



福利摘要

2024

Orange
Riverside
San Bernardino

中心健保特選計劃 I
(HMO) (20-2)

2024 年福利摘要

中心健保特選計劃 I (HMO) H5649-020-002

2024 年 1 月 1 日 - 2024 年 12 月 31 日。

中心健保聯邦醫療保險計劃是簽訂 Medicare 合約的 HMO。投保中心健保聯邦醫療保險計劃取決於續約情況。

所提供的福利資訊並未列出我們給付的每項服務，或是並未列出所有限制或排除項目。若要取得我們給付的服務完整清單，請前往 www.centralhealthplan.com 存取「承保證明」。

如要加入 **中心健保特選計劃 I (HMO)**，您必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內。我們的服務區域包含 California 的下列郡：Orange、Riverside 及 San Bernardino。

除非是急診或緊急情況，否則若您使用不在我們網絡內的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare 與您**」手冊。請造訪 Medicare.gov 線上檢視該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本，服務時間全年無休（含某些聯邦假日）。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

本文件提供其他格式，例如點字、大字體或音訊版本。

有任何問題嗎？請致電 中心健保聯邦紅藍卡計劃 保戶服務部門，電話：(866) 314-2427，TTY：711，服務時間為 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天，或造訪我們的網站：www.centralhealthplan.com。

保費與福利	中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
每月計劃保費 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$41 如果您獲得 Extra Help，您的 保費可能會更少。	\$0
自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包括處方藥)	不超過每年 \$899	\$0
住院*	\$0/每次住院	共付額 \$0
醫院門診*‡	共付額 \$0 - \$100	共付額 \$0
門診手術中心*	共付額 \$0	共付額 \$0
醫生門診 <ul style="list-style-type: none"> • 主治醫生 • 專科醫生* 	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0
預防性照護 提供其他預防性服務。 <ul style="list-style-type: none"> • 流感疫苗、糖尿病篩檢等* 	共付額 \$0	共付額 \$0
急診照護 如果在 72 小時內住院或重新 入院至 ER，則免付共付額	共付額 \$0 - \$100	共付額 \$0
緊急護理	共付額 \$0	共付額 \$0
診斷服務/化驗/成像* <ul style="list-style-type: none"> • 診斷性檢查和程序 • 化驗服務 • MRI、CAT 掃描 • X 光 	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 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。

‡ 請參閱《承保證明 (EOC)》，以瞭解特定服務的詳細資料。

保費與福利	中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
聽力服務 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的聽力檢查 • 每年一次例行聽力檢查 • 助聽器選配和評估 每年一次 • 助聽器* 	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每年透過 NationsHearing 提供最高 \$3,000 的助聽器費用	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
牙科服務† <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務* • 預防性牙科 (例如口腔檢查、X 光、清潔) 綜合性牙科* <ul style="list-style-type: none"> • 診斷服務 • 修復服務 • 牙髓病學 • 牙周病學 • 拔牙 • 牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務 • 非例行性服務 	共付額 \$0 共付額 \$0 - \$41 共付額 \$0 - \$15 共付額 \$0 - \$424 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$237 共付額 \$0 - \$2,160 共付額 \$0 - \$166	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
視力服務*† <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的眼睛檢查 • Medicare 承保的眼鏡 • 例行眼睛檢查 • 視網膜成像 • 眼鏡費用 	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每年一次檢查 \$0 共付額 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額 \$0 共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
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 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
專業護理機構 (SNF)*	<p>第 1 至 20 天的每日共付額為 \$0</p> <p>第 21 至 100 天的每日共付額最高為 \$200</p> <p>這些為 2023 年的分攤費用金額，且可能會於 2024 年進行變更。我們會在發佈後儘快於 www.centralhealthplan.com 提供更新的費用。</p>	共付額 \$0
物理治療*	共付額 \$0	共付額 \$0
救護車 (地面) *	每次搭乘的共付額 \$0 - \$150	共付額 \$0
救護車 (空中) *	共同保險金 20%	共付額 \$0
接送*	前往計劃核准地點的 48 次單程接送 (上限 50 英里) 為 \$0	請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
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 	<p>共同保險金 20%，除非《降低通膨法》(Inflation Reduction Act，簡稱 IRA) 的規定設有上限</p> <p>共同保險金 20%，除非《降低通膨法》(Inflation Reduction Act，簡稱 IRA) 的規定設有上限</p> <p>共付額 \$35</p>	<p>共付額 \$0</p> <p>共付額 \$0</p> <p>共付額 \$0</p>

