



# 2024 Bản Tóm Tắt Quyền Lợi

## **Clever Care Value (HMO)**

**Chương Trình Medicare Advantage và Thuốc Theo Toa**

**Phục vụ tại California**

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

**Năm Chương Trình: 1 tháng 1 năm 2024 – 31 tháng 12 năm 2024**

VALUE

Thông tin quyền lợi được cung cấp là bản tóm tắt các chi phí y tế và thuốc theo toa. Có thể tìm thấy danh sách đầy đủ các dịch vụ, giới hạn và loại trừ trong Chứng từ Bảo hiểm (Evidence of Coverage, EOC) tại [vi.clevercarehealthplan.com/eoc](https://vi.clevercarehealthplan.com/eoc).

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

1. được hưởng Medicare Phần A
2. đã ghi danh vào Medicare Phần B
3. và sống ở quận thuộc khu vực dịch vụ của chúng tôi:
  - Los Angeles
  - Orange
  - San Bernardino
  - Riverside
  - San Diego



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

[vi.clevercarehealthplan.com/provider](https://vi.clevercarehealthplan.com/provider)



**Tra cứu thuốc trên Formulary (danh mục thuốc).**

[vi.clevercarehealthplan.com/formulary](https://vi.clevercarehealthplan.com/formulary)



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

Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay hướng dẫn *Medicare & You (Medicare & Quý vị)*. Xem trực tuyến tại [medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc nhận bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), phục vụ 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.



# Bản Tóm Tắt Quyền Lợi Năm 2024

## Clever Care Value (HMO)

Một chương trình thiết yếu với giảm phí bảo hiểm Phần B trị giá \$130.

### Phí bảo hiểm, Khấu trừ và Giới hạn

Chi phí	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Phí Bảo hiểm Hàng tháng của Chương trình</b> (Phần C & Phần D)	\$0	Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm chương trình Medicare Phần B.
<b>Giảm Phí Bảo hiểm Phần B</b>	Số tiền chênh lệch giữa \$130 được chương trình thanh toán và số tiền phí bảo hiểm Phần B.	Đây không phải là một khoản bồi hoàn. Quý vị phải trả số tiền phí bảo hiểm Phần B đã giảm.  Nếu phí bảo hiểm Phần B của quý vị được lấy từ séc An sinh Xã hội, số tiền giảm sẽ được phản ánh trong séc hàng tháng của quý vị.
<b>Tiền khấu trừ</b>	\$0	
<b>Trách nhiệm Tự trả Tối đa</b> (Không bao gồm thuốc theo toa.)	\$2,900 mỗi năm	Đây là số tiền cao nhất quý vị sẽ trả trong năm cho các dịch vụ được Medicare bao trả.

### Quyền lợi về Y tế & Bệnh viện

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Bảo hiểm Bệnh viện Nội trú*</b>	\$120 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 1-5; \$0 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 6-90, cho mỗi giai đoạn quyền lợi	
<b>Bảo hiểm Bệnh viện Ngoại trú*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nhập viện Ngoại trú</li> <li>Dịch vụ quan sát</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi lần lưu trú \$0 đồng trả cho các dịch vụ quan sát	
<b>Dịch vụ của Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu (ambulatory surgical center, ASC)*</b>	\$0 đồng trả cho mỗi lần lưu trú	
<b>Khám bác sĩ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bác sĩ chăm sóc chính (primary care physician, PCP)</li> <li>Bác sĩ chuyên khoa*</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi lần khám  \$10 đồng trả cho mỗi lần khám bác sĩ chuyên khoa	

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

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Chăm sóc phòng ngừa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chào mừng quý vị đến với Thăm khám Medicare hoặc Thăm khám sức khỏe hàng năm và tất cả các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa khác được Medicare bảo hiểm</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi lần khám có được Medicare bao trả	Một lần khám sức khỏe 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.
<b>Chăm sóc Cấp cứu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Phòng cấp cứu</li> </ul>	\$110 đồng trả cho mỗi lần khám	Quý vị được miễn đồng trả nếu nhập viện trong vòng 72 giờ với tình trạng tương tự.
<b>Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi lần khám	
<b>Dịch vụ Chẩn đoán, Xét nghiệm, và Chẩn đoán Hình ảnh*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>Xét nghiệm chẩn đoán, thủ thuật</li> <li>Chụp X-quang</li> <li>Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ MRI, chụp CT, chụp PET, v.v.)</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ \$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ \$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ \$75 đồng trả cho mỗi lần chụp X-quang chẩn đoán hoặc \$0 đồng trả cho dịch vụ chụp X-quang cơ bản	
<b>Dịch vụ Thính giác*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ được Medicare bao trả</li> </ul>	\$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả	Quý vị phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới Nations Hearing cho các dịch vụ định kỳ.
<b>Dịch vụ Thính giác (định kỳ)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám thính giác định kỳ (giới hạn 1)</li> <li>Đánh giá và lắp máy trợ thính (giới hạn 3)</li> <li>Máy trợ thính</li> </ul> <p>Chương trình này cung cấp <b>khoản trợ cấp \$600</b> mỗi tai, mỗi năm đối với máy trợ thính.</p>	\$0 đồng trả cho mỗi lần khám \$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ \$0 đồng trả lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình	Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm về chi phí còn lại.  Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.  Một khoản khấu trừ được áp dụng cho một lần thay thế máy trợ thính bị mất, bị đánh cắp, hoặc bị hư hỏng.

