

 2026
Bản Tóm Tắt Quyền Lợi

Clever Care Value (HMO)

Chương Trình Medicare Advantage kèm Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa

Phục vụ tại California

Các quận Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside và San Diego

Năm chương trình: ngày 1 tháng 1 năm 2026 – ngày 31 tháng 12 năm 2026

Thông tin quyền lợi được cung cấp là một bản tóm tắt về các chi phí y tế và thuốc theo toa. Để tìm danh sách đầy đủ về các dịch vụ, giới hạn và loại trừ, xem bản Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) tại vi.clevercarehealthplan.com/eoc.

Để tham gia chương trình Clever Care HMO này, quý vị phải:

- 1. được hưởng Medicare Phần A
- 2. đã ghi danh cho Medicare Phần B
- 3. sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi:
 - Los Angeles
 - Orange (Quận Cam)
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego

VALUE



Tìm bác sĩ, chuyên gia, bệnh viện và nhà thuốc trong mạng lưới. Nếu đến thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí dịch vụ.

vi.clevercarehealthplan.com/provider



Tra cứu Danh Mục Thuốc (danh sách thuốc).

vi.clevercarehealthplan.com/formulary



Nếu quý vị cần giúp đỡ để hiểu thông tin này, hãy gọi cho chúng tôi theo số **1-833-808-8163 (TTY: 711)** từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3; và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 hoặc gửi email đến sales@clevercarehealthplan.com.

Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Medicare Gốc (Original Medicare), hãy xem sổ tay hướng dẫn *Medicare & Quý Vị (Medicare & You)* hiện tại của mình. Xem trực tuyến tại medicare.gov hoặc nhận bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.



Bản Tóm Tắt Quyền Lợi 2026

Clever Care Value (HMO) | Chương trình thiết yếu với khoản giảm phí bảo hiểm phần B hàng tháng \$120.

Phí Bảo Hiểm, Khoản Khấu Trừ, và Giới Hạn

Chi phí	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Phí bảo hiểm hàng tháng (Phần C & Phần D)	\$0	Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.
Giảm phí bảo hiểm Phần B	Khoản phí bảo hiểm phần B còn lại sau khi chương trình đã trả \$120.	Đây không phải là một khoản hoàn trả. Quý vị phải trả khoản phí bảo hiểm phần B đã được giảm giá. Nếu phí bảo hiểm phần B được trích ra từ séc An Sinh Xã Hội của quý vị, số tiền sau giảm giá sẽ được phản ánh trên séc của quý vị hàng tháng.
Khoản khấu trừ	\$0	
Chi phí xuất túi tối đa (không bao gồm thuốc theo toa)	\$2,000 hàng năm	Đây là số tiền cao nhất mà quý vị sẽ trả hàng năm cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.

Quyền Lợi Y Tế & Bệnh Viện

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm bệnh viện nội trú*	\$100 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-5; \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 6-90, mỗi giai đoạn quyền lợi	Được bao trả không giới hạn số ngày.
Bảo hiểm bệnh viện ngoại trú* - Điều trị ngoại trú - Dịch vụ quan sát	\$75 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ quan sát	
Dịch vụ trung tâm phẫu thuật trong ngày (ASC)*	\$75 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	
Thăm khám bác sĩ - Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) - Bác sĩ chuyên khoa*	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám chuyên khoa	

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Chăm sóc phòng ngừa Thăm khám lần đầu với Medicare hoặc khám sức khỏe hàng năm và tất cả các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa khác được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	Một lần thăm khám mỗi năm. Mục đích của lần khám này là để tạo ra một chương trình phòng ngừa được cá nhân hóa dựa trên các yếu tố rủi ro và sức khỏe hiện tại của quý vị.
Chăm sóc cấp cứu Phòng cấp cứu	\$125 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	\$0 đồng thanh toán nếu nhập viện trong vòng 72 giờ.
Dịch vụ cấp thiết Trung tâm chăm sóc khẩn cấp	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	
Xét nghiệm, chụp chiếu và chẩn đoán* - Các dịch vụ xét nghiệm - Xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán - X-quang - Dịch vụ chẩn đoán bằng hình ảnh (ví dụ: chụp MRI, chụp cắt lớp CT, PET, v.v.)	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$0 đồng thanh toán mỗi lần chụp X-quang \$75 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	
Dịch vụ thính lực* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	Quý vị phải sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ.
Dịch vụ thính lực (định kỳ) - Khám định kỳ (giới hạn 1 lần) - Đánh giá và lắp máy trợ thính (giới hạn 3 lần) - Máy trợ thính Chương trình này trợ cấp \$600 mỗi tai, mỗi năm cho máy trợ thính.	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp	Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại, có thể sử dụng khoản trợ cấp linh hoạt để thanh toán. Được thay thế một lần máy trợ thính bị mất, bị đánh cắp, hoặc bị hư hỏng, có áp dụng khoản khấu trừ.

