

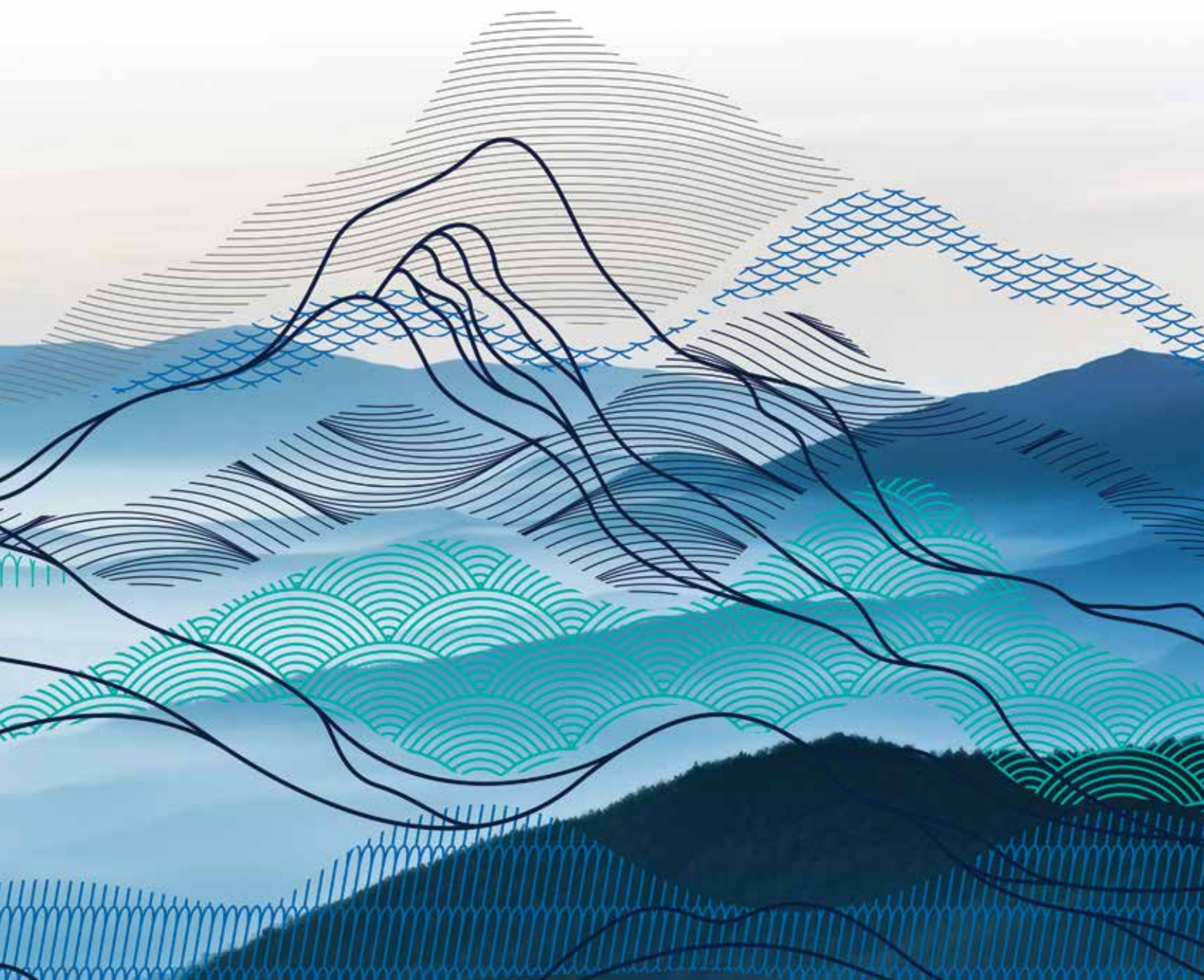


2026

Hướng Dẫn Ghi Danh Các chương trình Clever Care Medicare Advantage (HMO) và (HMO C-SNP)

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP) | Breathe+ (HMO C-SNP)

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



2026

Hướng Dẫn Ghi Danh

Bảo Hiểm Clever Care Medicare Advantage (HMO) và (HMO C-SNP)

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP) | Breathe+ (HMO C-SNP)
Quận Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside và San Diego

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.

Hãy gọi để ghi danh ngay:
(833) 808-8056 (TTY: 711)

Hội viên hiện tại xin gọi:
(833) 808-8163 (TTY: 711)

Ngày 1 Tháng 10 – Ngày 31 Tháng 3
8 giờ sáng – 8 giờ tối, 7 ngày một tuần

Ngày 1 Tháng 4 – Ngày 30 Tháng 9
8 giờ sáng – 8 giờ tối, Thứ Hai – Thứ Sáu

Truy cập trang web của chúng tôi tại
vi.clevercarehealthplan.com

Ngôn ngữ không bao giờ nên là rào cản đối với chất lượng chăm sóc.

Các chương trình HMO của chúng tôi cung cấp dịch vụ đa ngôn ngữ để hỗ trợ quý vị bất kể quý vị đang ở giai đoạn nào trong hành trình chăm sóc sức khỏe của mình. Chúng tôi cũng cung cấp hai Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính (C-SNP) đối với bệnh tiểu đường, rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính và một số bệnh phổi mạn tính.

Clever Care mang đến dịch vụ chăm sóc toàn diện về mọi mặt, đồng thời tôn trọng truyền thống và giá trị của quý vị qua sự kết hợp độc đáo giữa y học phương Tây và sức khỏe phương Đông.

Cuốn sách này cung cấp mọi thông tin cần thiết về các chương trình Medicare Advantage của Clever Care, và hướng dẫn quý vị xuyên suốt quá trình ghi danh.

Chúng tôi mong chờ được chào đón quý vị đến với gia đình Clever Care.



Karen Walker Johnson
Tổng Giám Đốc Điều Hành



Richard Greene
Tổng Quản Trị

Nội Dung Sách

Thông Tin Cơ Bản về Medicare

Giới Thiệu về Clever Care

Chúng Tôi Chăm Sóc Quý Vị

Tổng Quan Chương Trình Clever Care

Bản Tóm Tắt về Quyền Lợi

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)
- Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Những Điều Cần Biết

- Thuốc Theo Toa
- Xếp Hạng Sao
- Biểu Phí Bảo Hiểm với Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)
- NDN—Quy Định Không Phân Biệt Đối Xử & Khả Năng Tiếp Cận
- NOA—Thông Báo Dịch Vụ Sẵn Có

Ghi Danh

- Các Bước Ghi Danh
- SOA—Phạm Vi Giao Dịch (dành cho đại lý hoặc nhà môi giới của quý vị)
- Biểu Mẫu Ghi Danh

Thông tin cơ bản về Medicare

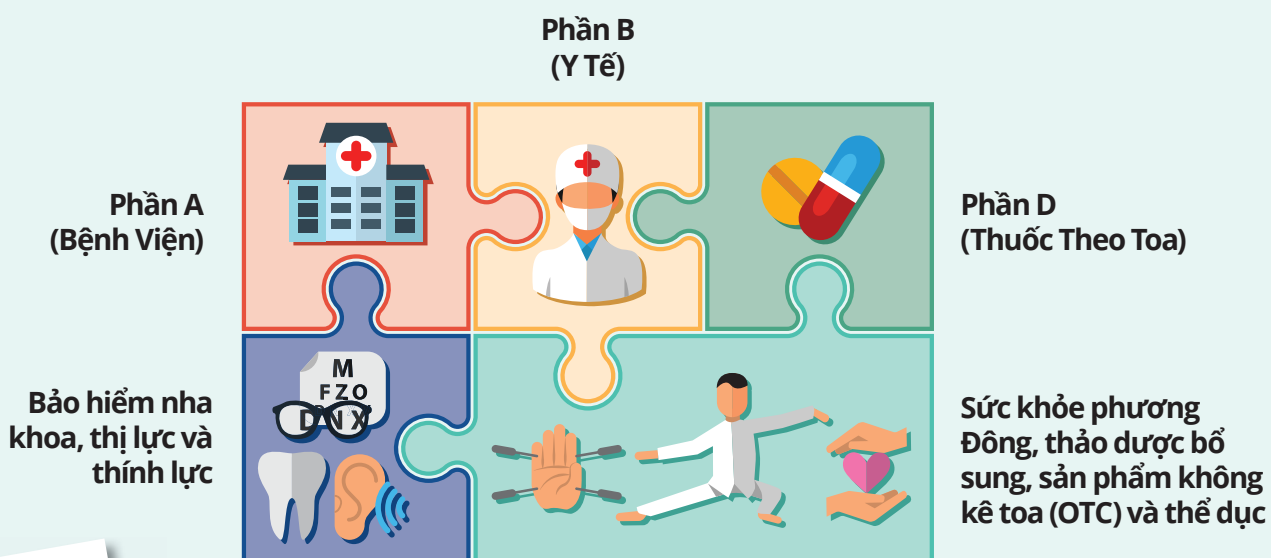
Có hai phần trong chương trình **Original Medicare** (Medicare Gốc/Medicare Ban Đầu): Phần A (Bệnh Viện) và Phần B (Y Tế). Một chương trình **Medicare Advantage** (Medicare Lợi Điểm/Medicare Nâng Cao) hay còn được gọi là Phần C, là sự kết hợp của tất cả các quyền lợi mà Original Medicare đài thọ, cộng với các quyền lợi bổ sung như nha khoa, thị lực, thính lực, thuốc không theo toa (OTC) và thể dục. Trong một số trường hợp, chương trình Medicare Advantage cũng đài thọ cả Phần D (Thuốc Theo Toa).

