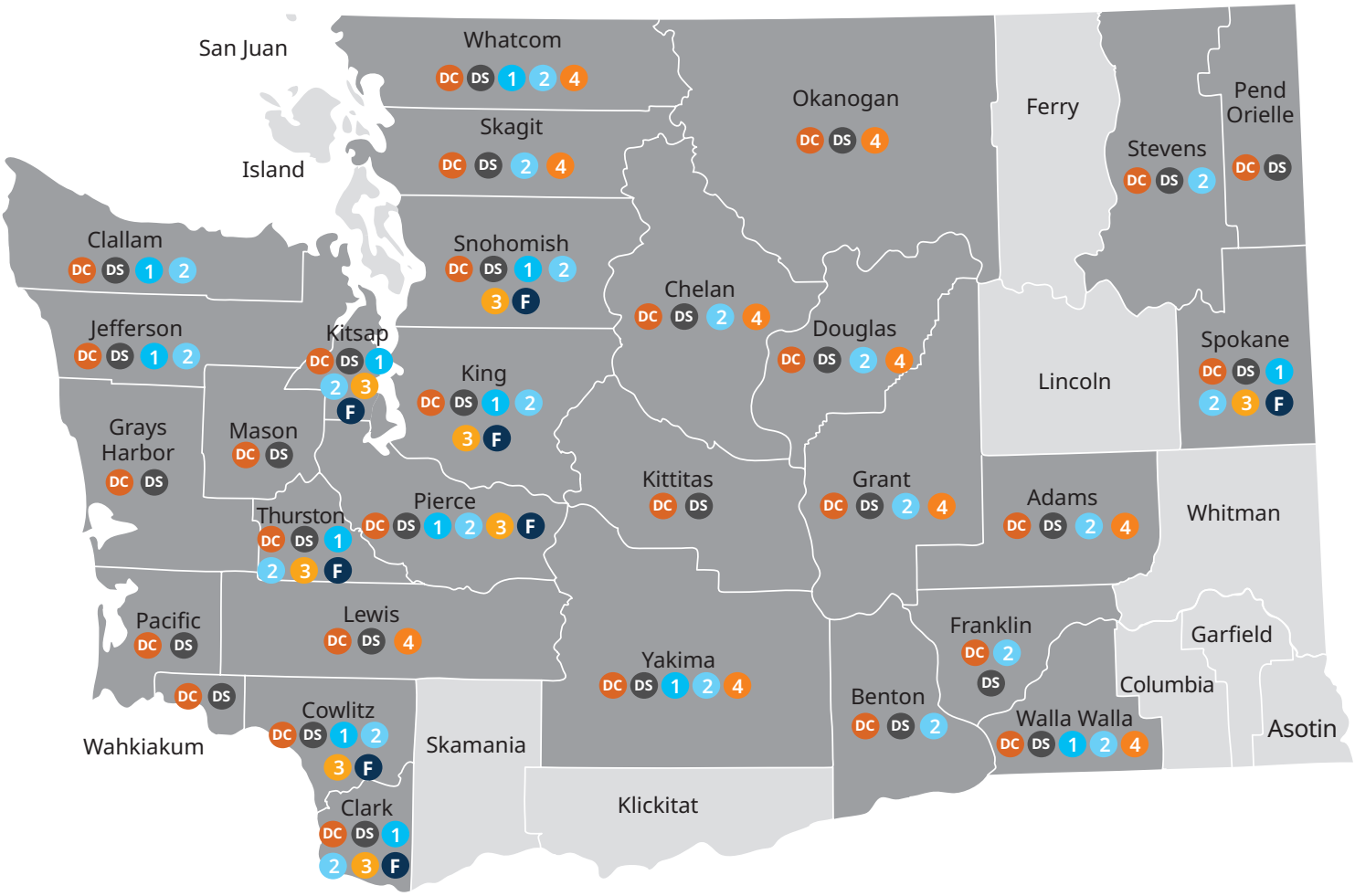
Quý vị sẽ muốn biết bác sĩ hoặc bệnh viện mà quý vị đến thăm khám có nằm trong mạng lưới chương trình hay không. Hãy gọi cho chúng tôi hoặc truy cập trang web của chúng tôi để xem mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi tại địa chỉ medicare.chpw.org.

