



2025 年福利重点



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

MEDICARE ADVANTAGE

如何参保健康计划?



电话申请

Community Health Plan of Washington (CHPW) 旗下的持照 Medicare 参保专员将非常乐意帮助您进行申请。致电 **1-800-944-1247** (TTY: 711), 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点。



现场申请

致电 1-800-944-1247 (TTY: 711) 预约一个便于您与我们当地的 Medicare 参保专员见面的时间。或者前往我们的网站 [medicare.chpw.org/reps](https://www.medicare.chpw.org/reps) 预约时间。



邮件申请

填写参保申请表并使用预付邮资的信封将其寄回至:

Community Health Plan of Washington,
Attn: Eligibility, Suite 400, 1111 3rd Ave,
Seattle, WA 98101-3207



在线申请

访问 [medicare.chpw.org/enrollnow](https://www.medicare.chpw.org/enrollnow)。只需 6 个步骤, 就能在线轻松申请。

选择 Medicare Advantage 计划时要问的重要问题

我要为我的保险支付哪些费用?

知道自己要支付多少自付费用很重要, 例如每月保费、医疗服务的分摊费用和处方药费用。

该计划是否承保 Original Medicare 不承保的服务?

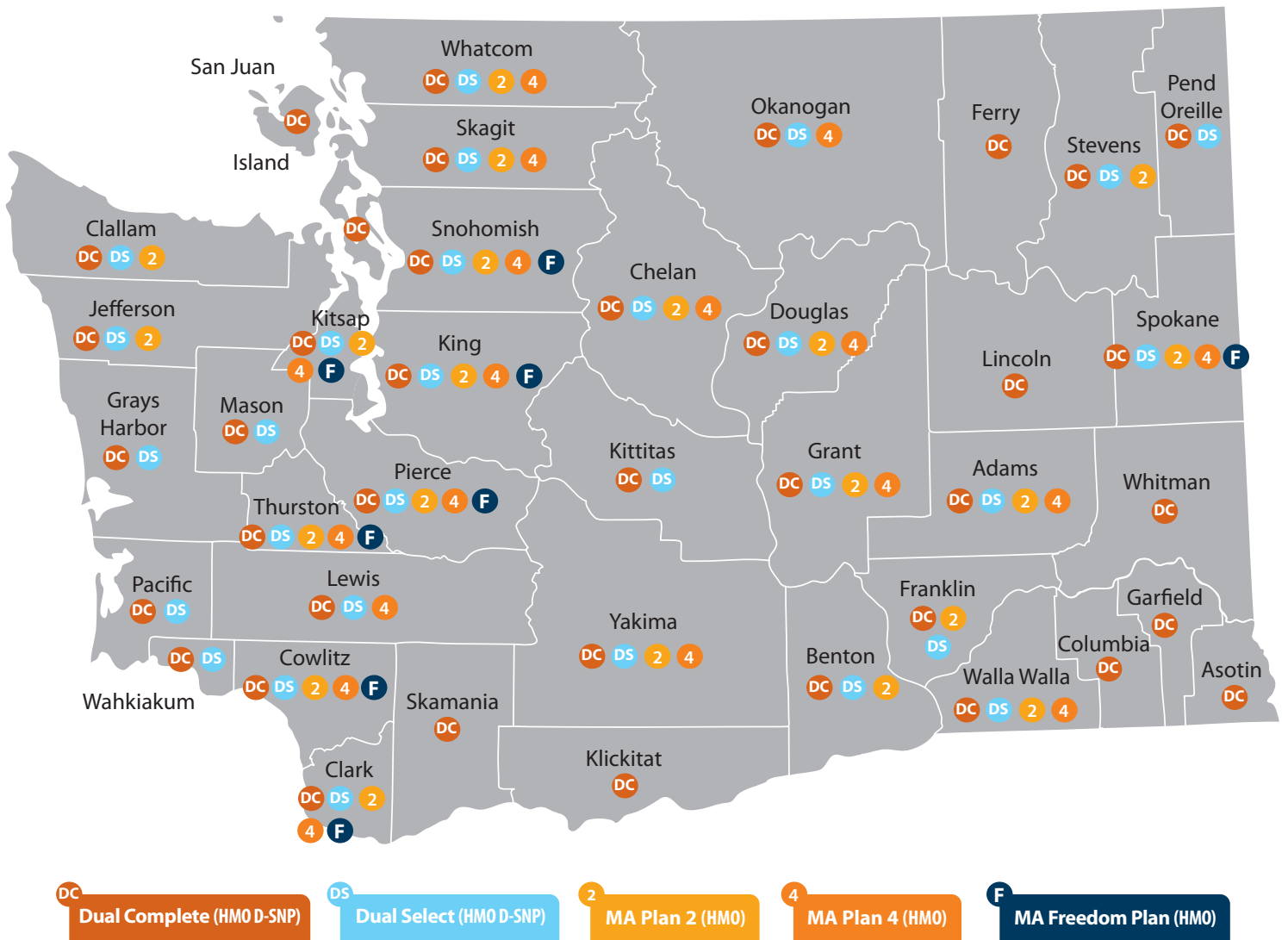
很多 Medicare Advantage 计划会提供额外的福利, 例如听力、视力、牙科、健身、处方药保险和非处方产品。