Một **Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (HMO)** là một loại chương trình Medicare Advantage, được gọi là chương trình "quản lý chăm sóc". Với HMO, quý vị chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) từ một mạng lưới các nhà cung cấp được phê duyệt. Tất cả các dịch vụ y tế, bao gồm cả việc giới thiệu, đều được quản lý bởi PCP của quý vị. HMO cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao với chi phí hợp lý, phí bảo hiểm thấp, các khoản tự trả như đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cố định, và mức giới hạn chi phí xuất túi tối đa đảm bảo an toàn cho quý vị.

Chương Trình Original Medicare (Medicare Gốc):



Chương Trình Medicare Advantage (HMO) của Clever Care:



Tải xuống cuốn **Hướng Dẫn Clever về Medicare** của chúng tôi tại vi.clevercarehealthplan.com/clever-guides

Giới Thiệu về Clever Care

Với hơn 15.000 nhà cung cấp dịch vụ y tế, hơn 50 bệnh viện hàng đầu và hơn 2.500 bác sĩ song ngữ cùng các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phương Đông, các chương trình của Clever Care vượt xa Medicare Gốc trong việc cung cấp trải nghiệm chăm sóc sức khỏe và an sinh toàn diện, độc đáo và tiết kiệm.

Các chương trình bảo hiểm HMO của Clever Care là sự lựa chọn phù hợp cho quý vị nếu quý vị muốn:

- Những khoản chi phí có thể dự đoán được (\$0 khấu trừ và \$0 đồng thanh toán cho thăm khám bác sĩ chăm sóc chính - PCP)
- Các nhà cung cấp và bệnh viện đáng tin cậy trong cộng đồng của quý vị
- Sự tiện lợi khi có một PCP quản lý chăm sóc cho quý vị
- Sự an toàn với khoản chi phí xuất túi (tự trả) tối đa
- Bảo hiểm thuốc theo toa
- Các liệu pháp sức khỏe phương Đông (như châm cứu, cạo gió, giác hơi)
- Bảo hiểm nha khoa, thị lực và thính lực
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị

Sống Khỏe An Nhiên, Dành Riêng Quý Vị

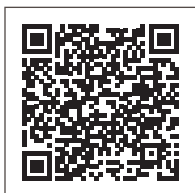
Ngoài các quyền lợi như thuốc theo toa, nha khoa, thị lực và thính lực, Clever Care còn cung cấp nhiều quyền lợi tập trung vào văn hóa, bao gồm:



- Tiếp cận hơn 700 chuyên gia châm cứu, **không cần giấy giới thiệu**
- Hơn 800 sản phẩm không kê toa (OTC) và thảo dược bổ sung
- Các liệu pháp chăm sóc sức khỏe phương Đông như giác hơi, cứu ngải (hơ ngải trên huyết đạo), xoa bóp, cạo gió và bấm huyệt
- Các quyền lợi về thể dục bao gồm hội phí phòng tập, các hoạt động như Golf, Thái Cực Quyền và Yoga

Mang sức khỏe truyền thống đến gần với cộng đồng

Không chỉ thấu hiểu các cộng đồng mà mình phục vụ, chúng tôi còn tích cực tham gia vào các hoạt động trong cộng đồng đó. Clever Care có các trung tâm cộng đồng cung cấp các nguồn hỗ trợ miễn phí bằng tiếng Việt, tiếng Hàn, tiếng Quan Thoại và tiếng Quảng Đông thông qua các chương trình như:



- Thông tin cơ bản về Medicare
- Giới thiệu và hướng dẫn hội viên
- Hội thảo và trò chuyện với bác sĩ
- Thiền và thể dục
- Kỷ niệm sinh nhật
- Hoạt động văn hóa hàng tháng

Chúng Tôi Chăm Sóc Quý Vị

Các chương trình Medicare Advantage của Clever Care cung cấp:

- Bảo hiểm thuốc theo toa
- Khoản trợ cấp cho thảo dược bổ sung
- Khoản trợ cấp cho các mặt hàng không kê toa (OTC)

Thật dễ dàng để khám phá các sản phẩm được chúng tôi đài thọ



Hãy gọi cho phòng Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi tại đường dây miễn phí theo số (833) 808-8163 (TTY: 711). Nhân viên đại diện của chúng tôi sẵn sàng hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị.



Để nhanh chóng cập nhật thông tin mới nhất về danh mục thuốc và danh sách nhà thuốc tham gia, xin vui lòng truy cập trang web của chúng tôi.



Quét mã QR bên dưới để xem danh mục sản phẩm không kê toa (OTC) và các mặt hàng thảo dược bổ sung của chúng tôi.

Thuốc Theo Toa

Danh Mục Thuốc:



vi.clevercarehealthplan.com/formulary

Nhà Thuốc Tham Gia:



vi.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Sản Phẩm Không Kê Toa (OTC) và Thảo Dược Bổ Sung

nations benefits



Tìm hiểu thêm về cách sử dụng thẻ quyền lợi linh hoạt của quý vị và xem một số gợi ý mua sắm từ hơn 3.500 cửa hàng.

Tổng Quan Chương Trình Clever Care

	Longevity (HMO)	Value (HMO)	Total+/Breathe+ (HMO C-SNP) với Medi-Cal Toàn Phần ¹	Total+/Breathe+ (HMO C-SNP) không có Medi-Cal Toàn Phần ¹
Phí bảo hiểm hàng tháng	\$0	\$0	\$0	\$0
Khoản giảm phí phần B	không áp dụng	\$120/tháng	không áp dụng	không áp dụng
Mức xuất túi tối đa	\$500	\$2,000	\$0	\$9,250
Thăm khám bác sĩ chính (PCP)	\$0	\$0	\$0	\$0
Thăm khám chuyên khoa	\$0	\$0	\$0	\$0
Nha Khoa (thanh toán 2 lần mỗi năm, được cộng dồn)	Tối đa \$2,200	Tối đa \$800	Tối đa \$2,400	Tối đa \$2,400
Châm cứu	Tối đa \$2,000 mỗi năm	Tối đa \$1,000 mỗi năm	Tối đa \$2,000 mỗi năm	Tối đa \$2,000 mỗi năm
Sức khỏe phương Đông	24 lần thăm khám	12 lần thăm khám	24 lần thăm khám	24 lần thăm khám
Phúc Lợi Linh Hoạt²	Tối đa \$1,260 mỗi năm	Tối đa \$360 mỗi năm	Tối đa \$2,400 mỗi năm	Tối đa \$2,400 mỗi năm
Chăm sóc khẩn cấp	\$0	\$0	\$0	\$25
Chọn chương trình này để có	Phạm vi bảo hiểm rộng rãi gồm các quyền lợi bổ sung và các liệu pháp sức khỏe phương Đông phong phú với khoản phí bảo hiểm hàng tháng \$0 và chi phí xuất túi tự trả thấp .	Phạm vi bảo hiểm đáng tin cậy với khoản phí bảo hiểm hàng tháng \$0 và khoản giảm phí bảo hiểm Phần B giúp quý vị tiết kiệm tiền.	Phải có tình trạng mạn tính đủ điều kiện. Quyền lợi \$0 phí bảo hiểm, \$0 chi phí xuất túi tự trả cho các dịch vụ chỉ được áp dụng nếu quý vị có Medi-Cal Toàn Phần .	Chương trình toàn diện cho người mắc bệnh tiểu đường, rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính (Total+) hoặc hen suyễn, viêm phế quản mãn tính, khí phế thũng hay tắc nghẽn phổi mạn tính COPD (Breathe+). Phí bảo hiểm \$0 .

