



**2025**  
Bản Tóm Tắt Quyền Lợi

**Clever Care Total+ (HMO C-SNP)**

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: ngày 1 tháng 1 năm 2025 - ngày 31 tháng 12 năm 2025**

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 (EOC) tại [vi.clevercarehealthplan.com/eoc](http://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. được chẩn đoán mắc một chứng rối loạn tim mạch mạn tính hoặc bệnh tiểu đường đủ tiêu chuẩn<sup>1</sup>
4. và sống trong một quận thuộc khu vực dịch vụ của chúng tôi:
  - Los Angeles
  - Orange/Quận Cam
  - San Bernardino
  - Riverside
  - San Diego



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

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



**Tra cứu thuốc trong Danh Mục Thuốc (danh sách thuốc).**

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



Nếu quý vị cần sự trợ giúp để hiểu rõ 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 hết ngày 30 tháng 9. Hoặc gửi email đến hòm thư điện tử [sales@clevercarehealthplan.com](mailto:sales@clevercarehealthplan.com).

Nếu quý vị muốn biết thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare (Medicare Nguyên Thủy), hãy xem cuốn *Medicare & Quý Vị* phiên bản hiện tại. Xem trực tuyến tại [medicare.gov](http://medicare.gov) hoặc nhận một bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.


<sup>1</sup>Chương trình này là một chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho các tình trạng bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị có một tình trạng mạn tính đủ tiêu chuẩn. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện.

# Bản Tóm Tắt Quyền Lợi 2025






## Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Một chương trình tổng thể dành cho người được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tim mạch hoặc tiểu đường; bao gồm việc giảm chi phí thuốc theo toa cho người thụ hưởng Chương Trình Hỗ Trợ Thu Nhập Thấp (LIS).




**Quý vị sẽ thấy  nếu việc giảm chi phí được áp dụng cho trường hợp của quý vị.**

Nếu quý vị đang được hưởng chương trình Medi-Cal toàn phần, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ y tế. Nếu quý vị có Medi-Cal với một khoản chia sẻ chi phí (SOC), thì khoản phí bảo hiểm của chương trình, khoản khấu trừ, và bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sẽ được Medi-Cal hoặc một bên thứ ba chi trả một phần. Quý vị phải tiếp tục được nhận Medi-Cal để được hưởng quyền lợi giảm chi phí này.

### Phí Bảo Hiểm, Khoản Khấu Trừ, và Giới Hạn

Chi Phí	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng</b> (Phần C & Phần D)	\$0	\$18.40	 Quý vị phải tiếp tục đóng khoản phí bảo hiểm cho Medicare Phần B của mình.
<b>Khoản Khấu Trừ</b>	\$0	\$590	 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.
<b>Trách Nhiệm Tự Trả Tối Đa</b> (không bao gồm thuốc theo toa)	\$0 hàng năm	\$9,350 hàng năm	 Đây là số tiền cao nhất quý vị sẽ phải trả hàng năm cho các dịch vụ được đài thọ theo quy định của Medicare.

## Quyền Lợi Y Tế & Bệnh Viện

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Bảo Hiểm Bệnh Viện Nội Trú*</b>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi giai đoạn quyền lợi	Số tiền do Medicare xác định sau đây là cho năm 2024 và có thể thay đổi cho năm 2025. Chúng tôi sẽ cung cấp các mức giá cập nhật ngay khi Medicare công bố chúng. <ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,632 khoản khấu trừ cho mỗi giai đoạn quyền lợi</li> <li>\$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-60, và các ngày từ ngày 91 trở đi, cho mỗi giai đoạn quyền lợi</li> <li>\$408 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61-90, cho mỗi giai đoạn quyền lợi</li> </ul>	
<b>Bảo Hiểm Bệnh Viện Ngoại Trú*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Điều trị ngoại trú</li> <li>Dịch vụ quan sát</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ quan sát	20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần nằm viện	
<b>Dịch Vụ Trung Tâm Phẫu Thuật Cấp Cứu (ASC)*</b>	0% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám	
<b>Thăm Khám Bác Sĩ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bác sĩ chăm sóc chính (PCP)</li> <li>Bác sĩ chuyên khoa*</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám chuyên khoa	20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám chuyên khoa	
<b>Chăm Sóc Phòng Ngừa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám chào mừng đến với Medicare hoặc thăm khám sức khỏe hàng năm, và tất cả các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa khác được Medicare đài thọ</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	Một lần thăm khám sức khỏe mỗi năm. Mục đích của lần thăm khám này là để xây dựng một kế hoạch chăm sóc phòng ngừa dành riêng cho quý vị, dựa trên các yếu tố nguy cơ và sức khỏe hiện tại của quý vị.


