



福利摘要的重要資訊

2025

Los Angeles
Orange
Riverside

San Bernardino
San Diego

Central Health
Embrace Choice Plan
(HMO C-SNP) (26-1)

2025 福利總結

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H5649-026-001

2025 年 1 月 1 日 – 2025 年 12 月 31 日。

Central Health Medicare Plan 是與聯邦醫療保險簽約的 HMO/HMO SNP。是否參保 Central Health Medicare Plan 取決於合約續約。

提供的福利資訊並未列出我們承保的每一項服務或列出每一項限制或例外。若要取得我們承保服務的完整清單，請瀏覽 www.centralhealthplan.com 網站的「承保證明書」。

若要加入 **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)**，您必須享有 Medicare Part A 的保障、加入 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內，而且必須患有糖尿病、慢性心臟衰竭 (CHF) 或心血管疾病（限於心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病和慢性靜脈血栓性阻塞性疾病）。我們的服務區域包括加州的下列縣：Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino 和 San Diego。

以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式下的標準給付或 RI 計畫的資格並非保證，將在投保後由 MAO 依據相關標準決定，例如：臨床診斷、資格標準、在目標投保人的標準給付或 RI 計畫的資格無法保證或無法在計劃年度之前決定時參與疾病狀態管理計畫（如適用）。

除急症或緊急情況外，如果您使用不在我們網絡內的醫療服務提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

有關原始聯邦醫療保險的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare & You**」手冊。請前往 Medicare.gov 網站檢視，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索要副本，每週 7 天、每天 24 小時（包括某些聯邦假日）均可撥打。TTY/TDD 用戶應致電 1-877-486-2048。

此文件提供其他格式如布萊葉盲文、大字體或音訊。

仍有疑問嗎？若您有任何疑問，請致電 Central Health Medicare Plan 會員服務部，電話：(866) 314-2427，TTY 電話為 711，太平洋標準時間上午 8 時至晚 8 時，（10 月 1 日至 3 月 31 日）每週 7 天，（4 月 1 日至 9 月 30 日）週一至週五，或瀏覽我們的網站 www.centralhealthplan.com。

保費與福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	您的費用 (Medicare+完整 Medi-Cal)
月付計劃保費 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$13.40 如果您接受額外協助，您的 保費可能會減少。	\$0
自付額	無自付額	無自付額
最高自付責任金額 (不含處方藥)	每年不超過 \$7,900	\$0
醫院住院*	自付額 \$1,632 共付額 \$0 第 1 – 60 天，每天 共付額 \$408 第 61 – 90 天，每天 共付額 \$816 每日每終身儲備日 這些是 2024 年的分攤費用 金額，2025 年可能會變更。 一經公佈，我們將盡快在 www.Centralhealthplan.com 上更新費率。	共付額 \$0
醫院門診*‡	\$0 - 20% 共同保險	共付額 \$0
門診手術中心*	共付額 \$0	共付額 \$0
醫生看診 <ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師 • 專科醫師* 	共付額 \$0 \$0 - 35% 共同保險	共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

‡ 有關特定服務的詳細資訊，請參閱承保範圍說明書 (EOC)。

保費與福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	您的費用 (Medicare+完整 Medi-Cal)
預防護理 提供其他預防服務。 <ul style="list-style-type: none"> • 流感疫苗、糖尿病篩檢等*。 	共付額 \$0	共付額 \$0
急救護理 如果入院或 72 小時內再次入急症室, 可免除共付額	共付額 \$110	共付額 \$0
緊急護理	共付額 \$0	共付額 \$0
診斷服務/化驗/造影* <ul style="list-style-type: none"> • 診斷測驗及程序 • 實驗室服務 • MRI、CAT 掃描 • X 光片 	\$0 - 20% 共同保險 共付額 \$0 20% 共同保險 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

保費與福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	您的費用 (Medicare+完整 Medi-Cal)
<p>聽力服務*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 涵蓋聽力檢查 • 常規聽力檢測 每年一次 • 助聽器配戴與評估 每年一次 • 助聽器 	<p>共付額 \$0</p> <p>共付額 \$0</p> <p>共付額 \$0</p> <p>入門型助聽器, 每個共付額 \$49</p> <p>基礎型助聽器, 每個共付額 \$149</p> <p>標準型助聽器, 每個共付額 \$449</p> <p>優選型助聽器, 每個共付額 \$849</p> <p>進階型助聽器, 每個共付額 \$1,049</p> <p>尊享型助聽器, 每個共付額 \$1,549</p> <p>您每 3 年可獲贈 2 台助聽器</p>	<p>共付額 \$0</p> <p>有關 Medi-Cal 福利的詳細資訊, 請參閱 Medi-Cal 手冊。</p>
<p>牙科服務†*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 涵蓋牙科服務 <p>年度牙科最高給付額</p>	<p>共付額 \$0</p> <p>補充牙科福利由您的 Flex Card 上的牙科津貼承保。詳情請參閱下面的 Flex Card 部分。</p> <p>每年 \$750 用於預防性和綜合性牙科服務</p>	<p>有關 Medi-Cal 福利的詳細資訊, 請參閱 Medi-Cal 手冊。</p>