Bản tổng quan này cung cấp nhiều thông tin giúp quý vị thuận tiện so sánh các chương trình. Để biết thêm thông tin liên quan đến các quyền lợi kể trên cũng như các quyền lợi khác, xin vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi hoặc hỏi người môi giới của quý vị.

¹ Đây là chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc quý vị có tình trạng mạn tính đủ điều kiện. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Nếu quý vị có Medi-Cal toàn phần, tất cả chi phí dịch vụ sẽ được Medi-Cal hoặc bên thứ ba thanh toán. Nếu không, số tiền thanh toán cho dịch vụ sẽ khác nhau. ² Khoản trợ cấp linh hoạt có thể sử dụng để mua các sản phẩm không kê toa (OTC), thảo dược bổ sung, thể dục, hoặc để trả chi phí nha khoa, thị lực, thính lực sau khi quý vị dùng hết quyền lợi này. Hội viên đủ điều kiện nhận quyền lợi nhu cầu đặc biệt dành cho bệnh mạn tính (SSBCI) cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp này để mua **thực phẩm**. Nếu mắc bệnh rối loạn tự miễn dịch, bệnh tim mạch, nghiện rượu bia hoặc thuốc mạn tính, bệnh tiểu đường, rối loạn huyết học (máu) nghiêm trọng hoặc các bệnh mạn tính khác không được liệt kê ở đây, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Áp dụng các tiêu chí và phạm vi bảo hiểm khác. Tất cả hội viên của Total+ và Breathe+ đều đủ điều kiện nhận quyền lợi SSBCI do đáp ứng được tiêu chí cần thiết để tham gia các chương trình này.

 2026
Bản Tóm Tắt Quyền Lợi**Clever Care Longevity (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



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 Longevity (HMO) | Chương trình hàng đầu của chúng tôi với các quyền lợi toàn diện.

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.
Khoản khấu trừ	\$0	
Chi phí xuất túi tối đa (không bao gồm thuốc theo toa)	\$500 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*	\$0 đồng thanh toán 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	\$0 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)*	\$0 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	
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	\$90 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	

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

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
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 \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	
Dịch vụ thính lực* - Các dịch vụ được Medicare bao trả 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 dịch vụ \$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	Quý vị phải sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ. 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 nha khoa* - Các dịch vụ được Medicare bao trả 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) 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 \$1,100 hai lần mỗi năm cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$2,200.	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$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	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. 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 yêu cầu giấy giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
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.
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 \$300 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	Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.
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)	\$150 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; \$75 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	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	
Xe cứu thương - Vận chuyển đường bộ (mặt đất) - Vận chuyển đường bay (hàng không)	\$100 đồng thanh toán mỗi chuyến (mỗi chiều) 20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến	

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

Quyền lợi	Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Vận chuyển Chương trình này cung cấp 48 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.

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 \$315 mỗi quý . Quyền lợi tối đa hàng năm là \$1,260. 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 chăm cứu (định kỳ) Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ chăm cứu định kỳ trong mạng lưới lên đến \$2,000 mỗi năm .	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám, lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp	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.
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phương Đông Chương trình này cung cấp tối đa 24 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 lần tối đa được chương trình cho phép	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.

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 \$100,000 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	

*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 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.

*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 quỵ	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. Bữa ăn cho người mắc bệnh mạn tính \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ hỗ trợ bữa ăn, lên đến 3 bữa mỗi ngày cho 14 ngày, không vượt quá 42 bữa mỗi năm. Dịch vụ giám sát từ xa \$0 đồng thanh toán cho thiết bị theo dõi dữ liệu y tế và các dữ liệu sức khỏe khác. Đánh giá an toàn tại nhà \$0 đồng thanh toán lên đến 2 lần đánh giá mỗi năm. Dịch vụ hỗ trợ tại nhà \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Giới hạn 40 giờ mỗi năm. Quyền lợi nhu cầu xã hội \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ đồng hành đối với các dịch vụ chăm sóc phi lâm sàng (người chăm sóc ngoài cơ sở y tế). Giới hạn 24 ca, mỗi ca 4 giờ (tổng số 96 giờ). Hỗ trợ người chăm sóc \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.	Quyền lợi được nhắc đến là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả 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.

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

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	\$40 đồng thanh toán	\$120 đồng thanh toán	\$80 đồng thanh toán	\$40 đồng thanh toán
Bậc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên	\$99 đồng thanh toán	\$297 đồng thanh toán	\$198 đồng thanh toán	\$99 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.

 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.

VALUE

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	Chuyển 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.

*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 quỵ	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.

 2026
Bản Tóm Tắt Quyền Lợi**Clever Care Total+ (HMO C-SNP)**

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 C-SNP này, quý vị phải:

1. được hưởng Medicare Phần A
2. đã ghi danh cho Medicare Phần B
3. được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường, suy tim mạn tính (CHF) hoặc rối loạn tim mạch đủ tiêu chuẩn¹
4. sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi:
 - Los Angeles
 - Orange (Quận Cam)
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



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.

¹ Đây là chương trình nhu cầu đặc biệt về bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị mắc bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện.



Bản Tóm Tắt Quyền Lợi 2026

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

| Chương trình toàn diện cho những người được chẩn đoán mắc bệnh rối loạn tim mạch, suy tim mạn tính hoặc tiểu đường và nhận Medi-Cal.

Biểu tượng  **thể hiện việc quý vị được giảm phí.**

Nếu có Medi-Cal toàn phần, quý vị không phải trả phí dịch vụ y tế. Nếu quý vị có Medi-Cal một phần (có chia sẻ phí tổn, SOC), thì khoản phí bảo hiểm hàng tháng, khoản khấu trừ, và bất kỳ khoản chia sẻ phí tổn nào sẽ được Medi-Cal hoặc bên thứ ba chi trả toàn bộ hoặc một phần. Quý vị phải tiếp tục tham gia Medi-Cal để được giảm phí.

Phí Bảo Hiểm, Khoản Khấu Trừ, và Giới Hạn

Chi phí	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Phí bảo hiểm hàng tháng (Phần C & Phần D)	\$0	\$0	Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.
Khoản khấu trừ	\$0	\$615	 Chương trình này có một khoản khấu trừ cho một số dịch vụ bệnh viện và y tế; và một khoản khấu trừ cho thuốc theo toa Phần D.
Chi phí xuất túi tối đa (không bao gồm thuốc theo toa)	\$0 hàng năm	\$9,250 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	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm bệnh viện nội trú*	\$0 đồng thanh toán mỗi giai đoạn quyền lợi	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$1,676 khấu trừ mỗi giai đoạn quyền lợi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-60 và sau ngày 91, mỗi giai đoạn quyền lợi \$419 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61-90 mỗi giai đoạn quyền lợi	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm bệnh viện ngoại trú* - Điều trị ngoại trú - Dịch vụ quan sát	\$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ quan sát	20% đồng bảo hiểm mỗi lần nằm viện 20% đồng bảo hiểm cho các dịch vụ quan sát	
Dịch vụ trung tâm phẫu thuật trong ngày (ASC)*	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm 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	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám chuyên khoa	
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	\$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	\$0 mỗi lần thăm khám	\$95 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	\$25 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 xét nghiệm \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chẩn đoán \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần chụp X-quang \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chụp chiếu	20% đồng bảo hiểm mỗi dịch vụ xét nghiệm \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chẩn đoán 20% đồng bảo hiểm mỗi lần chụp X-quang 20% đồng bảo hiểm mỗi dịch vụ chụp chiếu	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ thính lực* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	\$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. 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 thính lực (định kỳ) - Khám thính lực 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 hoặc dịch vụ \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám hoặc dịch vụ \$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp	\$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	
Dịch vụ nha khoa* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	\$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. 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 (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) Các 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 \$1,200 hai lần mỗi năm cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$2,400.	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$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	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$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	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ thị lực* - Dịch vụ khám thị lực được Medicare bao trả để chẩn đoán/điều trị các bệnh trạng về mắt - Medicare bao trả kính mắt sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi bộ kính mắt	\$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 \$350 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	\$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 sức khỏe tâm thần* Bệnh viện nội trú-khoa tâm thần	\$0 mỗi lần lưu trú mỗi giai đoạn quyền lợi	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$1,676 khấu trừ mỗi giai đoạn quyền lợi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-60 và sau ngày 91, mỗi giai đoạn quyền lợi \$419 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61-90 mỗi giai đoạn quyền lợi	 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.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (trị liệu theo nhóm hoặc cá nhân)	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm mỗi lần thăm khám	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)*	\$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–20 mỗi giai đoạn quyền lợi \$209.50 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	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm mỗi lần thăm khám	
Xe cứu thương - Vận chuyển đường bộ (mặt đất) - Vận chuyển đường bay (hàng không)	\$0 đồng bảo hiểm mỗi chuyến (mỗi chiều) \$0 đồng bảo hiểm mỗi chuyến	20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến (mỗi chiều) 20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến	
Vận chuyển Chương trình này cung cấp 48 chuyến đi một chiều không khẩn cấp.	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	Chuyến xe được phê duyet 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 đồng thanh toán \$0 đồng thanh toán	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	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Trợ cấp sức khỏe và an sinh linh hoạt Chương trình này tổng trợ cấp \$600 mỗi quý . Quyền lợi tối đa hàng năm là \$2,400.	\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp mỗi quý.	\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp mỗi quý.	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.
Các hoạt động thể dục bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Golf, bóng bàn - Thái cực quyền, yoga - Hội viên phòng tập	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®.	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®.	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.
Sản phẩm không kê toa (OTC) bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Thuốc giảm đau - Thuốc cảm lạnh & cúm - Vật dụng sơ cứu			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 bao gồm nhưng không giới hạn ở: - Nhân sâm - Tổ yến - Dầu cù là			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.
Thêm trợ cấp nha khoa, thị lực và/hoặc thính lực ngoài mức cho phép hàng năm.			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.
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).			