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

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<p><b>Dịch vụ Nha khoa*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ được Medicare bao trả</li> </ul> <p><b>Dịch vụ Nha khoa (PPO)*</b></p> <p><b>Dịch vụ nha khoa phòng ngừa, bao gồm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám miệng (giới hạn 2)</li> <li>Làm sạch răng (giới hạn 2)</li> <li>Xử lý bằng florua (giới hạn 1)</li> <li>Chụp X-quang cánh căn (giới hạn 2)</li> <li>Chụp X-quang răng (giới hạn 1)</li> </ul> <p><b>Các dịch vụ nha khoa toàn diện bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trám và điều trị</li> <li>Ổng tủy</li> <li>Mão răng (Chụp)</li> <li>Cấy răng</li> <li>Cầu răng, răng giả, nhổ răng</li> </ul> <p>Chương trình này cung cấp <b>khoản trợ cấp mỗi quý là \$200</b> cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa một năm là \$800.</p>	<p>\$0 đồng trả cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả</p> <p>\$0 đồng trả lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình</p>	<p>Cần có sự cho phép trước đối với cấy răng, chụp CT Cone Beam, mào phục hồi và chỉnh răng cố định.</p> <p>Không có yêu cầu phải nằm trong mạng lưới. Tuy nhiên, việc sử dụng nhà cung cấp Liberty Dental có thể làm giảm chi phí tự trả của quý vị.</p> <p>Đối với các dịch vụ nhận được ngoài mạng lưới, chương trình chi trả tối đa số tiền được phép cho các dịch vụ bảo hiểm lên tới mức tối đa mỗi quý của chương trình. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm về chi phí bổ sung lên tới số tiền mà nhà cung cấp đã lập hóa đơn.</p> <p>Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị chịu trách nhiệm về chi phí còn lại.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng trước ngày 31 tháng 3, ngày 30 tháng 6 hoặc ngày 30 tháng 9, sẽ chuyển sang quý tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p> <p>Không bao gồm chỉnh nha.</p>

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

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<p><b>Dịch vụ Nhãn khoa*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare bao trả khám thị lực để chẩn đoán/điều trị các bệnh và tình trạng của mắt</li> <li>Medicare bao trả kính mắt sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể</li> </ul> <p><b>Dịch vụ Nhãn khoa (định kỳ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám mắt định kỳ</li> <li>Kính mắt (gọng, mắt kính hoặc kính áp tròng)</li> <li>Nâng hạng</li> </ul> <p>Chương trình này cung <b>một khoản trợ cấp hàng năm là \$200</b> cho kính mắt.</p>	<p>\$0 đồng trả cho mỗi lần khám</p> <p>\$0 đồng trả cho mỗi hạng mục</p> <p>\$0 đồng trả cho mỗi lần khám</p> <p>\$0 đồng trả lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình.</p>	<p>Quý vị phải sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới VSP Vision Care cho các dịch vụ định kỳ.</p> <p>Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả cho các dịch vụ định kỳ, quý vị phải chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại. Nếu quý vị đến một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p>
<p><b>Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú</li> <li>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (trị liệu theo nhóm hoặc cá nhân)</li> </ul>	<p>\$175 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 1-7; \$0 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 8-90, cho mỗi giai đoạn quyền lợi</p> <p>\$40 đồng trả cho mỗi lần khám</p>	<p>Giới hạn chăm sóc nội trú trọn đời không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp trong bệnh viện đa khoa.</p>
<p><b>Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (skilled nursing facility, SNF)*</b></p>	<p>\$0 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 1-20; \$188 đồng trả mỗi ngày cho các ngày 21-100, cho mỗi giai đoạn quyền lợi</p>	<p>Không yêu cầu nằm viện trước đó.</p>

