



Краткий обзор льгот – 2025 г.



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

MEDICARE ADVANTAGE

Как стать участником?



По телефону

Лицензированный специалист Community Health Plan of Washington (CHPW) по регистрации в программе Medicare поможет вам подать заявку. Звоните по номеру **1-800-944-1247** (TTY: 711) с 08:00 до 20:00 в любой день недели.



Лично

Позвоните по номеру 1-800-944-1247 (TTY: 711), чтобы выбрать удобное для вас время и встретиться с одним из наших местных специалистов по регистрации в Medicare. Или запишитесь на прием через наш веб-сайт по ссылке medicare.chpw.org/rebs.



По почте

Заполните заявку на регистрацию и отправьте ее в конверте с предоплаченным почтовым сбором на следующий адрес:
Community Health Plan of Washington,
Attn: Eligibility, Suite 400, 1111 3rd Ave,
Seattle, WA 98101-3207



Через Интернет

Посетите веб-сайт medicare.chpw.org/enrollnow. Мы разработали простой процесс регистрации через Интернет, включающий 6 шагов.

Важные вопросы, которые необходимо задать при выборе плана Medicare Advantage

Какие затраты могут возникнуть в связи с моим покрытием?

Важно знать, сколько вам придется заплатить из своего кармана в виде ежемесячных страховых взносов, вашей доли в расходах на медицинское обслуживание или за рецептурные препараты.

Смогу ли я по-прежнему обращаться к своим врачам?

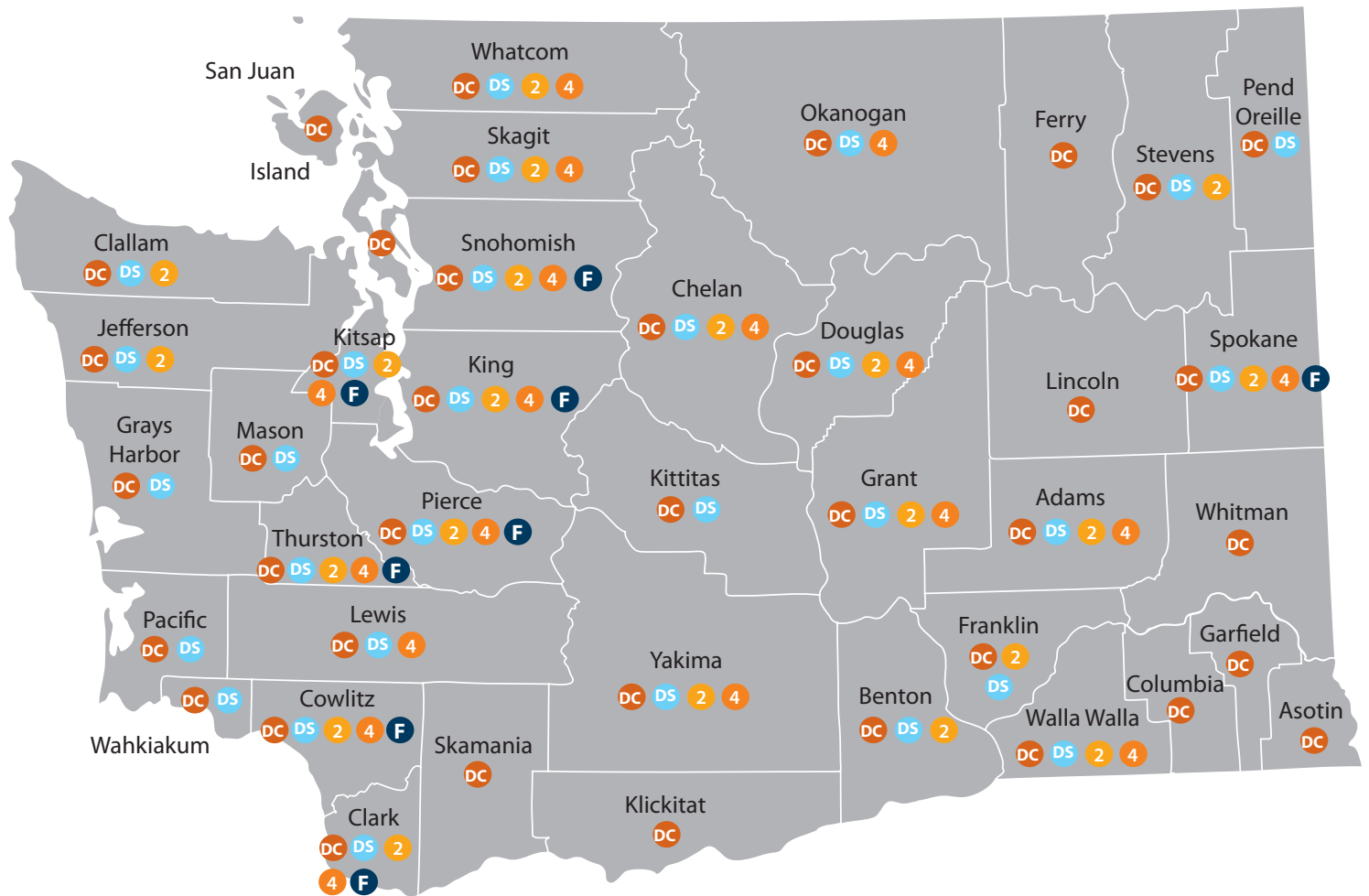
Вам следует выяснить, входит ли врач, к которому вы хотите попасть, или нужная вам больница в сеть плана. Позвоните нам или посетите наш веб-сайт, чтобы ознакомиться с сетью поставщиков услуг, по адресу medicare.chpw.org.