TOTAL+

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ chăm cứu (định kỳ) Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ chăm cứu định kỳ trong mạng lưới lên đến \$2,000 mỗi năm .	\$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 tiền tối đa được chương trình trợ cấp	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.
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phương Đông Chương trình này cung cấp tối đa 24 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 lần tối đa được chương trình cho phép	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám, lên đến số lần tối đa được chương trình cho phép	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	\$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	\$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.

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 \$100,000 mỗi năm cho chăm sóc cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết và các chuyển 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.

TOTAL+

*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 quỵ	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. Bữa ăn cho người mắc bệnh mạn tính \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ hỗ trợ bữa ăn, lên đến 3 bữa mỗi ngày cho 14 ngày, không vượt quá 42 bữa mỗi năm. Dịch vụ giám sát từ xa \$0 đồng thanh toán cho thiết bị theo dõi dữ liệu y tế và các dữ liệu sức khỏe khác. Đánh giá an toàn tại nhà \$0 đồng thanh toán lên đến 2 lần đánh giá mỗi năm. Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Giới hạn 40 giờ mỗi năm. Quyền lợi nhu cầu xã hội \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ đồng hành đối với các dịch vụ chăm sóc phi lâm sàng (người chăm sóc ngoài cơ sở y tế). Giới hạn 24 ca, mỗi ca 4 giờ (tổng số 96 giờ). Hỗ trợ người chăm sóc \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.	Quyền lợi được nhắc đến là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả 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. Nếu quý vị có Medi-Cal và được hỗ trợ chi phí, khoản khấu trừ và đồng thanh toán của quý vị sẽ được Medi-Cal hoặc bên thứ ba chi trả toàn bộ hoặc một phần. Quý vị phải tiếp tục tham gia Medi-Cal để được giảm phí.

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

Giai đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Hàng Năm	\$615 Khoản khấu trừ hàng năm không áp dụng cho thuốc Bậc 1, 2, 6 hoặc insulin.					
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)²	
	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng cho 30-100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 2: Thuốc Gốc	\$0 đồng thanh toán	10% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	10% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	10% đồng bảo hiểm
Bậc 3: Biệt Dược Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bậc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bậc 5: Thuốc Đặc Trị (Chuyên Khoa)²	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bậc 6: Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc³	\$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.

² Nguồn cung cấp thuốc dài hạn không có sẵn tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc thuốc đặc trị bậc 5.

³ 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.

M11128-SB-TLP-VI (10/25)

 2026
Bản Tóm Tắt Quyền Lợi**Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)**

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 C-SNP này, quý vị phải:

- 1. được hưởng Medicare Phần A
- 2. đã ghi danh cho Medicare Phần B
- 3. được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn, viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng hoặc tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD).
- 4. sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi:
 - Los Angeles
 - Orange (Quận Cam)
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



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.

BREATHE+

¹ Đây là chương trình nhu cầu đặc biệt về bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị mắc bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện.



Bản Tóm Tắt Quyền Lợi 2026

Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP) |

Chương trình toàn diện cho những người được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn, viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng hoặc COPD và nhận Medi-Cal.

Biểu tượng  **thể hiện việc quý vị được giảm phí.**

Nếu có Medi-Cal toàn phần, quý vị không phải trả phí dịch vụ y tế. Nếu quý vị có Medi-Cal một phần (có chia sẻ phí tổn, SOC), thì khoản phí bảo hiểm hàng tháng, khoản khấu trừ, và bất kỳ khoản chia sẻ phí tổn nào sẽ được Medi-Cal hoặc bên thứ ba chi trả toàn bộ hoặc một phần. Quý vị phải tiếp tục tham gia Medi-Cal để được giảm phí.

Phí Bảo Hiểm, Khoản Khấu Trừ, và Giới Hạn

Chi phí	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Phí bảo hiểm hàng tháng (Phần C & Phần D)	\$0	\$0	Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.
Khoản khấu trừ	\$0	\$615	 Chương trình này có một khoản khấu trừ cho một số dịch vụ bệnh viện và y tế; và một khoản khấu trừ cho thuốc theo toa Phần D.
Chi phí xuất túi tối đa (không bao gồm thuốc theo toa)	\$0 hàng năm	\$9,250 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	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm bệnh viện nội trú*	\$0 đồng thanh toán mỗi giai đoạn quyền lợi	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$1,676 khấu trừ mỗi giai đoạn quyền lợi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-60 và sau ngày 91, mỗi giai đoạn quyền lợi \$419 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61-90 mỗi giai đoạn quyền lợi	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bảo hiểm bệnh viện ngoại trú* - Điều trị ngoại trú - Dịch vụ quan sát	\$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ quan sát	20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần nằm viện 20% đồng bảo hiểm cho các dịch vụ quan sát	
Dịch vụ trung tâm phẫu thuật trong ngày (ASC)*	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm 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	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám chuyên khoa	
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	\$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	\$0 mỗi lần thăm khám	\$95 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	\$25 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 xét nghiệm \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chẩn đoán \$0 đồng thanh toán mỗi lần chụp X-quang \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chụp chiếu	20% đồng bảo hiểm mỗi dịch vụ xét nghiệm \$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ chẩn đoán 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần chụp X-quang 20% đồng bảo hiểm mỗi dịch vụ chụp chiếu	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ thính lực* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	\$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. 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 thính lực (định kỳ) - Khám thính lực 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 hoặc dịch vụ \$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám hoặc dịch vụ \$0 đồng thanh toán lên đến số tiền tối đa được chương trình trợ cấp	\$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	
Dịch vụ nha khoa* Các dịch vụ được Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ	\$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. 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 (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) Các 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 \$1,200 hai lần mỗi năm cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$2,400.	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$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	\$0 đồng thanh toán mỗi dịch vụ \$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	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ thị lực* - Dịch vụ khám thị lực được Medicare bao trả để chẩn đoán/điều trị các bệnh trạng về mắt - Medicare bao trả kính mắt sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán mỗi bộ kính mắt	\$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 \$350 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	\$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 sức khỏe tâm thần* Bệnh viện nội trú-khoa tâm thần	\$0 mỗi lần lưu trú mỗi giai đoạn quyền lợi	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$1,676 khấu trừ mỗi giai đoạn quyền lợi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–60 và sau ngày 91, mỗi giai đoạn quyền lợi \$419 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61–90 mỗi giai đoạn quyền lợi	 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.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (trị liệu theo nhóm hoặc cá nhân)	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm mỗi lần thăm khám	