* 服務可能需要授權。

門診處方藥

中心健保特選計劃 I (HMO)
(20-2)

Part D 自付額
(第 2 級至第 5 級)

\$0¹
¹根據您獲得的 Extra Help 級別而定

零售處方藥 30 天藥量

郵購 100 天藥量

Part D 胰島素
第 3 級 – 首選原廠藥

共付額 \$35

共付額 \$70

初始承保
在藥物費用 (年度至今) 達到
\$5,030 之前, 您會處於初始承
保期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 3 級 – 首選原廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹

第 4 級 – 非首選原廠藥

針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 5 級 – 專用層級藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹根據您獲得的 Extra Help 級別而定

承保缺口

在年度至今「自費費用」(您
的付款) 達到總計 \$8,000 之
前, 您會處於此期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 3 級 – 首選原廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹

第 4 級 – 非首選藥物

針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 5 級 – 特殊藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹根據您獲得的 Extra Help 級別而定

門診處方藥

中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)

重大傷病承保

在年度至今「自費費用」(您的付款)達到總計 \$8,000 之後,您會處於此期

在此階段,本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用。一旦進入重大傷病承保階段,您就會處於該付款階段,直到當曆年度年底為止(直到 2024 年 12 月 31 日)。

分攤費用可能會因您選擇的藥房以及您進入 Part D 福利新期的時間而有不同。

額外福利	中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)
全年無休遠程醫療	共付額 \$0
針灸* <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的針灸 • 例行針灸 - 每年無限的就診。 	共付額 \$0 共付額 \$0
整脊服務* <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 給付的整脊照護 	共付額 \$0
耐用醫療設備 (DME)*	共同保險金 \$0 - 20%
隨心卡 (Flex Card) 您將擁有一張可在零售地點使用的卡片，享有 下列所有個人福利： <ul style="list-style-type: none"> • 非處方 (OTC) 項目 • 健身津貼 • 牙科津貼 	每月最高 \$50 每月最高 \$20 每 6 個月最高 \$165
健身房會員資格*	共付額 \$0
健康食品津貼‡ 這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合 特定條件才能享有這些福利。	符合資格之患有慢性病症的保戶，每個月最多 可享 \$25 的健康食品
草藥目錄	目錄中的產品包含在您的非處方 (OTC) 津貼 中。您只能透過計劃核准的供應商訂購這些物 品，而不能在零售地點訂購。如需詳細資訊， 請致電保戶服務部。
家庭支援服務*	每個日曆年最多 20 小時的共付額 \$0。並非所 有會員都符合資格，詳情請參閱您的 EOC。
餐點 (輕鬆用餐) *‡	一天獲得 2 次餐點，適用於手術或住院後的 14 天，或是適用於必須待在家中一段時間的 醫療病症或潛在醫療病症。 每年最多可使用 4 次。

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱承保證明 (EOC) 以瞭解特定服務的詳細資訊。

額外福利	中心健保特選計劃 I (HMO) (20-2)
個人緊急應變系統 (PERS)*	共付額 \$0
<p>磅秤</p> <p>這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合特定條件才能享有這些福利。</p>	共付額 \$0
<p>全球急診照護</p> <ul style="list-style-type: none"> • 緊急護理 • 急診室 • 緊急情況運送 	<p>共付額 \$0</p> <p>承保範圍最高至 \$100,000</p>

* 服務可能需要授權。