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ nha khoa* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	Không yêu cầu phải ở trong mạng lưới. Các giới hạn và loại trừ áp dụng cho một số dịch vụ nha khoa nhất định. Cần có sự cho phép trước đối với các ca cấy ghép và một số dịch vụ khác.
Dịch vụ nha khoa (PPO)* Dịch vụ nha khoa phòng ngừa bao gồm: - Khám răng miệng (giới hạn 2 lần) - Làm sạch răng (giới hạn 2 lần) - Điều trị bằng Fluoride (giới hạn 1 lần) - Chụp X-quang cánh cắn Bitewing (giới hạn 2 lần)	\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp cho các dịch vụ phòng ngừa và/hoặc các dịch vụ toàn diện	Đối với các dịch vụ nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chương trình sẽ thanh toán số tiền được phép tối đa cho các dịch vụ được bao trả, không vượt quá mức trợ cấp được cho phép. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại, có thể sử dụng khoản trợ cấp linh hoạt để thanh toán. Mọi khoản trợ cấp chưa sử dụng sẽ được cộng dồn vào giai đoạn sáu tháng tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Không bao gồm chỉnh nha.
Dịch vụ nha khoa toàn diện bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Trám và sửa răng hỏng - Trị tủy - Mão răng - Cấy ghép răng (Implants) - Cầu răng, răng giả, nhổ răng Chương trình này trợ cấp \$400 hai lần mỗi năm cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$800.		
Dịch vụ thị lực* - Dịch vụ khám thị lực được Medicare bao trả để chẩn đoán/điều trị các bệnh trạng về mắt - Kính mắt được Medicare bao trả sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi bộ kính mắt	Quý vị phải sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ. Nếu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí. Sau các quyền lợi được chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả các chi phí còn lại, có thể sử dụng khoản trợ cấp linh hoạt để thanh toán. Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.
Dịch vụ thị lực (định kỳ) - Khám mắt định kỳ - Kính mắt (gọng, mắt kính hoặc kính áp tròng) - Nâng cấp Chương trình này trợ cấp \$200 hàng năm cho kính mắt.	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp	

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ sức khỏe tâm thần* - Bệnh viện nội trú-khoa tâm thần - Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (trị liệu theo nhóm hoặc cá nhân)	\$175 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-7; \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 8-90, mỗi giai đoạn quyền lợi \$25 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	Giới hạn chăm sóc nội trú trọn đời áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp trong bệnh viện đa khoa.
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)*	\$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-20; \$210 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 21-100, mỗi giai đoạn quyền lợi	Không yêu cầu nằm viện trước đó.
Vật lý trị liệu* Trị liệu vật lý, cơ năng, âm ngữ và ngôn ngữ	\$5 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	
Xe cứu thương - Vận chuyển đường bộ (mặt đất) - Vận chuyển đường bay (hàng không)	\$150 đồng thanh toán mỗi chuyến (mỗi chiều) 20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến	
Vận chuyển Chương trình này cung cấp 16 chuyến đi một chiều không khẩn cấp.	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	Chuyến xe được phê duyệt cho địa điểm liên quan tới sức khỏe có giới hạn bán kính 30 dặm.
Thuốc Medicare Phần B* - Insulin - Hóa trị và các loại thuốc Phần B khác	0-20% đồng bảo hiểm tính theo chi phí thuốc, hoặc số tiền được Medicare cho phép, không vượt quá \$35 0-20% đồng bảo hiểm tính theo chi phí thuốc, hoặc số tiền được Medicare cho phép	Giá có thể thay đổi tùy theo quý, nhưng khoản chia sẻ phí tổn sẽ không vượt quá 20% đồng bảo hiểm hoặc \$35 cho insulin.