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

Quyền lợi	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)*	\$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện	Các khoản tiền được Medicare quy định dưới đây là dành cho năm 2025 và có thể thay đổi trong năm 2026. Chúng tôi sẽ cung cấp số tiền được cập nhật ngay sau khi có thông báo từ Medicare. \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–20 mỗi giai đoạn quyền lợi \$209.50 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	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm mỗi lần thăm khám	
Xe cứu thương - Vận chuyển đường bộ (mặt đất) - Vận chuyển đường bay (hàng không)	\$0 đồng bảo hiểm mỗi chuyến (mỗi chiều) \$0 đồng bảo hiểm mỗi chuyến	20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến (mỗi chiều) 20% đồng bảo hiểm mỗi chuyến	
Vận chuyển Chương trình này cung cấp 48 chuyến đi một chiều không khẩn cấp.	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	\$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 đồng thanh toán \$0 đồng thanh toán	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	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Bộ tài liệu và dụng cụ giáo dục chăm sóc sức khỏe Chương trình này sẽ cung cấp cho tất cả hội viên một bộ dụng cụ chăm sóc sức khỏe cho phổi.	\$0 đồng thanh toán cho một bộ	\$0 đồng thanh toán cho một bộ	
Trợ cấp sức khỏe và an sinh linh hoạt Chương trình này tổng trợ cấp \$600 mỗi quý . Quyền lợi tối đa hàng năm là \$2,400. 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®.	\$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	Có Medi-Cal toàn phần Quý vị trả	Không có Medi-Cal Quý vị trả	Điều quan trọng cần biết
Dịch vụ chăm cứu (định kỳ) Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ chăm cứu định kỳ trong mạng lưới lên đến \$2,000 mỗi năm .	\$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 tiền tối đa được chương trình trợ cấp	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. Mọi khoản trợ cấp chưa sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phương Đông Chương trình này cung cấp tối đa 24 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 lần tối đa được chương trình cho phép	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám, lên đến số lần tối đa được chương trình cho phép	
Sức khỏe và thể chất (định kỳ) • Khám tổng quát hàng năm	\$0 đồng thanh toán cho một lần khám mỗi 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	\$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.

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 \$100,000 mỗi năm cho chăm sóc cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết và các chuyển 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.

*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 quỵ	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. Bữa ăn cho người mắc bệnh mạn tính \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ hỗ trợ bữa ăn, lên đến 3 bữa mỗi ngày cho 14 ngày, không vượt quá 42 bữa mỗi năm. Dịch vụ giám sát từ xa \$0 đồng thanh toán cho thiết bị theo dõi dữ liệu y tế và các dữ liệu sức khỏe khác. Đánh giá an toàn tại nhà \$0 đồng thanh toán lên đến 2 lần đánh giá mỗi năm. Dịch vụ hỗ trợ tại nhà \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Giới hạn 40 giờ mỗi năm. Quyền lợi nhu cầu xã hội \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ đồng hành đối với các dịch vụ chăm sóc phi lâm sàng (người chăm sóc ngoài cơ sở y tế). Giới hạn 24 ca, mỗi ca 4 giờ (tổng số 96 giờ). Hỗ trợ người chăm sóc \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.	Quyền lợi được nhắc đến là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả 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. Nếu quý vị có Medi-Cal và được hỗ trợ chi phí, khoản khấu trừ và đồng thanh toán của quý vị sẽ được Medi-Cal hoặc bên thứ ba chi trả toàn bộ hoặc một phần. Quý vị phải tiếp tục tham gia Medi-Cal để được giảm phí.

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

Giai đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Hàng Năm	\$615 Khoản khấu trừ hàng năm không áp dụng cho thuốc Bạc 1, 2, 6 hoặc insulin.					
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)²	
	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng cho 30-100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày với Medi-Cal toàn phần	Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày
Bạc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bạc 2: Thuốc Gốc	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bạc 3: Biệt Dược Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bạc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bạc 5: Thuốc Đặc Trị (Chuyên Khoa)²	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm	\$0 đồng thanh toán	25% đồng bảo hiểm
Bạc 6: Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc³	\$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.

² Nguồn cung cấp thuốc dài hạn không có sẵn tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc thuốc đặc trị bậc 5.

³ 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.

M11129-SB-BRP-VI (10/25)

Thuốc Theo Toa

Clever Care Health Plan luôn nỗ lực giúp quý vị dễ dàng tiếp cận các loại thuốc mình cần. Một ví dụ trong năm 2026 là các thiết bị theo dõi đường huyết liên tục (CGM) sẽ không còn yêu cầu phê duyệt trước. Điều đó có nghĩa là bác sĩ của quý vị sẽ cần làm ít thủ tục giấy tờ hơn và quý vị sẽ nhận được thuốc sớm hơn. Quý vị chỉ cần được bác sĩ kê toa cho một loại CGM trong danh mục sản phẩm kê toa của chúng tôi và nhà thuốc có thể cung cấp máy này cho quý vị.

Những gì sẽ được đài thọ mà không cần xin phép trước (vẫn cần toa như những loại thuốc hoặc sản phẩm theo toa khác):	Bộ máy đo đường huyết thủ công sẽ tiếp tục được đài thọ:
• Freestyle Libre 2 • Freestyle Libre 2 Plus • Freestyle Libre 3 • Freestyle Libre 3 plus • Dexcom 6 • Dexcom 7	• Freestyle Lite system
Số lượng sử dụng sẽ tuân theo khuyến cáo của nhà sản xuất (một số người dùng một cảm biến mỗi 14 ngày, một số người dùng một cảm biến mỗi 10 ngày, v.v.).	Không cần xin phép trước; chỉ cần đơn thuốc.

Bảng này chỉ là ví dụ về một số loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất và bậc thuốc—quý vị sẽ thấy rằng hầu hết các loại thuốc nằm ở bậc 1 hoặc 6, nghĩa là hầu hết hội viên sẽ có chi phí đồng trả thấp đến \$0. Nhiều loại thuốc khác có thể được thêm vào danh sách này trong năm.

50 Loại Thuốc Hàng Đầu



Đây không phải là danh sách đầy đủ các loại thuốc được đài thọ.
Quét mã này để xem danh sách mới nhất của chúng tôi.

Tên Thuốc	Bậc
1 ATORVASTATIN CALCIUM (canxi)	6
2 AMLODIPINE BESYLATE	1
3 LOSARTAN POTASSIUM (kali)	6
4 METFORMIN HCL	6
5 VASCEPA	3
6 ROSUVASTATIN CALCIUM (canxi)	1
7 TAMSULOSIN HCL	1
8 OMEPRAZOLE	1
9 JARDIANCE	3
10 METOPROLOL SUCCINATE	1
11 RESTASIS	3
12 GABAPENTIN	1 hoặc 2
13 FARXIGA	3
14 ALENDRONATE SODIUM (natri)	1
15 LEVOTHYROXINE SODIUM (natri)	2
16 LIDOCAINE PATCH (miếng dán) 5%	2
17 LATANOPROST	1
18 TRIAMCINOLONE ACETONIDE	1
19 AZELASTINE HCL	2
20 CELECOXIB	2
21 AMOXICILLIN	1
22 PANTOPRAZOLE SODIUM (natri)	1
23 MONTELUKAST SODIUM (natri)	1
24 AZITHROMYCIN	2
25 FLUTICASONE PROPIONATE	2

Tên Thuốc	Bậc
26 FINASTERIDE	1
27 IBUPROFEN	1
28 JANUVIA	3
29 CLOPIDOGREL	1
30 FAMOTIDINE	1
31 LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE	2
32 ALBUTEROL SULFATE (sunfat) HFA	2
33 MELOXICAM	1
34 OLMESARTAN MEDOXOMIL	1
35 ZOLPIDEM TARTRATE	2
36 LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE	6
37 LISINOPRIL	6
38 DONEPEZIL HCL	1
39 SIMVASTATIN	6
40 EZETIMIBE	2
41 ALLOPURINOL	1
42 PIOGLITAZONE HCL	6
43 TRAZODONE HCL	1
44 METFORMIN HCL ER	6
45 CREON	3
46 ELIQUIS	4
47 LANTUS (INSULIN)	3
48 FENOFIBRATE	2
49 TRADJENTA	3
50 GLIPIZIDE	6

THÔNG TIN QUAN TRỌNG:

Thủ tục Xếp Hạng Sao Medicare Năm 2025

Thông tin
Chính thức
về Medicare
của Chính
phủ Hoa kỳ



Clever Care Health Plan - H7607

Trong năm 2025, Clever Care Health Plan - H7607 đã được Xếp Hạng Sao như sau từ Medicare:

Xếp Hạng Sao Tổng Thể:	★★★★☆
Xếp Hạng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	★★★★☆
Xếp Hạng Dịch Vụ Cung Cấp Thuốc:	★★★★☆

Hàng năm, Medicare đánh giá các chương trình dựa trên hệ thống xếp hạng 5 sao.

Lý Do Tại Sao Các Xếp Hạng Sao Lại Quan Trọng:

Medicare đánh giá các chương trình dựa trên chất lượng dịch vụ sức khỏe và thuốc kê toa của họ.

Điều này giúp quý vị dễ dàng so sánh các chương trình với nhau dựa trên chất lượng và hiệu suất của họ.