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

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Chăm Sóc Cấp Cứu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Phòng cấp cứu</li> </ul>	\$0 mỗi lần thăm khám	\$95 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	 Khoản đồng thanh toán của quý vị sẽ là \$0 nếu quý vị phải nhập viện trong vòng 72 giờ với cùng tình trạng sức khỏe.
<b>Dịch Vụ Nhu Cầu Cấp Thiết</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trung tâm chăm sóc khẩn cấp</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	\$25 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	
<b>Dịch Vụ Chẩn Đoán, Xét Nghiệm, và Chụp Chiếu*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Các dịch vụ xét nghiệm</li> <li>Thủ thuật, xét nghiệm chẩn đoán</li> <li>X-quang</li> <li>Dịch vụ chẩn đoán bằng hình ảnh (ví dụ: chụp MRI, chụp cắt lớp CT, PET, v.v.)</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ xét nghiệm  0% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ chẩn đoán gồm xét nghiệm, thủ thuật hoặc chụp X-quang  \$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ chụp chiếu	20% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ xét nghiệm  \$0 đồng thanh toán cho mỗi xét nghiệm chẩn đoán  20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần chụp X-quang  20% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ chụp chiếu	
<b>Dịch Vụ Thính Lực*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Các dịch vụ được Medicare đài thọ</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ	Quý vị phải sử dụng dịch vụ từ một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ.
<b>Dịch Vụ Thính Lực (định kỳ)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kiểm tra thính lực định kỳ (giới hạn 1 lần)</li> <li>Đánh giá và lắp đặt máy trợ thính (giới hạn 3 lần)</li> <li>Máy trợ thính</li> </ul> <p>Chương trình này cung cấp một <b>khoản trợ cấp \$600</b> mỗi tai, mỗi năm, dành cho máy trợ thính.</p>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám  \$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ  \$0 đồng thanh toán lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám  \$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ  \$0 đồng thanh toán lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình	Sau các quyền lợi đã được chương trình bao trả, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chi phí còn lại.  Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.  Khoản khấu trừ được áp dụng một lần để thay thế cho máy trợ thính bị mất, bị đánh cắp hoặc bị hư hỏng.





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

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<p><b>Dịch Vụ Nha Khoa*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Các dịch vụ được Medicare đài thọ</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 răng miệng (giới hạn 2 lần)</li> <li>Làm sạch răng (giới hạn 2 lần)</li> <li>Điều trị bằng Fluoride (giới hạn 1 lần)</li> <li>X-quang cánh cắn-Bitewing (giới hạn 2 lần)</li> <li>X-quang nha khoa (giới hạn 1 lần)</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>Điều trị tủy/ống tủy</li> <li>Mão răng</li> <li>Cấy ghép/trồng răng (Implants)</li> <li>Cầu răng, răng giả, nhổ răng</li> </ul> <p>Chương trình này cung cấp một <b>khoản trợ cấp \$550 hàng quý</b> cho các dịch vụ phòng ngừa và toàn diện. Quyền lợi tối đa một năm là \$2,200.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ</p> <p>\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền trợ cấp tối đa của chương trình, cho các dịch vụ phòng ngừa và/hoặc các dịch vụ toàn diện</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ</p> <p>\$0 đồng thanh toán lên tới số tiền trợ cấp tối đa của chương trình cho phòng ngừa và/hoặc toàn diện</p>	<p>Các hạn chế và loại trừ áp dụng cho các dịch vụ toàn diện. Cần có sự cho phép trước đối với cấy ghép/trồng răng (implant) và các dịch vụ khác.</p> <p>Không bắt buộc phải sử dụng dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, việc sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có thể giảm chi phí tự trả của quý vị.</p> <p>Đối với các dịch vụ được nhận từ bên ngoài mạng lưới, chương trình trả tới số tiền được cho phép dành cho các dịch vụ được đài thọ, lên đến khoản trợ cấp tối đa hàng quý. Quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả mọi chi phí phát sinh thêm trên hóa đơn được lập bởi nhà cung cấp.</p> <p>Sau các quyền lợi đã được chương trình bao trả, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chi phí còn lại.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không được sử dụng trước ngày 31 tháng 3, ngày 30 tháng 6 hoặc ngày 30 tháng 9 sẽ được chuyển sang quý tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p> <p>Loại trừ chỉnh nha (niềng răng).</p>