Chương trình này có bao trả cho dịch vụ nào mà Original Medicare không bao trả không?

Nhiều chương trình Medicare Advantage cung cấp thêm các phúc lợi như bảo hiểm thính lực, thị lực, nha khoa, thể dục, thuốc theo toa và sản phẩm mua tự do.

Khoản bao trả thuốc thì sao?

Xin nhớ rằng, Original Medicare không bảo trả cho thuốc theo toa. Quý vị có thể được bao trả thuốc thông qua chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình Phần D riêng biệt.



Khi quý vị chọn Chương trình Medicare Advantage của CHPW là quý vị đã chọn một mạng lưới toàn tiểu bang với hàng nghìn bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa và trên 100 bệnh viện. Quý vị được tiếp cận các dịch vụ mà quý vị cần vào mọi lúc, mọi nơi. Các chương trình của chúng tôi thay đổi theo quận. Để ghi danh, quý vị phải sinh sống tại khu vực dịch vụ của chúng tôi.

† Các phúc lợi đã nêu áp dụng trong mạng lưới và do VSP quản lý. Quý vị có một số lựa chọn về gọng kính và mắt kính cơ bản trong khoản phúc lợi này.

‡ Phúc lợi nha khoa do Delta Dental of Washington quản lý. Quý vị phải chọn nha sĩ thuộc mạng lưới Delta Dental để khám thì mới nhận được bảo hiểm. Để tìm danh sách mới nhất về các nha sĩ trong mạng lưới Delta Dental PPO Plus Premier, hãy truy cập deltadentalwa.com.

* Các chương trình Dual Complete và Dual Select cung cấp hỗ trợ bổ sung cho các cá nhân đủ điều kiện nhận cả phúc lợi Medicare Phần A và B cùng phúc lợi của Apple Health (Medicaid). Tất cả các khoản chia sẻ chi phí cho những chương trình này, kể cả phí bảo hiểm, chi phí y tế và thuốc theo toa, đều phụ thuộc vào mức tiêu chuẩn Medicaid mà quý vị được hưởng. Nếu quý vị tham gia vào chương trình của Tiểu Bang hoặc một chương trình khác để được hưởng các phúc lợi của Medicaid, Community Health Plan of Washington (CHPW) sẽ giúp quý vị giải quyết mọi vấn đề về thanh toán. Trong chương trình Dual Complete, nếu quý vị có tình trạng đủ điều kiện Kép thì bác sĩ của quý vị không được tính hóa đơn cho quý vị về các khoản chia sẻ chi phí được bao trả theo phúc lợi Medicaid. Bác sĩ của quý vị phải nhận tiền thanh toán từ chương trình theo hình thức trọn gói hoặc xuất hóa đơn cho đúng nguồn cung cấp Medicaid.

** Phí bảo hiểm hằng tháng của chương trình là $40.60 được thanh toán miễn là quý vị đủ điều kiện nhận 100% Khoản trợ cấp cho người thu nhập thấp ("Trợ cấp thêm").