Xếp Hạng Sao dựa trên các yếu tố sau:

- Phản hồi từ thành viên về dịch vụ chăm sóc và những dịch vụ khác của chương trình
- Số lượng thành viên đã ngừng tham gia hoặc tiếp tục tham gia chương trình
- Số lượng khiếu nại Medicare đã nhận được về chương trình
- Dữ liệu từ các bác sĩ và bệnh viện hợp tác với chương trình

Số lượng sao càng cao có nghĩa là chương trình càng tốt – ví dụ, thành viên có thể được chăm sóc tốt hơn, chất lượng hơn, và nhanh chóng hơn.

Số lượng sao thể hiện mức độ hoạt động hiệu quả của chương trình.

★★★★★	XUẤT SẮC
★★★★☆	TRÊN TRUNG BÌNH
★★★☆☆	TRUNG BÌNH
★★☆☆☆	DƯỚI TRUNG BÌNH
★☆☆☆☆	KÉM

Tìm Hiểu Thêm Thông Tin về các thủ tục Xếp Hạng Sao Trực Tuyến

So sánh trực tuyến các Xếp Hạng Sao cho chương trình này và các chương trình khác tại:
[medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Trong trường hợp quý vị có thắc mắc về chương trình này?

Xin liên lạc với Clever Care Health Plan 7 ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ Pacific theo số 833-388-8168 (miễn phí) hoặc 711 (TTY), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Giờ làm việc của chúng tôi từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 là thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng tới 8 giờ tối, giờ Pacific. Các thành viên hiện đang tham gia chương trình xin vui lòng gọi số 833-388-8168 (miễn phí) hoặc 711 (TTY).

Clever Care Health Plan, Inc. là một chương trình HMO và HMO C-SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa

Nếu được nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ thấp hơn so với nếu quý vị không được nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare.

Nếu được nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare, phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ là \$0 đối với bất kỳ (các) chương trình nào dưới đây. (Điều này không bao gồm bất kỳ khoản phí bảo hiểm hàng tháng nào dành cho Medicare Phần B mà quý vị có thể phải trả.)

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)
- Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Phí bảo hiểm hàng tháng của Clever Care Health Plan bao gồm bảo hiểm cho các dịch vụ y tế và bảo hiểm thuốc theo toa.

Nếu không được nhận Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể xem liệu mình có đủ điều kiện hay không bằng cách gọi tới:

- 1-800-MEDICARE, hoặc người dùng TTY gọi 1-877-486-2048 (24 giờ một ngày/7 ngày một tuần),
- Văn Phòng Medicare Tiểu Bang (State Medicaid Office) nơi quý vị sinh sống, hoặc
- Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration) theo số 1-800-772-1213, người dùng TTY nên gọi số 1-800-325-0778 từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số (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. Các khung giờ kể trên được tính theo Giờ Thái Bình Dương (Pacific Time Zone).

Clever Care Health Plan, Inc. là một chương trình HMO và HMO C-SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh phụ thuộc vào sự gia hạn hợp đồng.



Quy Định về Không Phân Biệt Đối Xử và Khả Năng Tiếp Cận

Phân Biệt Đối Xử là Vi Phạm Pháp Luật

Clever Care Health Plan Inc. (sau đây được gọi là Clever Care), tuân thủ luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính. Clever Care không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác nhau vì chủng tộc, màu da, quốc gia, nguồn gốc, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm cả việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới).

Clever Care:

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
 - Thông tin văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, băng âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập được, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên có trình độ
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711).

Nếu quý vị tin rằng Clever Care đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử theo một cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm cả việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới), quý vị có thể gửi đơn khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi:

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

E-mail: civilrightscordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nộp đơn khiếu nại, Điều Phối Viên Dân Quyền của Clever Care luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể lập hồ sơ khiếu nại về quyền công dân với Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ trực tuyến tại Cổng Thông Tin Khiếu Nại Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua thư hay qua điện thoại tới: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyang provider.

中文: 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

台語: 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

한국어: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ՀԱՅԵՐԵՆ: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

РУССКИЙ: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

فارسي

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមាជិក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

日本語: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ਪੰਜਾਬੀ: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ไทย: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

Lus Hmoob: LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Gia Nhập Bảo Hiểm Sức Khỏe Clever Care Health Plan



**Người môi giới của quý vị sẽ hoàn thành biểu mẫu
Phạm Vi Giao Dịch (Scope of Appointment)**



Hoàn tất đơn ghi danh
(quý vị cần có Thẻ ID Medicare)



Ký và gửi lại đơn ghi danh cho Clever Care

4 Bước Ghi Danh Dễ Dàng

Bước 1

Xác minh quý vị đủ điều kiện ghi danh.

Chọn chương trình bảo hiểm Medicare Advantage của Clever Care.

Bước 2

Để ghi danh vào chương trình **Total+** (HMO C-SNP) của Clever Care, quý vị phải xác nhận trên mẫu đơn ghi danh rằng quý vị mắc bệnh tiểu đường, suy tim mạn tính (CHF) hoặc rối loạn tim mạch.

Để ghi danh vào chương trình **Breathe+** (HMO C-SNP) của Clever Care, quý vị phải xác nhận trên mẫu đơn ghi danh rằng quý vị mắc bệnh hen suyễn, viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng hoặc bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD).

Chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị.

Bước 3

Tìm các bác sĩ/nhà cung cấp tham gia chương trình tại [vi.clevercarehealthplan.com/provider](https://www.clevercarehealthplan.com/provider).

Ghi lại tên PCP và mã số ID của họ. Quý vị sẽ cần các thông tin này để hoàn thành đơn ghi danh.

Bước 4

Điền và gửi lại đơn xin ghi danh đã hoàn tất.

Quý vị đã ghi danh! Giờ thì sao?

Sau khi nhận được đơn ghi danh của quý vị, Clever Care Health Plan sẽ xử lý đơn này ngay lập tức. Quý vị sẽ nhận được các tài liệu sau đây trong vòng 30 ngày kể từ ngày ghi danh:



Thư xác nhận đã ghi danh

Trong vòng 10 ngày kể từ ngày Medicare phê duyệt đơn ghi danh của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận từ Clever Care.



Thẻ hội viên Clever Care (ID)

Thẻ ID mới sẽ được gửi cho quý vị trong vòng 10 ngày kể từ ngày xác nhận ghi danh. Quý vị cũng sẽ nhận được Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và các tài liệu khác của chương trình.



Thư chào mừng từ Clever Care

Quý vị sẽ nhận được một bản Hướng Dẫn Hội Viên qua đường bưu điện để biết cách tận dụng tối đa quyền lợi bảo hiểm của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một cuộc gọi chào mừng từ chúng tôi để trả lời tất cả các câu hỏi của quý vị.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)" từ Medicare, giúp trả các chi phí thuốc theo toa của mình, thì quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp (LIS)" trong vòng 10 ngày kể từ ngày xác nhận ghi danh.

Bản Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Thảo Luận hay Giao Dịch Bán Hàng

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) yêu cầu các nhân viên đại lý phải ghi lại nội dung cuộc hẹn tiếp thị trước khi thực hiện bất kỳ cuộc giao dịch trực tiếp nào, để chắc chắn rằng người tham dự hiểu rõ những gì sẽ được thảo luận giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được họ ủy quyền).

Vui lòng viết tắt tên mình bên cạnh loại sản phẩm mà quý vị muốn nhân viên đại lý đó thảo luận.

Chương trình Medicare Advantage kèm Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa (Phần C) của Clever Care Health Plan

Chương Trình Bảo Trì Y Tế của Medicare (HMO): Chương trình Medicare Advantage (Medicare Lợi Điểm, Medicare Nâng Cao) đòi hỏi tất cả quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của Original Medicare (Medicare Gốc, Medicare Ban Đầu) kèm bảo hiểm thuốc theo toa Phần D. Trong hầu hết các HMO, quý vị chỉ có thể được chăm sóc bởi các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ các trường hợp cấp cứu).

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính của Medicare (C-SNP): Chương trình Medicare Advantage có gói phúc lợi được thiết kế cho người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Một ví dụ về các nhóm được phục vụ cụ thể gồm những người có tình trạng y tế mạn tính nhất định.