Покрывает ли план какие-либо услуги, которые не покрывает Original Medicare?

Многие планы Medicare Advantage предлагают дополнительные льготы, например проверку слуха, зрения, стоматологические услуги, программы фитнеса, покрытие рецептурных препаратов и безрецептурные препараты.

Как осуществляется покрытие лекарственных препаратов?

Помните, что страховое покрытие в рамках Original Medicare не распространяется на рецептурные препараты. Вы можете получить покрытие лекарственных препаратов через план Medicare Advantage или отдельный план Medicare, Часть D.



DC Dual Complete (HMO D-SNP)
 DS Dual Select (HMO D-SNP)
 2 MA Plan 2 (HMO)
 4 MA Plan 4 (HMO)
 F MA Freedom Plan (HMO)

Выбирая план CHPW Medicare Advantage, вы выбираете широкую сеть из тысяч врачей общей практики и врачей-специалистов, а также более 100 больниц по всему штату. Вы получаете доступ к медицинской помощи, когда и где вам это необходимо. Наши планы различаются в зависимости от округа. Чтобы стать участником, вы должны проживать в пределах нашей зоны обслуживания.

- † Указанные льготы предоставляются в рамках сети плана. Администратор льгот — компания VSP. У вас есть различные варианты получения оправ и простых линз в пределах суммы льготы.
- ‡ Стоматологические льготы координируются компанией Delta Dental of Washington. Чтобы получить страховое покрытие, вы должны обращаться к стоматологу из сети Delta Dental. Чтобы ознакомиться с наиболее актуальным списком стоматологов сети Delta Dental PPO Plus Premier, посетите веб-сайт deltadentalwa.com.

Планы Dual Complete и Dual Select предлагают дополнительную поддержку лицам, которые имеют право на льготы Medicare, Части A и B, и Apple Health (Medicaid). Все суммы ваших собственных расходов по этим планам, включая страховые взносы и вашу долю в оплате медицинских услуг и рецептурных препаратов, зависят от того, на какой уровень страхования в рамках Apple Health вы имеете право. Если вы получаете льготы Apple Health от администрации штата или в рамках другого плана медицинского страхования, сотрудники Community Health Plan of Washington (CHPW) помогут вам разрешить все вопросы, связанные с выставлением счетов. В рамках плана Dual Complete, если вы являетесь бенефициаром с правом на льготы в полном объеме по обоим программам, ваш врач не может выставить вам счет на оплату вашей доли расходов, если соответствующее покрытие предоставляется в рамках льгот Apple Health. Ваш врач должен принимать платежи, предлагаемые нашим планом, в качестве полной оплаты своих услуг или выставлять счет соответствующей организации, оплачивающей льготы в рамках Apple Health.