CHPW MA Plan/Phúc lợi	Dual Complete* (HMO D-SNP)
Phí bảo hiểm hằng tháng	$0**
Mức tự trả tối đa	$8,850
Phần A | Bệnh viện nội trú	$0
Theo dõi cho bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện	$0
Phần B | Khấu trừ	$0
Chăm sóc ban đầu/Y tế từ xa (mỗi lần thăm khám)	$0
Sức khoẻ tâm thần (mỗi lần thăm khám)	$0
Dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa/Y tế từ xa (mỗi lần thăm khám)	$0
Chăm sóc khẩn cấp (mỗi lần thăm khám)	$0
Chăm sóc cấp cứu (mỗi lần thăm khám)	$0
Xe cứu thương (mỗi lần phục vụ)	$0
Vật dụng cho bệnh tiểu đường	$0
Thăm khám và phần cứng nhãn khoa†	$0 đồng thanh toán – 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm, giới hạn bảo hiểm của chương trình là $500 mỗi năm cho kính mắt
Dịch vụ nha khoa‡	$5,000 cho các dịch vụ phòng ngừa và dịch vụ toàn diện
Sức khỏe thể chất và tinh thần	Kết hợp tổng cộng 25 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên, trị liệu thần kinh cột sống và xoa bóp
Chương trình thể dục	Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục
Bữa ăn khi quý vị cần nhất	28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19
Sản phẩm mua tự do (OTC) & Đồ tạp phẩm	$100 mỗi tháng để chi tiêu cho các mặt hàng tạp phẩm và OTC được bảo hiểm
Máy trợ thính, khám thính lực và phụ kiện	$2,250 mỗi năm; $0 đồng thanh toán cho lượt thăm khám và phụ kiện
Dịch vụ vận chuyển	40 chuyến một chiều (giới hạn 50 dặm) mỗi năm
Hỗ trợ gia đình theo yêu cầu	60 giờ một năm hỗ trợ và trợ giúp dành cho cá nhân
Phần D | Khấu trừ	$0
Thuốc theo toa Phần D	Thuốc gốc: $0 | Thuốc biệt dược gốc: $0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 1 (HMO)
$0 - $40.60 (số tiền chính xác tùy thuộc vào mức Trợ cấp thêm)	$0
$8,850	$8,850
$0 hoặc 20%	$500/ngày đối với các ngày 1-4; $0/ngày đối với các ngày 5-90
$0 hoặc 20%	$370 đồng thanh toán
Nếu không có sự hỗ trợ chia sẻ chi phí đầy đủ của Medicaid, khoản khấu trừ $226 sẽ áp dụng. Số tiền này thay đổi hằng năm	Không khấu trừ
$0 hoặc 20%	$0 đồng thanh toán
$0 hoặc 20%	$40 đồng thanh toán
$0 hoặc 20%	$50 đồng thanh toán
$0 hoặc 20%; giới hạn là $55	$40 đồng thanh toán
$0 hoặc 20%; giới hạn là $100	$100 đồng thanh toán, $0 nếu nhập viện
$0 hoặc 20%	$350 đồng thanh toán
$0 hoặc 20%	$0 đồng thanh toán
$0 đồng thanh toán – 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm, giới hạn bảo hiểm của chương trình là $500 mỗi năm cho kính mắt	Không được bao trả
$500 cho các dịch vụ phòng ngừa và dịch vụ toàn diện	Hai lần thăm khám phòng ngừa mỗi năm
Kết hợp tổng cộng 25 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên, trị liệu thần kinh cột sống và xoa bóp	Kết hợp tổng cộng 12 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên và trị liệu thần kinh cột sống
Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục	Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục
28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19	28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19
Không được bao trả	Không được bao trả
$2,250 mỗi năm; $0 đồng thanh toán cho lượt thăm khám và phụ kiện	Không được bao trả
Không được bao trả	Không được bao trả
60 giờ một năm hỗ trợ và trợ giúp dành cho cá nhân	60 giờ một năm hỗ trợ và trợ giúp dành cho cá nhân
$0 - $545 (số tiền chính xác tùy thuộc vào mức Trợ cấp thêm)	$230 - Chỉ Bậc 5
Thuốc gốc: $0 | Thuốc biệt dược gốc: $0	5 Bậc (1/2/3/4/5) Ưu tiên: $0/$10/$37/50%/29% Tiêu chuẩn: $10/$20/$47/50%/29%