Bằng việc ký tên vào biểu mẫu này, quý vị đồng ý tham gia một cuộc họp với một nhân viên đại lý bán hàng để thảo luận về các loại sản phẩm mà mình đã chọn trên đây. Xin vui lòng lưu ý: người sẽ thảo luận với quý vị về các sản phẩm này là nhân viên hoặc người có hợp đồng với một chương trình Medicare. Họ không làm việc trực tiếp cho chính phủ Liên Bang. Người này có thể cũng được trả tiền cho việc quý vị ghi danh vào một chương trình. Việc ký tên vào biểu mẫu này **KHÔNG** bắt buộc quý vị phải ghi danh vào một chương trình, **KHÔNG** gây ảnh hưởng đến ghi danh hiện tại của quý vị, hoặc **KHÔNG** ghi danh quý vị vào một chương trình Medicare.

Chữ ký:

Ngày:

____ / ____ / ____

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, xin vui lòng ký ở trên và viết tên bằng chữ in dưới đây:

Tên của người đại diện:

Mối quan hệ với người thụ hưởng:

PHẦN DÀNH CHO ĐẠI LÝ: Gửi lại biểu mẫu này cùng với đơn xin ghi danh đã điền

Tên của nhân viên đại lý:

Số điện thoại của nhân viên đại lý:

() -

Tên của người thụ hưởng:

Số điện thoại của người thụ hưởng (không bắt buộc):

() -

Địa chỉ của người thụ hưởng:

Phương thức liên lạc: ☐ Sự kiện bán hàng ☐ Đến không hẹn trước ☐ Khách hàng gọi đến ☐ Được phép gọi điện

Nếu biểu mẫu được ký tên bởi người thụ hưởng tại thời điểm diễn ra cuộc hẹn, hãy giải thích tại sao biểu mẫu này không được ghi lại trước khi cuộc hẹn diễn ra:

Chữ ký của nhân viên đại lý:

Ngày hoàn thành cuộc hẹn:

____ / ____ / ____

Tài liệu xác nhận Phạm Vi Cuộc Thảo Luận phải tuân thủ yêu cầu lưu giữ hồ sơ của CMS.

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn gia nhập một chương trình Medicare Advantage.

Để gia nhập một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để gia nhập một chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể gia nhập một chương trình:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ ngày đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, quý vị được phép gia nhập hoặc chuyển đổi chương trình.

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể ghi danh cho một chương trình.

Tôi cần những gì để điền biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn (không bắt buộc) — Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền các mục này.

Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn gia nhập một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu đã hoàn thiện của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Công ty bảo hiểm của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể đăng ký chọn cách khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ lương hàng tháng hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hay Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt) hàng tháng của quý vị.

Bước tiếp theo là gì?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và đã ký tên của quý vị đến:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647
Email: enrollment@ccmapd.com
Fax: (657) 276-4757

Họ sẽ liên lạc với quý vị trong quá trình xử lý yêu cầu ghi danh của quý vị.

Tôi phải làm gì để được giúp điền biểu mẫu này?

Hãy gọi cho Clever Care tại số (833) 808-8163. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc, gọi Medicare tại số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En Español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en Español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn gia nhập một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì hộp thư bưu điện (PO Box), một địa chỉ trú ẩn hoặc phòng khám, hay nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải phản hồi việc thu thập thông tin, trừ khi việc thu thập đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm cả thời gian xem xét hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu bồi hoàn, các khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Duyệt Báo Cáo của PRA (PRA Reports Clearance Office). Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc các vấn đề về thu thập biểu mẫu (được nêu trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến công ty bảo hiểm. Xem mục "Bước tiếp theo là gì?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền của quý vị cho chương trình.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn gia nhập:

- | | | |
|--|---------------|---------------|
| ☐ Clever Care Longevity (HMO) | H7607-014-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ Clever Care Value (HMO) | H7607-015-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ Clever Care Total+ (HMO C-SNP) | H7607-016-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP) | H7607-017-000 | \$0 mỗi tháng |

Họ:

Tên:

Viết tắt tên đệm: (tùy chọn/không bắt buộc)

Ngày sinh:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

Giới tính:

☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại:

() -

Địa chỉ đường phố thường trú (Không nhập địa chỉ hộp thư bưu điện - PO Box. Lưu ý: Dành cho những người đang ở trong tình trạng vô gia cư, một PO Box có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép sử dụng hộp thư bưu điện - PO Box):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Clever Care? ☐ Có ☐ Không

Tên của chương trình bảo hiểm khác:

Mã số hội viên của bảo hiểm này:

Mã số nhóm của bảo hiểm này:

TÙY CHỌN/KHÔNG BẮT BUỘC:

Quý vị có ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

Nếu "có", vui lòng cung cấp số Medi-Cal (Medicaid) của quý vị:

Dựa trên Đánh Giá về Mô Hình Chăm Sóc, công ty Clever Care Health Plan, Inc. đã được Ủy Ban Đảm Bảo Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để vận hành Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính (C-SNP) đến hết năm 2026.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh tiểu đường** (cao đường) hoặc đang sử dụng insulin hay các loại thuốc khác để kiểm soát đường huyết (lượng đường trong máu) của mình không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh rối loạn nhịp tim** hoặc bệnh rung tâm nhĩ (Afi), hoặc có vấn đề về nhịp tim nhanh, tim đập không đều không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh động mạch vành (CAD)**, đã từng bị đau tim hay nhồi máu cơ tim, hoặc đã từng gặp vấn đề về tuần hoàn máu do xơ cứng động mạch hoặc tĩnh mạch không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **tình trạng rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính** hoặc có những cục máu đông trong tĩnh mạch hơn một lần không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh mạch máu ngoại vi (PVD)** hoặc có các triệu chứng như đau chân khi đi bộ, tê chân vào ban đêm, vết loét chân không lành hoặc cảm giác lạnh ở một chân không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh suy tim mạn tính (CHF)** hoặc thường xuyên gặp phải các triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, hoặc sưng phù ở chân hay mắt cá chân khi hoạt động hàng ngày, hoặc khi nằm xuống không? ☐ Có ☐ Không

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh hen suyễn** hoặc thường xuyên gặp các triệu chứng như thở khò khè, hụt hơi khó thở, tức ngực hoặc ho, đặc biệt là vào ban đêm hoặc sau khi hoạt động thể chất không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh viêm phế quản mạn tính** hoặc bị ho kéo dài kèm theo đờm ít nhất ba tháng trong một năm và kéo dài liên tục trong hai năm không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh khí phế thũng (một dạng tắc nghẽn phổi mạn tính)** hoặc thường xuyên cảm thấy hụt hơi khó thở, đặc biệt là khi hoạt động thể chất, kèm theo ho mạn tính hoặc thở khò khè không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD)** hoặc thường xuyên bị hụt hơi khó thở, ho mạn tính kèm theo đờm hoặc thường xuyên thở khò khè không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có đang dùng thuốc để trị bệnh không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê các loại thuốc:

Bác sĩ có thể xác minh (các) tình trạng của quý vị

Tên:

Điện thoại:

() -

Fax:

() -

Địa chỉ phòng khám:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Chữ ký của tôi cho phép bác sĩ/nhà cung cấp có tên trên đây và/hoặc bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của tôi được tiết lộ thông tin sức khỏe và/hoặc cung cấp hồ sơ y tế của tôi cho Clever Care Health Plan.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi phải duy trì cả quyền lợi Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để tiếp tục ở lại Clever Care Health Plan.
- Bằng việc tham gia vào chương trình Medicare Advantage (MA) này, tôi xác nhận rằng Clever Care sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thanh toán và thực hiện các mục đích khác được pháp luật Liên Bang cho phép khi thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố của Đạo Luật Quyền Riêng Tư dưới đây). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA khác (những ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Clever Care Health Plan của tôi bắt đầu có hiệu lực, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Clever Care Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Clever Care Health Plan cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Clever Care Health Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận gia nhập chương trình) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và Clever Care đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Thông tin trên biểu mẫu ghi danh này là đúng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên biểu mẫu này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của biểu mẫu này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), điều này xác nhận rằng:
 - người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - tài liệu về việc ủy quyền này là có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Hôm nay, ngày:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các mục sau:

Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại: () -	Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2

Tất cả các mục trên trang này là tùy chọn (không bắt buộc)

Việc trả lời các câu hỏi này là quyền lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì lý do không trả lời.