** Ваш ежемесячный страховой взнос в размере \$26.20 оплачивается до тех пор, пока вы соответствуете критериям для получения 100% субсидии для малообеспеченных лиц (по программе Extra Help («Дополнительная помощь»)). Вы должны продолжать оплачивать страховые взносы за участие в Части B программы Medicare, несмотря на то, что взносы также могут уплачиваться за вас в зависимости от вашего уровня участия в программе Apple Health.

CHPW MA Plan/Льгота	Dual Complete* (HMO D-SNP)
Ежемесячный страховой взнос	\$0**
Максимальная сумма собственных затрат	\$9,350
Часть А Стационарное лечение	\$0
Амбулаторное ведение пациента	\$0
Часть В Франшиза	\$0
Первичная медицинская помощь/ Телемедицина (за прием)	\$0
Услуги по охране психического здоровья (за прием)	\$0
Специализированная медицинская помощь/Телемедицина (за прием)	\$0
Срочная медицинская помощь (за прием)	\$0
Экстренная медицинская помощь (за прием)	\$0
Перевозка на машине скорой помощи (за вызов)	\$0
Средства для диабетиков	\$0
Проверки зрения и оборудование†	Доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, лимит страхового покрытия плана в размере \$500 ежегодно на очковую оптику
Стоматологические услуги‡	\$5,000 на профилактические и комплексные услуги
Лечебные и оздоровительные программы	Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год
Программа фитнеса	Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе
Питание, когда вы в нем максимально нуждаетесь	28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19
Безрецептурные средства (OTC) и продукты питания	\$100 ежемесячно для приобретения покрываемых продуктов питания и средств OTC
Слуховые аппараты, проверки слуха и подгонка	\$2,250 ежегодно; доплата в размере \$0 за проверку и подгонку
Транспортировка	20 поездок в одну сторону (лимит — 40 миль) ежегодно
Часть D Франшиза	\$0
Часть D Рецептурные препараты	Дженерики: \$0 Фирменные препараты: \$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 2 (HMO)	
\$0 - \$26.20 (точная сумма зависит от уровня по программе Extra Help («Дополнительная помощь»))	\$0 - \$23.10 (точная сумма зависит от уровня по программе Extra Help («Дополнительная помощь»))	
\$9,350	\$9,350	
\$0 или 20%	\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$365	
Если в рамках Apple Health (Medicaid) не предоставляется полное покрытие расходов, связанных с разделением затрат, то применяется франшиза в размере \$240. Эта сумма предусмотрена на 2024 г. и может поменяться в 2025 г.	Без франшизы	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$0	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$40	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$50	
\$0 или 20%; лимит — \$45	Доплата в размере \$40	
\$0 или 20%; лимит — \$110	Доплата в размере \$100; \$0 при госпитализации	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$350	
\$0 или 20%	Доплата в размере \$0	
Доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, лимит страхового покрытия плана в размере \$500 ежегодно на очковую оптику	Не покрывается	
\$750 на профилактические и комплексные услуги	Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в размере \$500 на комплексные услуги	
Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год	Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год	
Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе	Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе	
28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19	28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19	
Не покрывается	Не покрывается	
\$2,250 ежегодно; доплата в размере \$0 за проверку и подгонку	Не покрывается	
32 поездки в одну сторону (лимит — 40 миль) ежегодно	20 поездок в одну сторону (лимит — 40 миль) ежегодно	
\$0 - \$590 (точная сумма зависит от уровня по программе Extra Help («Дополнительная помощь»))	\$0	
Дженерики: \$0 Фирменные препараты: \$0	5 уровней (1/2/3/4/5)	Предпочтительные: \$0/\$10/\$37/50%/33% Стандартные: \$10/\$20/\$47/50%/33%

