Tìm chương trình phù hợp **với quý vị**

Tìm hiểu về các Quyền lợi
của Chương trình Central Health Medicare

Chương trình Central Health Focus (HMO C-SNP) 006
Chương trình này là lựa chọn tốt cho những người được chẩn đoán mắc bệnh tim mạch, suy tim sung huyết hoặc tiểu đường nhưng không đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Chương trình này giảm chi phí của các loại thuốc kê đơn đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ và quyền lợi.

Chương trình Central Health Premier I (HMO) 20-1
Chương trình này là lựa chọn tốt cho những người không đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Chương trình cho Người có Nhu cầu Đặc biệt (Special Needs Plan). Chương trình này giảm chi phí của các loại thuốc kê đơn đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ và quyền lợi.

Chương trình Central Health Premier II (HMO) 21-2
Chương trình này là một lựa chọn tốt cho những người nhận được một phần bảo hiểm Medi-Cal hoặc Trợ giúp Bổ sung.

Chương trình Central Health San Mateo Medicare (HMO) 018
Chương trình này là lựa chọn tốt cho những người không đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Chương trình cho Người có Nhu cầu Đặc biệt (Special Needs Plan). Chương trình này giảm chi phí của các loại thuốc kê đơn đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ và quyền lợi.

Chương trình Central Health Medicare là chương trình HMO/HMO SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Chương trình Central Health Medicare phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Đây là những Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho các bệnh mạn tính. Các thành viên bắt buộc phải đáp ứng một số điều kiện thì mới được hưởng những quyền lợi này.

Liên lạc với Chúng tôi

Gọi số Miễn phí
1-866-314-2427, TTY 711

Truy cập Trang web của Chúng tôi
centralhealthplan.com

Giờ Hoạt động
8:00 sáng–8:00 tối, 7 ngày một tuần

Địa chỉ
2400 E. Katella Ave., Suite 1100
Anaheim, CA 92806

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Quyền lợi Điểm nổi bật

Phía Bắc California
Alameda, Contra Costa, Fresno, San Joaquin, Santa Clara, San Mateo
2024

Chương trình Central Health **Focus** (HMO C-SNP) 006	Chương trình Central Health **Premier I** (HMO) 20-1	Chương trình Central Health **Premier II** (HMO) 21-2	Chương trình Central Health **San Mateo Medicare** (HMO) 018
FR, SC, AL, CC, SJ	SC, SJ, FR, AL, CC	SC, SJ, FR, AL, CC	SM

H5649_006_20.1_21.2_18_Brochure-2024_2845_M_VT V2

CHI TIẾT VỀ CHƯƠNG TRÌNH	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH FOCUS (HMO C-SNP) 006	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER I (HMO) 20-1	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER II (HMO) 21-2	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE (HMO) 018
Phí Bảo hiểm Hàng tháng	**$0**	**$0**	**$41**[4]	**$0**
Giảm giá Phần B	**$35**	**$0**	**$0**	**$0**
Khấu trừ	**Không có**	**Không có**	**Không có**	**Không có**
Tiền Tự trả Tối đa (MOOP)	**$1,800**	**$3,200**	**$1,199**	**$3,850**
SỰ CHĂM SÓC TOÀN DIỆN	**CHƯƠNG TRÌNH 006**	**CHƯƠNG TRÌNH 20-1**	**CHƯƠNG TRÌNH 21-2**	**CHƯƠNG TRÌNH 018**
Nhà Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Bác sĩ Chuyên khoa[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Chăm sóc Khẩn cấp	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Các Xét nghiệm & Thủ thuật Chẩn đoán[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Dịch vụ Phòng thí nghiệm[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Chụp MRI, CAT[1]	**$0–$75**	**$0–$50**	**$0**	**$0–$150**
Chụp X-quang[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Vật lý Trị liệu[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
BỆNH VIỆN & CHĂM SÓC KHẨN CẤP	**CHƯƠNG TRÌNH 006**	**CHƯƠNG TRÌNH 20-1**	**CHƯƠNG TRÌNH 21-2**[5]	**CHƯƠNG TRÌNH 018**
Bệnh viện Nội trú[1]	**$0**	**$0** (mỗi ngày, ngày 1–4) **$100** (mỗi ngày, ngày 5–10) **$0** (mỗi ngày, ngày 11–90)	**$50** (mỗi ngày, ngày 1–6) **$0** (mỗi ngày, ngày 7–90)	**$200** (mỗi ngày, ngày 1–5) **$0** (mỗi ngày, ngày 6–90)
Bệnh viện Ngoại trú[1]	**$0**	**$0–$150**	**$0–$150**	**$0–$200**
Chăm sóc Khẩn cấp[2]	**$0–$125**	**$0–$100**	**$0–$100**	**$0–$90**
Xe cứu thương (Mặt đất)[1]	**$0–$100**	**$0–$150**	**$0–$150**	**$0–$250**