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

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<p><b>Dịch Vụ Thị Lực*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ khám thị lực được Medicare đài thọ để chẩn đoán/điều trị các bệnh và tình trạng về mắt</li> <li>Kính mắt được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể</li> </ul> <p><b>Dịch Vụ Thị Lực (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 cấp/tăng độ</li> </ul> <p>Chương trình này cung cấp một <b>khoản trợ cấp \$200 hàng năm</b> cho kính mắt.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi bộ kính mắt</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám</p> <p>\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền trợ cấp tối đa của chương trình.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám</p> <p>\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền trợ cấp tối đa của chương trình.</p>	<p>Quý vị phải sử dụng dịch vụ từ một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ.</p> <p>Sau khi chương trình đã chi trả các dịch vụ định kỳ, quý vị chịu trách nhiệm trả các khoản chi phí còn lại. Nếu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị phải trả toàn bộ chi phí.</p> <p>Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không 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>Bệnh viện nội trú-khoa tâm thần</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (liệu pháp nhóm hoặc cá nhân)</li> </ul>	<p>\$0 mỗi lần lưu trú cho mỗi giai đoạn quyền lợi</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám</p>	<p>Số tiền do Medicare xác định sau đây là cho năm 2024 và có thể thay đổi cho năm 2025. Chúng tôi sẽ cung cấp các mức giá cập nhật ngay khi Medicare công bố chúng.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,632 khoản khấu trừ cho mỗi giai đoạn quyền lợi</li> <li>\$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1-60, và các ngày từ ngày 91 trở đi, cho mỗi giai đoạn quyền lợi</li> <li>\$408 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 61-90, mỗi giai đoạn quyền lợi</li> </ul> <p>20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám</p>	 <p>Giới hạn trọn đời cho chăm sóc nội trú áp dụng lên các dịch vụ sức khỏe tâm thần, được cung cấp tại một bệnh viện đa khoa.</p>

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

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)*</b>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện	Số tiền do Medicare xác định sau đây là cho năm 2024 và có thể thay đổi cho năm 2025. Chúng tôi sẽ cung cấp các mức giá cập nhật ngay khi Medicare công bố chúng. <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 1–20 theo mỗi giai đoạn quyền lợi</li> <li>\$204 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày 21–100 theo mỗi giai đoạn quyền lợi</li> </ul>	  Không yêu cầu nằm viện trước đó.
<b>Vật Lý Trị Liệu*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trị liệu vật lý, cơ năng, ngôn ngữ và lời nói</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám	
<b>Xe cứu thương</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vận chuyển đường bộ (mặt đất)</li> <li>Vận chuyển đường bay (hàng không)</li> </ul>	0% đồng bảo hiểm cho mỗi chuyến (mỗi chiều)	20% đồng bảo hiểm cho mỗi chuyến (mỗi chiều)	
<b>Vận Chuyển</b> Chương trình này cung cấp <b>24 chuyến một chiều</b> cho vận chuyển không khẩn cấp.	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	\$0 đồng thanh toán mỗi chuyến	Các chuyến xe được phê duyệt cho các địa điểm liên quan tới sức khỏe có giới hạn trong bán kính 30 dặm.
<b>Thuốc Medicare Phần B*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insulin</li> <li>Hóa trị và các loại thuốc Phần B khác</li> </ul>	0% đồng bảo hiểm	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 phí chia sẻ 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 về sức khỏe an sinh được bao gồm trong chương trình của quý vị