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi an sinh có trong chương trình của quý vị

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Trợ cấp sức khỏe và an sinh linh hoạt Chương trình này tổng trợ cấp \$90 mỗi quý. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$360. Các hoạt động thể dục bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Golf, bóng bàn • Thái cực quyền, yoga • Hội viên phòng tập Sản phẩm không kê toa (OTC) bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Thuốc giảm đau • Thuốc cảm lạnh & cúm • Vật dụng sơ cứu Thảo Dược Bổ Sung bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Nhân sâm • Tổ yến • Dầu cù là Thêm trợ cấp nha khoa, thị lực và/hoặc thính lực ngoài mức cho phép hàng năm. Thực phẩm (đồ ăn thức uống và nông sản lành mạnh)* chỉ khi tình trạng bệnh mạn tính đủ điều kiện được xác nhận bởi chương trình và bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Hãy tham khảo quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính (SSBCI).	\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp mỗi quý. Quý vị chọn cách tiêu tiền trợ cấp từ danh sách dịch vụ đủ điều kiện. Thanh toán bằng thẻ quyền lợi linh hoạt Flex Benefits MasterCard®.	Sau khi dùng hết quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm trả bất kỳ chi phí còn lại nào. Không thể quy đổi khoản trợ cấp thành tiền mặt. Mọi khoản trợ cấp chưa sử dụng sẽ được cộng dồn sang quý sau (3 tháng tiếp theo); và hết hạn vào ngày 31 tháng 12. Quý vị có thể mua các mặt hàng không kê toa (OTC) trực tuyến và tại các địa điểm bán lẻ. Thảo dược bổ sung có thể được mua từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc bằng cách gọi cho phòng Dịch Vụ Hội Viên. Thực phẩm chỉ mua được khi tình trạng mạn tính được xác nhận bởi bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Quyền lợi này được giới hạn ở thực phẩm và sản phẩm lành mạnh, không bao gồm thuốc lá, rượu bia và các vật dụng bị hạn chế khác.

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ châm cứu (định kỳ) Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ châm cứu định kỳ trong mạng lưới lên đến \$1,000 mỗi năm . Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phương Đông Chương trình này cung cấp tối đa 12 dịch vụ chăm sóc sức khỏe mỗi năm dương lịch, bao gồm: - Giác hơi, cứu ngải (Moxa) - Xoa bóp thông kinh mạnh (Tuina), cạo gió (Guasha) - Med-X và bấm huyệt	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám, lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám, lên đến số lần tối đa được chương trình cho phép	Không cần giấy giới thiệu hoặc sự cho phép trước. Quý vị phải sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ. Sau khi dùng hết quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị phải chịu trách nhiệm trả bất kỳ chi phí còn lại nào. Khoản trợ cấp trong năm sẽ không được chuyển sang năm sau.
Sức khỏe và thể chất (định kỳ) Khám tổng quát hàng năm	\$0 đồng thanh toán cho một lần khám mỗi năm	Khám tổng quát chuyên sâu hơn so với khám sức khỏe định kỳ hàng năm. Bao gồm việc bác sĩ cảm nhận, nghe hoặc gõ nhẹ vào các vùng trên cơ thể, ngoài thử máu và các xét nghiệm khác.
Thăm khám từ xa Quý vị có thể được thăm khám qua điện thoại, máy tính bảng hoặc máy tính để bàn. - Khám qua Teladoc® (hoạt động 24 giờ một ngày) - Việc thăm khám được cung cấp thông qua văn phòng bác sĩ của quý vị.	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ thăm khám y tế hoặc sức khỏe tâm thần qua Teladoc \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	Các nhà cung cấp Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị các tình trạng không khẩn cấp và kê toa khi cần thiết.