* 服務可能需要授權。

†可能適用限制條件。詳情請參閱您的 EOC。

保費與福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	您的費用 (Medicare+完整 Medi-Cal)
視力服務* [†] <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 涵蓋視力檢查 • Medicare 涵蓋眼鏡 • 常規眼科檢測 • 視網膜造影 • 眼鏡津貼 	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每年檢查一次 共付額 \$0 每年檢查一次 每年最高 \$300	共付額 \$0 共付額 \$0 有關 Medi-Cal 福利的詳細 資訊，請參閱 Medi-Cal 手 冊。
心理健康服務* <ul style="list-style-type: none"> • 門診個人治療 • 門診團體治療 	共付額 \$45 共付額 \$45	共付額 \$0 共付額 \$0
專業護理機構 (SNF) *	共付額 \$0 第 1 – 20 天，每天 共付額 \$204 第 21 – 100 天，每天 這些是 2024 年的分攤費用金 額，2025 年可能會變更。 一經公佈，我們將盡快在 www.centralhealthplan.com 上更新費率。	共付額 \$0
物理治療*	共付額 \$0	共付額 \$0
救護服務 (地面) *	20% 共同保險，每次緊急救護	共付額 \$0
救護服務 (空中) *	20% 共同保險	共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

[†]可能適用限制條件。詳情請參閱您的 EOC。

保費與福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	您的費用 (Medicare+完整 Medi-Cal)
接送服務*	計畫核准地點 24 次單程 \$0 (最多 50 英里限制)	有關 Medi-Cal 福利的詳細資訊，請參閱 Medi-Cal 手冊。
Medicare Part B 藥物* <ul style="list-style-type: none"> • 化療藥物 • 其他 Part B 藥物 • Part B 胰島素藥物 	共同保險 20% (除非受「通脹調降法案」(IRA) 規定的限制) 共同保險 20% (除非受「通脹調降法案」(IRA) 規定的限制) 共付額 \$35	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

門診處方藥物

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)

Part D 自付額

\$0*
*接受額外協助的會員

零售處方藥 31 天藥量

郵購 100 天藥量

Part D 胰島 第 3 級 - 優先選用品牌

共付額 \$0*
*接受額外協助的會員

共付額 \$0*

初始承保
在您年初至今的「自付費用」
(您的付款) 總額達到 \$2,000
之前, 您處於初始承保階段
**非專利藥 (包括視為非專
利藥的品牌藥)**
所有其他藥物

共付額 \$0*

共付額 \$0*

共付額 \$0*
*接受額外協助的會員

共付額 \$0*

重大傷病承保

您的年度迄今「自付費用」
(您的付款) 總額達到 \$2,000
後即處於此階段

在此階段, 本計劃將支付您承保的 Part D 藥物的全部
費用。

一旦您進入重大傷病承保階段, 您將一直處於此付款階段,
直到日曆年結束為止 (至 2025 年 12 月 31 日)。

費用分攤可能會變更, 視您選擇的藥房以及您進入 Part D 福利新階段的時間而定。

額外福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)
24/7 遠距醫療	共付額 \$0
針灸* <ul style="list-style-type: none"> Medicare 涵蓋針灸 常規針灸 	共付額 \$0 共付額 \$0 每年與常規整脊服務合併最多 30 次。
脊椎按摩服務* <ul style="list-style-type: none"> Medicare 涵蓋的脊椎按摩護理 常規脊椎護理 	共付額 \$0 共付額 \$0 每年與常規針灸服務合併最多 30 次。
耐用性醫療設備 (DME)*	20% 共同保險
Flex 卡 您將擁有一張可在零售點使用的卡，可享有下列所有個人福利： <ul style="list-style-type: none"> 非處方藥 (OTC) 商品，包括非處方助聽器 牙科津貼 	每 3 個月最高 \$150 每月最高 \$62.50。此金額每月滾存至年底，總金額為 \$750。
健身房會員資格*	共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

額外福利	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)
<p>健康食品津貼†*</p> <p>這是慢性病患者的特殊補充福利 (SSBCI)。會員須患有心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病、慢性靜脈血栓栓塞疾病、充血性心臟衰竭 (CHF)、癡呆症或糖尿病，才符合資格。並非所有符合條件的會員都有資格享有此福利。</p>	<p>患有符合資格慢性病的會員每月最高可獲 \$50 的健康食品費用</p>
<p>居家支援服務*</p>	<p>共付額為 \$0，每日曆年最多 20 小時。並非所有會員都符合資格，詳情請查閱您的 EOC。</p>
<p>餐點 (Made Easy Meals)*‡</p>	<p>共付額 \$0 每月獲得 14 餐，共 12 個月（共 168 餐）。 每月包含 1 次送餐服務。</p>
<p>個人緊急回應系統 (PERS)*</p>	<p>共付額 \$0</p>
<p>體重秤†*</p> <p>這是慢性病患者的特殊補充福利 (SSBCI)。參加者必須患有充血性心臟衰竭 (CHF) 或腎臟疾病才符合資格。並非所有符合條件的會員都有資格享有此福利。</p>	<p>共付額 \$0</p>
<p>全球急救護理</p> <ul style="list-style-type: none"> • 緊急護理 • 急症室 • 緊急交通 	<p>共付額 \$110 最高承保額 \$50,000</p>

‡ 有關特定服務的詳細資訊，請參閱承保範圍說明書 (EOC)。

* 服務可能需要授權。