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

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Vật lý Trị liệu*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vận động</li> <li>Thể chất và lời nói và ngôn ngữ</li> </ul>	\$5 đồng trả cho mỗi lần khám	
<b>Xe cứu thương</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vận tải mặt đất</li> <li>Vận tải hàng không</li> </ul>	\$150 đồng trả cho mỗi chuyến đi (mỗi chiều) 20% tiền đồng bảo hiểm	
<b>Chuyên chở</b> Chương trình này cung cấp <b>16 chuyến đi một chiều</b> không khẩn cấp.	\$0 đồng trả cho mỗi chuyến đi	Các chuyến đi tới một địa điểm liên quan đến sức khỏe đã được phê duyệt được giới hạn trong bán kính 25 dặm.
<b>Các loại thuốc Medicare Phần B*</b>	0-20% đồng bảo hiểm	0-20% đồng bảo hiểm chi phí hoặc số tiền đồng bảo hiểm được Medicare cho phép, tùy theo số tiền nào thấp hơn đối với hóa trị và các loại thuốc khác trong Phần B. Giá có thể thay đổi mỗi quý, nhưng chia sẻ chi phí sẽ không quá 20% tiền đồng bảo hiểm.

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

## Quyền lợi an sinh có trong chương trình của quý vị

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<p><b>Trợ cấp Linh hoạt cho Sức khỏe và An sinh</b></p> <p>Chương trình này cung cấp <b>khoản trợ cấp kết hợp mỗi quý là \$100</b>. Quyền lợi tối đa một năm là \$400.</p> <p><b>Các hoạt động thể dục</b> bao gồm nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Golf, bóng bàn</li> <li>• Thái cực quyền, yoga</li> <li>• Hội viên phòng tập thể dục</li> </ul> <p><b>Các mặt hàng không cần toa (over-the-counter, OTC)</b> bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuốc giảm đau</li> <li>• Thuốc cảm lạnh &amp; cúm</li> <li>• Vật dụng sơ cứu</li> </ul> <p><b>Thuốc bổ Thảo dược</b> bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhân sâm</li> <li>• Tổ yến</li> <li>• Dầu cù là</li> </ul>	<p>\$0 đồng trả lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình, cho mỗi quý.</p> <p><b>Quý vị được quyết định</b> cách chi tiêu khoản trợ cấp.</p> <p>Thanh toán các dịch vụ bằng thẻ ghi nợ Mastercard® linh hoạt.</p>	<p>Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị phải chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng trước ngày 31 tháng 3, ngày 30 tháng 6 hoặc ngày 30 tháng 9 sẽ không chuyển sang quý tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p> <p>Quý vị có thể mua các mặt hàng OTC trên mạng và tại các địa điểm bán lẻ.</p> <p>Thuốc bổ thảo dược có thể được mua từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc bằng cách gọi cho Clever Care. Thuốc bổ thảo dược được sử dụng để điều trị các tình trạng như viêm nhiễm, lo âu, hệ tiêu hóa, v.v.</p>
<p><b>Dịch vụ chăm cứu (định kỳ)</b></p> <p>Chương trình này bao trả không giới hạn các dịch vụ chăm cứu định kỳ trong mạng lưới lên tới <b>\$1,200 mỗi năm</b>.</p> <p><b>Dịch vụ Chăm sóc Khỏe mạnh Phương Đông</b></p> <p>Chương trình này cung cấp tối đa <b>12</b> dịch vụ chăm sóc sức khỏe mỗi năm dương lịch. Các dịch vụ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giác hơi/Moxa</li> <li>• Tui Na, Cạo gió</li> <li>• Med-X và Bấm huyệt</li> </ul>	<p>\$0 đồng trả cho mỗi lần khám, lên tới số tiền tối đa của chương trình</p> <p>\$0 đồng trả cho mỗi lần khám, lên tới số lần khám cho phép tối đa</p>	<p>Quý vị phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới chăm cứu của chúng tôi.</p> <p>Sau khi hết phần quyền lợi do chương trình chi trả, quý vị phải chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p>



Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Sức khỏe và An sinh (định kỳ)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám sức khỏe hàng năm</li> </ul>	\$0 đồng trả cho một lần khám mỗi năm	Lần khám này bao quát hơn so với lần khám sức khỏe hàng năm. Nó liên quan đến việc bác sĩ cảm nhận hoặc lắng nghe hoặc gõ nhẹ vào các vùng của cơ thể, ngoài xét nghiệm máu và các xét nghiệm khác.
<b>Đường dây y tá Optum® 24 giờ</b> Nhân viên là các y tá được cấp phép hoạt động 24 giờ một ngày, 365 ngày một năm.	\$0 đồng trả cho mỗi cuộc gọi	Sử dụng quyền lợi này để nhận lời khuyên từ y tá được cấp phép khi quý vị không chắc chắn nên tìm dịch vụ chăm sóc ở đâu hoặc có thắc mắc về một sự kiện chăm sóc sức khỏe khẩn cấp.
<b>Thăm khám Từ xa</b> Quý vị có thể được thăm khám qua điện thoại, máy tính bảng hoặc máy tính để bàn. <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám Teladoc® (hoạt động 24 giờ một ngày).</li> <li>Thăm khám được cung cấp thông qua văn phòng bác sĩ của quý vị.</li> </ul>	\$0 đồng trả cho một lần khám bệnh \$40 đồng trả cho lần khám sức khỏe tâm thần \$0 đồng trả cho mỗi lần khám	Các nhà cung cấp Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị các tình trạng không khẩn cấp và kê toa thuốc khi cần thiết.

## Có thêm các quyền lợi trong chương trình của quý vị:

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<b>Bảo hiểm Trên Toàn Thế giới</b>	\$0 đồng trả	Chương trình này có một giới hạn mỗi năm là \$50,000 bao trả cho chăm sóc cấp cứu, các dịch vụ cần gấp và các chuyến xe cứu thương bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
<b>Hỗ trợ bữa ăn sau xuất viện*</b> Có sẵn ngay sau khi lưu trú tại bệnh viện nội trú hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn để được trợ giúp phục hồi.	\$0 đồng trả để hỗ trợ bữa ăn tối đa 3 bữa mỗi ngày trong 28 ngày; không quá 84 bữa ăn mỗi năm.	Không có sẵn sau lần khám phẫu thuật ngoại trú.
<b>Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp Cá nhân (personal emergency response system, PERS)*</b> Chương trình này cung cấp một thiết bị di động và dịch vụ giám sát để kết nối quý vị với trung tâm ứng phó 24 giờ.	\$0 đồng trả cho mỗi năm	

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

Quyền lợi	Quý vị phải trả	Điều Quan trọng Cần biết
<p><b>Quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bị bệnh mãn tính (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)*</b></p> <p>Nếu được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh mãn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người bị bệnh mãn tính.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rối loạn tim mạch</li> <li>• Tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và đang gây tàn tật</li> <li>• Suy tim mãn tính</li> <li>• Rối loạn phổi mãn tính</li> <li>• Sa sút trí tuệ</li> <li>• Bệnh tiểu đường</li> <li>• Bệnh gan giai đoạn cuối</li> <li>• Bệnh thận giai đoạn cuối</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Rối loạn thần kinh</li> <li>• Đột quỵ</li> </ul>	<p><b>Bữa ăn cho người có bệnh mãn tính</b> \$0 đồng trả tối đa 3 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày, không quá 42 bữa ăn mỗi năm cho các hội viên đủ điều kiện.</p> <p><b>Hàng tạp phẩm (thực phẩm lành mạnh)</b> \$0 đồng trả cho các mặt hàng thực phẩm đủ điều kiện với giới hạn \$25 mỗi tháng. Không chuyển sang tháng sau.</p> <p><b>Dịch vụ Giám sát Từ xa</b> \$0 đồng trả cho một thiết bị để theo dõi dữ liệu y tế và các dữ liệu sức khỏe khác.</p> <p><b>Đánh giá An toàn tại Nhà</b> \$0 đồng trả cho tối đa hai lần đánh giá mỗi năm.</p> <p><b>Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà</b> \$0 đồng trả cho các dịch vụ để hỗ trợ hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.</p> <p><b>Quyền lợi Nhu cầu Xã hội</b> \$0 đồng trả cho các dịch vụ đồng hành của những người chăm sóc cá nhân phi lâm sàng. Các dịch vụ được giới hạn 24 ca, 4 giờ mỗi ca (tổng cộng 96 giờ).</p> <p><b>Hỗ trợ cho Người chăm sóc</b> \$0 đồng trả cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.</p>	<p>Các quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính. Không phải mọi hội viên đều đủ điều kiện.</p> <p>Dịch vụ sẽ được cung cấp qua các nhà cung cấp đã ký hợp đồng của chương trình.</p>

Việc chia sẻ chi phí của quý vị có thể thay đổi tùy thuộc vào nhà thuốc mà quý vị chọn (ví dụ: bán lẻ tiêu chuẩn, ngoài mạng lưới, đặt mua qua bưu điện) hoặc quý vị nhận lượng thuốc 30 ngày hay 100 ngày. Nếu quý vị sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC), quý vị phải trả số tiền tương tự như khi thanh toán tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn cho nguồn thuốc 31 ngày.