Plan 4 (HMO)		Freedom Plan (HMO)
\$107		\$0
\$9,350		\$9,350
\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день		\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день
Доплата в размере \$325		Доплата в размере \$250
Без франшизы		Без франшизы
Доплата в размере \$0		Доплата в размере \$0
Доплата в размере \$30		Доплата в размере \$30
Доплата в размере \$40		Доплата в размере \$40
Доплата в размере \$0		Доплата в размере \$0
Доплата в размере \$100; \$0 при госпитализации		Доплата в размере \$100; \$0 при госпитализации
Доплата в размере \$325		Доплата в размере \$300
Доплата в размере \$0		Доплата в размере \$0
Доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, лимит страхового покрытия плана в размере \$150 каждые два года на очковую оптику		Доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, лимит страхового покрытия плана в размере \$150 каждые два года на очковую оптику
Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в размере \$500 на комплексные услуги		Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в размере \$500 на комплексные услуги
Всего 12 сеансов иглоукалывания, натуропатии и мануальной терапии в год		Всего 12 сеансов иглоукалывания, натуропатии и мануальной терапии в год
Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе		Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе
28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19		28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19
Не покрывается		Не покрывается
Не покрывается		Не покрывается
Не покрывается		Не покрывается
\$0		Этот план не включает оплату рецептурных препаратов
5 уровней (1/2/3/4/5)	Предпочтительные: \$0/\$10/\$37/50%/33% Стандартные: \$10/\$20/\$47/50%/33%	Этот план не включает оплату рецептурных препаратов

СНРW MA Plan/Льгота

Ежемесячный страховой взнос

Максимальная сумма собственных затрат

Часть А | Стационарное лечение

Амбулаторное ведение пациента

Часть В | Франшиза

Первичная медицинская помощь/
Телемедицина (за прием)

Услуги по охране психического
здоровья (за прием)

Специализированная медицинская
помощь/Телемедицина (за прием)

Срочная медицинская помощь
(за прием)

Экстренная медицинская помощь
(за прием)

Перевозка на машине скорой помощи
(за вызов)

Средства для диабетиков

Проверки зрения и оборудование[†]

Стоматологические услуги[†]

Лечебные и оздоровительные
программы

Программа фитнеса

Питание, когда вы в нем максимально
нуждаетесь

Безрецептурные средства (ОТС)
и продукты питания

Слуховые аппараты, проверки слуха
и подгонка

Транспортировка

Часть D | Франшиза

Часть D | Рецептурные препараты

Знаете, какой план вам нужен?

Зарегистрируйтесь
через Интернет,
выполнив всего
6 шагов после
сканирования
QR-кода ниже.



Вам сложно сделать выбор? Мы можем ПОМОЧЬ.

Мы — ваши специалисты по регистрации
в программе Medicare.

Свяжитесь с нами по номеру телефона:

1-800-944-1247 (TTY: 711)

с 08:00 до 20:00 в любой день недели.



Вопросы по поводу
регистрации:

1-800-944-1247

Вопросы касательно
обслуживания участников:

1-800-942-0247

TTY: 711

С 08:00 до 20:00 в любой
день недели

Веб-сайт:

medicare.chpw.org

Почтовый адрес:

**Community Health
Plan of Washington**

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

Community Health Plan of Washington (CHPW) является планом медицинского страхования категории НМО, сотрудничающим на договорной основе с программой Medicare и программой Medicaid штата Washington. Community Health Plan of Washington соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. Возможность регистрации в плане Community Health Plan of Washington зависит от продления этих договоров. Перечень льгот, список покрываемых препаратов, сеть аптек, а также размер страховых взносов и/или доплат и сострахования могут измениться 1 января 2026 года. Могут налагаться ограничения и лимиты, а также требоваться доплаты. Для регистрации в плане необходимо быть участником как Части А, так и Части В. Вы должны продолжать платить свой страховой взнос за участие в Части В программы Medicare, кроме случаев, когда вам обеспечивается покрытие Департаментом здравоохранения и социального обеспечения штата Washington (DSHS). Предоставленные сведения о льготах являются кратким обзором, а не полным описанием льгот.

Внимание: данная информация также доступна бесплатно в других форматах, например напечатанная шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в виде аудиозаписи. Позвоните по номеру 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).