我可以继续去看我现在的医生吗?

您需要了解您要看的医生或您要去的医院是否在计划的网络内。请致电我们或访问我们的网站 ([medicare.chpw.org](https://www.medicare.chpw.org)), 查看我们的医疗服务提供者网络。

药物的承保范围是怎样的?

请记住, Original Medicare 不承保处方药。您可以通过 Medicare Advantage 计划或单独的 D 部分计划获得药物承保。



选择 CHPW Medicare Advantage Plan, 就是选择了一个覆盖全州的医疗网络, 这个网络包含数以千计的初级保健医生、专科医生以及 100 多间医院。您可以随时随地获得所需要的服务。我们的计划在不同的县会有所不同。若要参保, 您必须居住在我们的服务区内。

† 此处所示的福利是网络内福利, 并由 VSP 管理。在福利限额内, 您有多种镜框和基本镜片可供选择。

‡ 牙科福利由 Delta Dental of Washington 管理。您必须前往 Delta Dental 网络内牙医处就诊才能获得承保。要获取 Delta Dental PPO Plus Premier 网络内牙医的最新列表, 请访问 deltadentalwa.com。

* Dual Complete 和 Dual Select 计划为有资格同时获取 Medicare A 部分和 B 部分以及 Apple Health (Medicaid) 福利的人士提供额外的支持。这些计划的所有费用分摊 (包括保费、医疗和处方药费用) 取决于您的 Apple Health 资格级别。若您参保了本州或其他 Apple Health 福利计划, Community Health Plan of Washington (CHPW) 将帮助您解决任何账单问题。在 Dual Complete 计划下, 若您享有完整的双重福利资格, 则您的医生不能就 Apple Health 福利承保的项目向您收取分摊费用。您的医生必须接受我们的计划付款作为全额付讫, 或者向正确的 Apple Health 来源收取费用。

** 只要您符合 100% 低收入补贴 (“额外补助”) 的资格, 您每月 \$26.20 的计划保费即已付清。您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费, 不过这笔保费的金额也可能取决于您的 Apple Health 级别。

CHPW MA Plan/福利	Dual Complete* (HMO D-SNP)
月缴保费	\$0**
最高自付费用	\$9,350
A 部分 住院保险	\$0
医院门诊观察	\$0
B 部分 自付额	\$0
初级保健/远程医疗 (每次就诊)	\$0
精神健康 (每次就诊)	\$0
专科护理/远程医疗 (每次就诊)	\$0
急症护理 (每次就诊)	\$0
紧急护理 (每次就诊)	\$0
救护车 (每次服务)	\$0
糖尿病用品	\$0
视力检查和硬件†	\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查； 对于眼镜, 每年 \$500 的计划承保限额
牙科服务‡	\$5,000 用于预防性和综合性服务
健康和保健	每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩
健身计划	健身套装, 健身房会籍
亟需情况下的膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食
非处方药 (OTC) 和杂货	每月 \$100 用于购买受承保的杂货和 OTC 商品
助听器、检查和验配	每年 \$2,250; 对于检查和验配, \$0 的自付额
交通接送	每年 20 次单程载送服务 (限 40 英里)
D 部分 自付额	\$0
D 部分处方药	副厂药:\$0 原厂药:\$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 2 (HMO)
\$0 - \$26.20 (具体金额取决于额外补助的级别)	\$0 - \$23.10 (具体金额取决于额外补助的级别)
\$9,350	\$9,350
\$0 或 20%	第 1-4 天, 每天 \$500; 第 5-90 天, 每天 \$0
\$0 或 20%	\$365 的共付额
如果不享有完整的 Apple Health (Medicaid) 分摊费用补助, 则需承担 \$240 的自付额。此为 2024 年的金额, 2025 年可能会有所变化。	无自付额
\$0 或 20%	\$0 的共付额
\$0 或 20%	\$40 的共付额
\$0 或 20%	\$50 的共付额
\$0 或 20%; 最高 \$45	\$40 的共付额
\$0 或 20%; 最高 \$110	\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0
\$0 或 20%	\$350 的共付额
\$0 或 20%	\$0 的共付额
\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查, 对于眼镜, 每年 \$500 的计划承保限额	不承保
\$750 用于预防性和综合性服务	无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额
每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩	每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩
健身套装, 健身房会籍	健身套装, 健身房会籍
出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食
不承保	不承保
每年 \$2,250; 对于检查和验配, \$0 的自付额	不承保
每年 32 次单程载送服务 (限 40 英里)	每年 20 次单程载送服务 (限 40 英里)
\$0 - \$590 (具体金额取决于额外补助的级别)	\$0
副厂药:\$0 原厂药:\$0	5 级药物 (1/2/3/4/5) 首选药物:\$0/\$10/\$37/50%/33% 标准药物:\$10/\$20/\$47/50%/33%