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

<b>Giai đoạn 1: Khấu trừ hàng năm</b>	<b>\$0</b> Giai đoạn này không áp dụng vì không có khoản khấu trừ.			
<b>Giai đoạn 2: Bảo hiểm Ban đầu</b> Quý vị phải trả các khoản sau đây cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm (do chương trình và quý vị thanh toán) đạt \$5,030.	<b>Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (Trong mạng lưới)</b>		<b>Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn (Đặt mua qua bưu điện)</b>	<b>Chia sẻ chi phí bán lẻ (Ngoài mạng lưới)*</b>
	<b>Cung cấp 30 ngày</b>	<b>Cung cấp 100 ngày</b>	<b>Cung cấp 100 ngày</b>	<b>Cung cấp 30 ngày</b>
<b>Bậc 1: Thuốc gốc ưu tiên</b>	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả
<b>Bậc 2: Thuốc gốc</b>	\$10 đồng trả	\$30 đồng trả	\$20 đồng trả	\$10 đồng trả
<b>Bậc 3: Thuốc biệt dược ưu tiên</b>	\$47 đồng trả	\$141 đồng trả	\$94 đồng trả	\$47 đồng trả
<b>Bậc 4: Thuốc không ưu tiên</b>	\$99 đồng trả	\$297 đồng trả	\$198 đồng trả	\$99 đồng trả
<b>Bậc 5: Thuốc Đặc trị*</b>	33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm	33% đồng bảo hiểm
<b>Bậc 6: Thuốc Bổ**</b>	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả	\$0 đồng trả
<b>Insulin:</b>	Quý vị sẽ không trả nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả, bất kể bậc chia sẻ chi phí.			

\*Nguồn cung cấp thuốc dài hạn không có sẵn tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới, hoặc tại cửa hàng bán lẻ hoặc đặt hàng qua thư đối với một số loại thuốc chọn lọc thuộc các Bậc 1-6. \*\*Thuốc bổ Bậc 6 bao gồm Viagra gốc, thuốc ho theo toa và vitamin.

<p><b>Giai đoạn 3:</b> <b>Giai đoạn không bao trả</b> Sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm đạt \$5,030 quý vị vẫn ở trong giai đoạn này cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm (do chương trình và quý vị thanh toán) đạt \$8,000.</p>	<p>Trong giai đoạn này, quý vị phải trả:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 đồng trả cho lượng thuốc Bạc 1 và Bạc 2 đủ dùng trong 30 ngày.</li><li>• \$47 đồng trả cho lượng thuốc Bạc 3 chọn lọc đủ dùng trong 30 ngày.</li><li>• 25% giá thuốc Bạc 4 và Bạc 5 (cộng với một phần phí cấp phát).</li></ul>
<p><b>Giai đoạn 4:</b> <b>Bảo hiểm thảm họa</b> Sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm đạt \$8,000 quý vị sẽ ở trong giai đoạn này cho đến cuối năm dương lịch.</p>	<p>Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc trong Phần D được bảo hiểm của quý vị. Quý vị không phải trả tiền.</p>



# Danh Mục Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ về các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì, vui lòng gọi và nói chuyện với một đại diện chăm sóc 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 các quyền lợi

- Chứng từ Bảo hiểm (EOC) cung cấp một danh sách đầy đủ tất cả các bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị ghi danh. Truy cập [vi.clevercarehealthplan.com/eoc](http://vi.clevercarehealthplan.com/eoc) hoặc gọi số 1-833-808-8163 (TTY:711) để xem bản sao của EOC.
- Xem lại danh sách nhà cung cấp dịch vụ (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị gặp hiện có 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 sách nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc mà quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc kê toa nào có trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua toa thuốc 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 chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. 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 trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng biệt cho chương trình này, nhưng quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B. Phí bảo hiểm này thường được lấy ra từ séc An sinh Xã hội của quý vị mỗi tháng.
- Các quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc số tiền đồng trả/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 sách 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 mãn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị mắc tình trạng mãn tính nghiêm trọng hoặc đang gây tàn tật cụ thể đủ điều kiện.
- Ảnh hưởng đến bảo hiểm hiện tại:** Nếu quý vị hiện đang ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage, thì bảo hiểm y tế Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ kết thúc sau khi 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. Vui lòng liên hệ 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 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 tham gia tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc 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: [vi.clevercarehealthplan.com/privacy](https://vi.clevercarehealthplan.com/privacy). Tất cả các nhãn hiệu đều là tài sản riêng của chủ sở hữu tương ứng.