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Có thêm các quyền lợi trong chương trình của quý vị

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm toàn cầu Chương trình này bao trả tối đa \$75,000 mỗi năm cho chăm sóc cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết và các chuyến xe cứu thương bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	
Chăm sóc hồi phục tại nhà sau xuất viện* Chương trình này cung cấp quyền lợi kết hợp để hỗ trợ quá trình hồi phục ngay sau khi nằm viện nội trú hoặc ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị sẽ nhận được: • Điều phối chăm sóc cá nhân • Bữa ăn giao tận nhà • Dịch vụ hỗ trợ tại nhà	Các cuộc gọi theo dõi cá nhân từ người quản lý trường hợp trong vòng 72 giờ để giúp đánh giá thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc và các dịch vụ hỗ trợ khác khi cần. \$0 đồng thanh toán, hỗ trợ lên đến 3 bữa ăn mỗi ngày cho 28 ngày; không vượt quá 84 bữa ăn mỗi năm. \$0 đồng thanh toán cho lên đến 60 giờ trợ giúp mỗi năm. Bao gồm dịch vụ hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, phương tiện đi lại đến các cuộc hẹn, cửa hàng tạp hóa, v.v.	Không cung cấp sau thủ thuật ngoại trú. Hội viên phải gọi cho phòng Dịch Vụ Hội Viên trong vòng 7 ngày kể từ ngày xuất viện và yêu cầu chấp thuận trước. Quyền lợi này có thể bổ sung, nhưng không thay thế các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả.
Hệ thống ứng phó khẩn cấp cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS)* Đây là một thiết bị di động và dịch vụ giám sát để kết nối quý vị với trung tâm ứng phó 24 giờ.	\$0 đồng thanh toán cho một thiết bị mỗi năm	Hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.

VALUE

*Dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho bệnh mạn tính (SSBCI)* Nếu quý vị được chẩn đoán mắc một trong các bệnh mạn tính được liệt kê dưới đây và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung. Áp dụng các giới hạn chẩn đoán. • Rối loạn tự miễn dịch • Ung thư • Rối loạn tim mạch • Nghiện rượu hoặc thuốc mạn tính • Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật • Bệnh đường tiêu hóa mạn tính • Suy tim mạn tính • Bệnh thận mạn tính • Rối loạn phổi mạn tính • Các bệnh trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Sa sút trí tuệ • Tiểu đường • HIV/AIDS • Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Rối loạn thần kinh • Chăm sóc sau ghép tạng • Rối loạn huyết học nặng • Đột quy	Thực phẩm lành mạnh Sau khi được chương trình chấp thuận, khoản trợ cấp linh hoạt sẽ được cung cấp để mua các loại thực phẩm và sản phẩm lành mạnh đã được phê duyệt.	Quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện. Yêu cầu có xác nhận bệnh trạng đủ điều kiện từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị và sự chấp thuận trước từ chương trình để quý vị có thể sử dụng các quyền lợi này. Dịch vụ sẽ được cung cấp bởi các đối tác có hợp đồng với chương trình.

Giá thuốc và khoản chia sẻ phí tổn có thể khác nhau tùy thuộc vào nhà thuốc mà quý vị chọn (ví dụ: bán lẻ tiêu chuẩn, ngoài mạng lưới, đặt qua thư), hoặc tùy thuộc vào việc quý vị nhận số lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày hay 100 ngày. Nếu quý vị đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term care facility, LTC), số tiền mà quý vị phải trả sẽ bằng với giá bán lẻ tiêu chuẩn với lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày.

Quyền lợi thuốc theo toa Phần D và những gì quý vị phải trả.

Giai đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Hàng Năm		\$0 Giai đoạn này không áp dụng vì không có khoản khấu trừ.			
Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu Quý vị thanh toán các khoản sau cho đến khi tổng chi phí tự trả tối đa đạt \$2,100.		Khoản chia sẻ phí tổn theo giá bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)		Khoản chia sẻ phí tổn tiêu chuẩn cho thuốc đặt qua thư	Khoản chia sẻ phí tổn theo giá bán lẻ (ngoài mạng lưới)¹
		Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên		\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 2: Thuốc Gốc		\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 3: Biệt Dược Ưu Tiên		\$30 đồng thanh toán	\$90 đồng thanh toán	\$60 đồng thanh toán	\$30 đồng thanh toán
Bậc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên		\$75 đồng thanh toán	\$225 đồng thanh toán	\$150 đồng thanh toán	\$75 đồng thanh toán
Bậc 5: Thuốc Đặc Trị (Chuyên Khoa)¹		33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm
Bậc 6: Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc²		\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán

Insulin:	Quý vị sẽ không phải trả khoản khấu trừ hoặc nhiều hơn \$35 mỗi tháng cho mỗi loại insulin được bao trả đối với bất kỳ bậc chia sẻ phí tổn nào.
Vắc-xin:	Quý vị sẽ không phải trả khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán cho các loại vắc-xin dành cho người lớn được Ủy Ban Cố Vấn về Thực Hành Tiêm Chủng (ACIP) khuyến nghị đối với bất kỳ bậc chia sẻ phí tổn nào.
Giai đoạn 3: Bảo Hiểm Tai Ương (dành cho người có chi phí thuốc cao) Sau khi trả \$2,100 tổng chi phí xuất túi tối đa, quý vị sẽ ở lại giai đoạn này cho đến cuối năm dương lịch.	Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị trả \$0 cho các loại thuốc Phần D được bao trả.

¹ Nguồn cung cấp thuốc dài hạn không có sẵn tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc thuốc đặc trị bậc 5.

² Bậc 6 bao gồm thuốc gốc được ưu tiên (theo chương trình đánh giá chất lượng qua sao) để trị tiểu đường, các bệnh về huyết áp, và mỡ máu. Bậc này cũng bao gồm các thuốc bị loại trừ như thuốc ho theo toa, thuốc bổ (vitamin) và thuốc gốc Viagra.



Danh Sách Kiểm Tra Trước Ghi Danh

Một điều quan trọng trước khi đưa ra quyết định ghi danh là quý vị phải hiểu rõ quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin vui lòng gọi và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-833-808-8163 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3; và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Hiểu về quyền lợi

- ☐ Tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) cung cấp danh sách đầy đủ tất cả quyền lợi và dịch vụ được bảo hiểm. Quan trọng là quý vị phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi ghi danh. Truy cập vi.clevercarehealthplan.com/eoc hoặc gọi 1-833-808-8163 (TTY: 711) để xem bản sao tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC).
- ☐ Xem lại danh bạ nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị đang gặp hiện đang ở trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem lại danh bạ nhà thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc mà quý vị đang tới để mua/ nạp thêm bất kỳ loại thuốc theo toa nào hiện đang ở trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua/ nạp thuốc theo toa của quý vị.
- ☐ Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được bao trả.

Hiểu các nguyên tắc quan trọng

- ☐ **Đối với các chương trình có phí bảo hiểm hàng tháng:** Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được lấy ra từ séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ **Đối với các chương trình không có phí bảo hiểm:** Quý vị không phải trả riêng phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình này, nhưng quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được lấy ra từ séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hàng năm.
- ☐ **Riêng đối với các chương trình HMO:** Trừ trường hợp cấp cứu hoặc những tình huống khẩn cấp, chúng tôi không chi trả cho dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh bạ nhà cung cấp).
- ☐ **Riêng đối với các chương trình C-SNP:** Chương trình này là một chương trình nhu cầu đặc biệt cho tình trạng mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị mắc một tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc tàn tật cụ thể đủ điều kiện.
- ☐ **Ảnh hưởng đến bảo hiểm hiện tại:** Nếu quý vị hiện đang ở trong một chương trình Medicare Advantage, thì chương trình bảo hiểm Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ chấm dứt khi chương trình bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có Tricare, bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng sau khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Xin vui lòng liên lạc với Tricare để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có chương trình Medigap, sau khi bảo hiểm Medicare Advantage của quý vị bắt đầu, quý vị có thể muốn hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm Medigap vì quý vị sẽ phải thanh toán cho bảo hiểm mà quý vị không thể sử dụng.

Clever Care Health Plan, Inc. là một HMO và HMO C-SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh phụ thuộc vào sự gia hạn hợp đồng. Mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư của quý vị. Tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư (hay Chính Sách Bảo Mật) của chúng tôi tại: vi.clevercarehealthplan.com/privacy. Tất cả các nhãn hiệu đều là tài sản riêng của chủ sở hữu tương ứng. Thẻ quyền lợi trả trước Benefits Mastercard® được phát hành bởi The Bancorp Bank N.A. ©2025 NationsBenefits, LLC. Bảo lưu mọi quyền. NationsBenefits là nhãn hiệu đã đăng ký bản quyền của NationsBenefits, LLC.