Plan 4 (HMO)	Freedom Plan (HMO)
\$107	\$0
\$9,350	\$9,350
第 1-4 天, 每天 \$500; 第 5-90 天, 每天 \$0	第 1-4 天, 每天 \$500; 第 5-90 天, 每天 \$0
\$325 的共付额	\$250 的共付额
无自付额	无自付额
\$0 的共付额	\$0 的共付额
\$30 的共付额	\$30 的共付额
\$40 的共付额	\$40 的共付额
\$0 的共付额	\$0 的共付额
\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0	\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0
\$325 的共付额	\$300 的共付额
\$0 的共付额	\$0 的共付额
\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查; 对于眼镜, 每 2 年 \$150 的计划承保限额	\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查; 对于眼镜, 每 2 年 \$150 的计划承保限额
无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额	无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额
每年合计 12 次就诊, 适用于针灸、自然疗法和脊椎推拿	每年合计 12 次就诊, 适用于针灸、自然疗法和脊椎推拿
健身套装, 健身房会籍	健身套装, 健身房会籍
出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食
不承保	不承保
不承保	不承保
不承保	不承保
\$0	该计划不承保处方药
5 级药物 (1/2/3/4/5) 首选药物: \$0/\$10/\$37/50%/33% 标准药物: \$10/\$20/\$47/50%/33%	该计划不承保处方药

CHPW MA Plan/福利

月缴保费

最高自付费用

A 部分 | 住院保险

医院门诊观察

B 部分 | 自付额

初级保健/远程医疗(每次就诊)

精神健康(每次就诊)

专科护理/远程医疗(每次就诊)

急症护理(每次就诊)

紧急护理(每次就诊)

救护车(每次服务)

糖尿病用品

视力检查和硬件†

牙科服务‡

健康和保健

健身计划

亟需情况下的膳食

非处方药 (OTC) 和杂货

助听器、检查和验配

交通接送

D 部分 | 自付额

D 部分处方药

知道自己要参保哪个计划?

扫描下方二维码, 只需 6 个步骤, 就能在线轻松参保。



不知道怎么选？ 让我们来帮忙！

我们是您的 Medicare 参保专员。
联系我们：**1-800-944-1247** (TTY: 711)，
每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。



参保问题：
1-800-944-1247

客户服务问题：
1-800-942-0247

TTY: 711
每周 7 天，每天早上 8 点至晚上 8 点

网站：
medicare.chpw.org

邮寄地址：
**Community Health Plan
of Washington**

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

Community Health Plan of Washington (CHPW) 是一项与 Medicare 和 Washington State Medicaid 计划签有合约的 HMO 计划。Community Health Plan of Washington 遵守适用的联邦民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别而歧视他人。能否在 Community Health Plan of Washington 参保视续约情况而定。自 2026 年 1 月 1 日起，福利、处方药一览表、药房网络、保费和/或共付额/共同保险可能会有所调整。相关约束、共付额及限制可能适用。个人必须同时拥有 A 部分和 B 部分才能参保。您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费，除非该保费已由华盛顿州社会与卫生服务部 (Washington DSHS) 支付。本文所提供的福利信息仅为简短摘要，并非对福利的完整说明。

注意：本文件还可免费提供其他格式版本，例如：盲文或大字版本。请致电 1-800-942-0247 (TTY: 711)。

*ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 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).