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska ⁽¹⁾ | ☐ Người Guamanian hoặc Chamorro ⁽⁷⁾ | ☐ Người Samoa ⁽¹³⁾ |
| ☐ Người Ấn Độ gốc Châu Á ⁽²⁾ | ☐ Người Nhật ⁽⁸⁾ | ☐ Người Việt ⁽¹⁴⁾ |
| ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ⁽³⁾ | ☐ Người Hàn ⁽⁹⁾ | ☐ Người da trắng ⁽¹⁵⁾ |
| ☐ Người Trung Quốc ⁽⁴⁾ | ☐ Thổ dân Hawaii ⁽¹⁰⁾ | ☐ Tôi chọn không trả lời. ⁽¹⁶⁾ |
| ☐ Người Campuchia ⁽⁵⁾ | ☐ Người gốc Châu Á khác ⁽¹¹⁾ | |
| ☐ Người Philippines ⁽⁶⁾ | ☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác ⁽¹²⁾ | |

Ngôn ngữ nói ưa dùng của quý vị là gì?

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Quan Thoại ☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Khmer ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt
☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Ngôn ngữ khác: _____

Ngôn ngữ viết ưa dùng của quý vị ngoài tiếng Anh là gì?

- ☐ Tiếng Trung (phồn thể) ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một định dạng có thể truy cập được dưới đây nếu quý vị muốn nhận thông tin từ chúng tôi theo định dạng đó:

- ☐ Chữ nổi ☐ Chữ in lớn ☐ Data CD (Đĩa nén CD dùng cho máy tính)

Vui lòng liên lạc với Clever Care theo số (833) 808-8163 nếu quý vị cần truy cập thông tin ở định dạng khác với các định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 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. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có còn đi làm không? ☐ Có ☐ Không **Vợ/Chồng của quý vị có còn đi làm không?** ☐ Có ☐ Không

Đăng ký nhận tin nhắn và email:

Số điện thoại di động: () _____ - _____

Bằng việc cung cấp số điện thoại của mình, tôi đồng ý nhận tin nhắn tự động và/hoặc tin nhắn bằng văn bản khác của Clever Care Health Plan cho mục đích chăm sóc sức khỏe, quyền lợi hoặc bất kỳ mục đích nào khác. Việc đồng ý này không phải là điều kiện để nhận bất kỳ dịch vụ nào, và tôi có thể chọn từ chối bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care. Có thể áp dụng cước tin nhắn và dữ liệu.

Địa chỉ email: _____

Bằng việc cung cấp địa chỉ email của mình, tôi đồng ý nhận các thông tin và tài liệu của Clever Care bằng hình thức điện tử thay vì qua thư tín bưu điện Hoa Kỳ. Tôi hiểu rằng điều này sẽ bao gồm các tài liệu như Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần C và Phần D, Thông Báo về Thay Đổi Hàng Năm (ANOC) và các tài liệu khác. Tôi có thể đổi sang hình thức nhận thư tín bưu điện Hoa Kỳ bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care.

Liệt kê thông tin về bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị

Tên của PCP: _____

Tổ hợp y tế hoặc IPA: _____

Số ID ghi danh của PCP: _____

Hiện tại quý vị có phải là bệnh nhân của PCP này không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Tôi không có PCP, vui lòng chỉ định một PCP cho tôi.

Phần 3

Thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể có) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm tự động từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) của mình mỗi tháng.**

Nếu phải trả Số Tiền Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Cho Phần D (khoản điều chỉnh Phần D-IRMAA), quý vị sẽ phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG thanh toán khoản điều chỉnh Phần D-IRMAA cho Clever Care.

Vui lòng chọn một cách thanh toán phí bảo hiểm. Nếu không chọn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn.

- ☐ Nhận hóa đơn.
- ☐ Khấu trừ tự động từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) hàng tháng của quý vị. Tôi nhận quyền lợi hàng tháng từ: ☐ i) An Sinh Xã Hội ☐ ii) RRB

Cảm ơn quý vị đã chọn Clever Care Health Plan! (tùy chọn/không bắt buộc)

Vui lòng dành chút thời gian để chia sẻ cách mà quý vị tìm thấy Clever Care. Chọn một hoặc nhiều câu trả lời trong các ví dụ sau:

- | | |
|---|---|
| ☐ Truyền hình - Tivi ⁽¹⁾ | ☐ Thư từ ⁽⁵⁾ |
| ☐ Phát thanh - Radio ⁽²⁾ | ☐ Gia đình, bạn bè, bác sĩ hoặc chuyên gia chăm cứu ⁽⁶⁾ |
| ☐ Báo chí ⁽³⁾ | ☐ Người môi giới bảo hiểm của quý vị ⁽⁷⁾ |
| ☐ Mạng xã hội hoặc máy tính (Google, Facebook, YouTube, ứng dụng trò chơi/Game) ⁽⁴⁾ | ☐ Sự kiện ⁽⁸⁾ |
| | ☐ Cách khác: ⁽⁹⁾ _____ |

Chỉ dành cho những cá nhân đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này (ví dụ như nhân viên đại lý, người môi giới, cố vấn Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP), thành viên gia đình, hoặc bên thứ ba khác).

Tên:	Mối quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	NPN-Số Đăng Ký Quốc Gia (chỉ dành cho đại lý/người môi giới):
FMO (nếu có):	Quý vị có đang ghi danh qua điện thoại không? ☐ Có ☐ Không
Ngày bảo hiểm có hiệu lực: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm	Ngày nhận đơn: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các chương trình Medicare Advantage (MA), để cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo Luật An sinh Xã hội, 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ Thống Thông Báo Hồ Sơ (SORN) "Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng nhận đủ điều kiện cho một kỳ ghi danh.

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này. **Vui lòng đọc kỹ các câu dưới đây và đánh dấu vào ô phù hợp với quý vị.** Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị hội đủ điều kiện cho một Giai Đoạn Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- ☐ Tôi mới được nhận Medicare.⁽¹⁾
- ☐ Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP).⁽²⁾
- ☐ Tôi mới được nhận Medicare và muốn chuyển đổi chương trình lợi điểm của mình trong vòng 3 tháng khi có Phần A/B.⁽³⁾
- ☐ Tôi đã từng có Medicare trước đây, nhưng hiện tại tôi đã (gần) 65 tuổi.⁽⁴⁾
- ☐ Tôi đã có Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và gần đây đã đăng ký nhận Bảo Hiểm Y Tế (Phần B). Tôi muốn gia nhập một chương trình Medicare Advantage.⁽⁵⁾
- ☐ Gần đây tôi đã chuyển ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ cho chương trình hiện tại của mình, hoặc tôi vừa chuyển nhà và có các lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển nhà vào ngày ____ / ____ / ____.⁽⁶⁾
- ☐ Tôi mới được ra tù. Tôi đã được phóng thích vào ngày ____ / ____ / ____.⁽⁷⁾
- ☐ Tôi mới trở lại Hoa Kỳ sau một thời gian dài sống thường trú ở nước ngoài. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào ngày ____ / ____ / ____.⁽⁸⁾
- ☐ Tôi mới nhận được tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã được cho phép cư trú hợp pháp kể từ ngày ____ / ____ / ____.⁽⁹⁾
- ☐ Tôi mới có sự thay đổi trong Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹⁰⁾
- ☐ Tôi mới có sự thay đổi về Trợ Giúp Bổ Sung của mình khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (mới nhận Trợ Giúp Bổ Sung, có sự thay đổi về mức Trợ Giúp Bổ Sung, hoặc bị mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹¹⁾
- ☐ Tôi sẽ chuyển đến, đang sống ở hoặc mới chuyển ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở phục hồi chức năng). Tôi đã/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹²⁾
- ☐ Tôi mới rời chương trình PACE® vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹³⁾
- ☐ Gần đây tôi vô tình mất bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹⁴⁾
- ☐ Tôi sẽ rời bỏ/mất bảo hiểm của hãng sở hoặc công đoàn vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹⁵⁾
- ☐ Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.⁽¹⁶⁾
- ☐ Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc tôi ghi danh tham gia chương trình đó đã bắt đầu vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹⁷⁾
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) nhưng không còn đủ điều kiện để ở lại chương trình đó. Tôi đã bị rút tên khỏi Chương Trình SNP vào ngày ____ / ____ / ____.⁽¹⁸⁾
- ☐ Tôi bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn theo tuyên bố của Cơ quan Quản Lý Khẩn Cấp Liên Bang (FEMA) hoặc một tổ chức chính quyền Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương. Một trong những tuyên bố khác ở đây đã áp dụng cho tôi, nhưng tôi đã không thể yêu cầu ghi danh vì thảm họa.⁽¹⁹⁾
- ☐ Tôi muốn tham gia một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt với các quyền lợi được thiết kế phù hợp với tình trạng mạn tính của tôi.⁽²⁰⁾

Nếu không có câu nào trong số này phù hợp với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên lạc với Clever Care theo số **(833) 808-8163 (TTY: 711)** để xem quý vị có hội đủ điều kiện để ghi danh hay không.