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

BẢO HIỂM CHO THUỐC KÊ ĐƠN	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH FOCUS (HMO C-SNP) 006	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER I (HMO) 20-1	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER II (HMO) 21-2	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE (HMO) 018
Khấu trừ Phần D (BẬC 2–5)	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Bảo hiểm Ban đầu Quý vị ở giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi chi phí thuốc của quý vị đạt $5,030 (tính từ đầu năm đến thời điểm hiện tại).				
Nhà thuốc Bán lẻ theo Hợp đồng với Chương trình Central Health (Lượng thuốc dùng trong 1 tháng/30 ngày)				
BẬC 1: Thuốc Gốc được Ưu tiên	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
BẬC 2: Thuốc Gốc	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
BẬC 3: Thuốc có Thương hiệu được Ưu tiên	**$35**	**$35**	**$35**[4]	**$35**
BẬC 4: Không được Ưu tiên	**$75**	**$75**	**$75**[4]	**$75**
BẬC 5: Bậc Biệt dược	**33%**	**33%**	**33%**[4]	**33%**
BẬC 6: Dịch vụ Chăm sóc Nhất định	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Thời gian Tạm ngừng Bảo hiểm Quý vị ở trong giai đoạn này cho đến khi "chi phí tự chi trả" (các khoản thanh toán của quý vị) tính từ đầu năm đến thời điểm hiện tại đạt tổng cộng $8,000.				
BẬC 1: Thuốc Gốc được Ưu tiên	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
BẬC 2: Thuốc Gốc	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
BẬC 3: Thuốc có Thương hiệu được Ưu tiên	**25%**	**25%**	**25%**[4]	**25%**
BẬC 4: Không được Ưu tiên	**25%**	**25%**	**25%**[4]	**25%**
BẬC 5: Bậc Biệt dược	**25%**	**25%**	**25%**[4]	**25%**
BẬC 6: Dịch vụ Chăm sóc Nhất định	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

[1] Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép và/hoặc giới thiệu
[2] Khoản đồng thanh toán được miễn nếu nhập viện hoặc quay lại phòng cấp cứu trong vòng 72 giờ.
[3] Những hạn chế có thể được áp dụng. Xem EOC của quý vị để biết thông tin chi tiết.
[4] Tùy thuộc vào mức độ Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) mà quý vị nhận được.
[5] Chi phí của bạn có thể ít hơn nếu Medi-Cal của quý bao trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ được Medicare bao trả.

QUYỀN LỢI & DỊCH VỤ BỔ SUNG	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH FOCUS (HMO C-SNP) 006	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER I (HMO) 20-1	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH PREMIER II (HMO) 21-2	CHƯƠNG TRÌNH CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE (HMO) 018
Khám Mắt Định kỳ[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Tiền Hỗ trợ cho Kính mắt[1,3]	**$150 mỗi năm; bao trả cho tất cả các vật dụng hỗ trợ thị lực**	**$300 mỗi năm; bao trả cho tất cả các vật dụng hỗ trợ thị lực**	**$300 mỗi năm; bao trả cho tất cả các vật dụng hỗ trợ thị lực**	**$300 mỗi năm; bao trả cho tất cả các vật dụng hỗ trợ thị lực**
Nha khoa Phòng ngừa[3] (ví dụ: khám miệng, chụp X-quang, làm sạch răng miệng)	**$0–$41**	**$0–$41**	**$0–$41**	**$0–$41**
Máy Trợ Thính[1]	**Tiền hỗ trợ $2,000**	**Tiền hỗ trợ $2,000**	**Tiền hỗ trợ $3,000**	**Tiền hỗ trợ $2,000**
Phương tiện đi lại[1]	**$0** cho 24 chuyến đi một chiều đến các địa điểm đã được chương trình chấp thuận (giới hạn tối đa 50 dặm)	**$0** cho 24 chuyến đi một chiều đến các địa điểm đã được chương trình chấp thuận (giới hạn tối đa 50 dặm)	**$0** cho 48 chuyến đi một chiều đến các địa điểm đã được chương trình chấp thuận (giới hạn tối đa 50 dặm)	**$0** cho 24 chuyến đi một chiều đến các địa điểm đã được chương trình chấp thuận (giới hạn tối đa 50 dặm)
Châm cứu[1]	**$0** (điều trị không giới hạn)	**$0** (điều trị không giới hạn)	**$0** (điều trị không giới hạn)	**$0** (điều trị không giới hạn)
CHƯƠNG TRÌNH BỔ TRỢ SỨC KHỎE	**CHƯƠNG TRÌNH 006**	**CHƯƠNG TRÌNH 20-1**	**CHƯƠNG TRÌNH 21-2**	**CHƯƠNG TRÌNH 018**
Gói Thành viên Phòng tập thể dục – SilverSneakers[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Tiền Hỗ trợ Thực phẩm Lành mạnh[3]	**Tối đa $25/tháng** cho thực phẩm lành mạnh	**Tối đa $25/tháng** cho thực phẩm lành mạnh	**Tối đa $25/tháng** cho thực phẩm lành mạnh	**Tối đa $25/tháng** cho thực phẩm lành mạnh
Bữa ăn Dễ dàng Thực hiện[1,3]	**$0** 2 bữa ăn/ngày cho 14 ngày, 4 lần/năm	**$0** 2 bữa ăn/ngày cho 14 ngày, 4 lần/năm	**$0** 2 bữa ăn/ngày cho 14 ngày, 4 lần/năm	**Không được bao trả**
Thăm khám từ xa	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp cho Cá nhân (PERS)[1]	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
CHP THẺ FLEX	**CHƯƠNG TRÌNH 006**	**CHƯƠNG TRÌNH 20-1**	**CHƯƠNG TRÌNH 21-2**	**CHƯƠNG TRÌNH 018**
OTC	**$46 mỗi tháng** bao gồm danh mục thảo dược	**$41 mỗi tháng** bao gồm danh mục thảo dược	**$50 mỗi tháng** bao gồm danh mục thảo dược	**$41 mỗi tháng** bao gồm danh mục thảo dược
Tiền hỗ trợ Tập thể dục	**Không áp dụng**	**$20 mỗi tháng**	**$20 mỗi tháng**	**Không áp dụng**
Tiền hỗ trợ Nha khoa	**Không áp dụng**	**Không áp dụng**	**$165 cho 6 tháng**	**Không áp dụng**