Plan 2 (HMO)	Plan 3 (HMO)	Plan 4 (HMO)
$0 - $38.40 (số tiền chính xác tùy thuộc vào mức Trợ cấp thêm)	$79	$105
$8,850	$8,850	
$500/ngày đối với các ngày 1-4; $0/ngày đối với các ngày 5-90	$500/ngày đối với các ngày 1-4; $0/ngày đối với các ngày 5-90	
$365 đồng thanh toán	$325 đồng thanh toán	
Không khấu trừ	Không khấu trừ	
$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	
$40 đồng thanh toán	$30 đồng thanh toán	
$50 đồng thanh toán	$40 đồng thanh toán	
$40 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	
$100 đồng thanh toán, $0 nếu nhập viện	$100 đồng thanh toán, $0 nếu nhập viện	
$350 đồng thanh toán	$325 đồng thanh toán	
$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	
Không được bao trả	$0 đồng thanh toán – 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm, giới hạn bảo hiểm của chương trình là $150 mỗi 2 năm cho kính mắt	
Dịch vụ phòng ngừa không giới hạn cộng với mức giới hạn là $500 cho dịch vụ toàn diện	Dịch vụ phòng ngừa không giới hạn cộng với mức giới hạn là $500 cho dịch vụ toàn diện	
Kết hợp tổng cộng 25 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên, trị liệu thần kinh cột sống và xoa bóp	Kết hợp tổng cộng 12 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên và trị liệu thần kinh cột sống	
Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục	Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục	
28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19	28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19	
Không được bao trả	Không được bao trả	
Không được bao trả	Không được bao trả	
Không được bao trả	Không được bao trả	
60 giờ một năm hỗ trợ và trợ giúp dành cho cá nhân	Không được bao trả	
$0	$0	
5 Bậc (1/2/3/4/5) Ưu tiên: $0/$10/$37/50%/33% Tiêu chuẩn: $10/$20/$47/50%/33%	5 Bậc (1/2/3/4/5) Ưu tiên: $0/$10/$37/50%/33% Tiêu chuẩn: $10/$20/$47/50%/33%	

Freedom Plan (HMO)
$0
$8,850
$500/ngày đối với các ngày 1-4; $0/ngày đối với các ngày 5-90
$250 đồng thanh toán
Không khấu trừ
$0 đồng thanh toán
$30 đồng thanh toán
$40 đồng thanh toán
$0 đồng thanh toán
$100 đồng thanh toán, $0 nếu nhập viện
$300 đồng thanh toán
$0 đồng thanh toán
$0 đồng thanh toán – 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm, giới hạn bảo hiểm của chương trình là $150 mỗi 2 năm cho kính mắt
Dịch vụ phòng ngừa không giới hạn cộng với mức giới hạn là $500 cho dịch vụ toàn diện
Kết hợp tổng cộng 12 lượt thăm khám mỗi năm cho dịch vụ châm cứu, liệu pháp thiên nhiên và trị liệu thần kinh cột sống
Bộ dụng cụ tập thể dục, thẻ hội viên phòng tập thể dục
28 bữa ăn sau khi xuất viện hoặc sau khi được chẩn đoán dương tính với COVID-19
Không được bao trả
Không được bao trả
Không được bao trả
Không được bao trả
Chương trình này không bao trả cho thuốc theo toa
Chương trình này không bao trả cho thuốc theo toa

Quý vị có biết mình muốn tham gia chương trình nào không?

Dễ dàng ghi danh trực tuyến với quy trình ghi danh 6 bước bằng cách quét mã QR bên dưới.

Quý vị khó lựa chọn? Hãy để chúng tôi giúp đỡ.

Chúng tôi là Chuyên gia ghi danh Medicare của quý vị. Liên lạc với chúng tôi tại: **1-800-944-1247** (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

Câu hỏi về việc ghi danh:
1-800-944-1247

Câu hỏi về Dịch vụ khách hàng:
1-800-942-0247

TTY: **711**
8 giờ sáng đến 8 giờ tối,
7 ngày một tuần

Trang web:
medicare.chpw.org

Địa chỉ gửi thư:
Community Health Plan of Washington

1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101-3207

Community Health Plan of Washington (CHPW) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid Tiểu Bang Washington. Việc ghi danh tham gia chương trình Community Health Plan of Washington phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng. Phúc lợi, danh sách thuốc, mạng lưới nhà thuốc, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 01 tháng 01 năm 2025. Có thể áp dụng các giới hạn, khoản đồng thanh toán và hạn chế. Các cá nhân phải có cả Phần A và Phần B để ghi danh. Quý vị vẫn phải thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B trừ khi được bao trả bởi DSHS Washington. Thông tin về phúc lợi được cung cấp ở đây chỉ là tóm tắt ngắn gọn, không phải là mô tả hoàn chỉnh về phúc lợi.

Lưu ý: Thông tin này cũng được cung cấp miễn phí ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in chữ lớn. Gọi số 1-800-942-0247 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711).

注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-942-0247 (TTY: 711).