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<p><b>Flex-Khoản Trợ Cấp Linh Hoạt cho Sức Khỏe và An Sinh</b></p> <p>Chương trình này cung cấp một <b>khoản tổng trợ cấp \$200 hàng quý</b>. Quyền lợi tối đa hàng năm là \$800.</p> <p><b>Các hoạt động thể dục thể thao</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 kê đơn (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>Các mặt hàng Thảo Dược Bổ Sung</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-Tiger (con cọp)</li> </ul>	<p>\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền trợ cấp tối đa của chương trình, mỗi quý.</p> <p><b>Quý vị chọn</b> cách tiêu tiền trợ cấp.</p> <p>Thanh toán dịch vụ bằng thẻ linh hoạt.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán lên đến số tiền trợ cấp tối đa của chương trình, mỗi quý.</p> <p><b>Quý vị chọn</b> cách tiêu tiền trợ cấp.</p> <p>Thanh toán dịch vụ bằng thẻ linh hoạt.</p>	<p>Sau các quyền lợi đã được chương trình bao trả, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chi phí còn lại.</p> <p>Bất kỳ khoản trợ cấp nào không được sử dụng trước ngày 31 tháng 3, ngày 30 tháng 6 hoặc ngày 30 tháng 9 sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo và hết hạn vào ngày 31 tháng 12.</p> <p>Quý vị có thể mua các mặt hàng không kê toa (OTC) trực tuyến và tại các địa điểm bán lẻ.</p> <p>Các mặt hàng thảo dược bổ sung có thể được mua từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc bằng cách gọi cho Clever Care. Thảo dược bổ sung được sử dụng để điều trị các tình trạng như viêm, lo âu, hệ tiêu hóa, và hơn thế nữa.</p>

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<p><b>Dịch Vụ Châm Cứu (định kỳ)</b></p> <p>Chương trình này đài thọ không giới hạn số lần dành cho dịch vụ châm cứu trong mạng lưới, số tiền lên tới <b>\$2,000 mỗi năm</b>.</p>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám, lên đến số tiền tối đa của chương trình	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám, lên đến số tiền tối đa của chương trình	<p>Quý vị phải sử dụng dịch vụ từ một bác sĩ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ định kỳ.</p> <p>Sau khi hết phần quyền lợi được thanh toán, quý vị phải chịu trách nhiệm cho các chi phí còn lại.</p>
<p><b>Dịch Vụ Sức Khỏe Phương Đông</b></p> <p>Chương trình này cung cấp tối đa <b>24</b> dịch vụ chăm sóc sức khỏe mỗi năm dương lịch, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giác hơi/Moxa</li> <li>• Tui Na (xoa bóp thông kinh mạch), Gua Sha (cạo gió)</li> <li>• Med-X và bấm huyệt</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám, lên đến số lần thăm khám tối đa được phép	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám, lên đến số lần thăm khám tối đa được phép	Bất kỳ số tiền trợ cấp nào không được sử dụng sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12.
<p><b>Sức Khỏe và Thể Chất (định kỳ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám tổng quát sức khỏe thể chất hàng năm</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho một lần khám mỗi năm	\$0 đồng thanh toán cho một lần khám mỗi năm	Lần khám này toàn diện hơn so với việc thăm khám sức khỏe hàng năm, bao gồm việc bác sĩ sẽ cảm nhận hoặc nghe, hoặc gõ vào các vùng trên cơ thể, cùng với xét nghiệm máu và các xét nghiệm khác.
<p><b>Đường Dây Y Tá Optum® 24 giờ</b></p> <p>Có y tá chính quy trực 24 giờ một ngày, 365 ngày một năm.</p>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi cuộc gọi	\$0 đồng thanh toán cho mỗi cuộc gọi	Sử dụng quyền lợi này để nhận lời khuyên từ một y tá chính quy khi quý vị không chắc chắn việc nên tìm kiếm chăm sóc ở đâu, hoặc có thắc mắc về một biến cố khẩn cấp về sức khỏe.

Quyền Lợi	Với Medi-Cal Toàn Phần (đầy đủ) Quý Vị Trả	Không Có Medi-Cal Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Thăm Khám Từ Xa</b> Việc thăm khám có thể thực hiện từ xa thông qua điện thoại, máy tính bảng, hoặc máy tính để bàn. <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám qua Teladoc® (sẵn sàng 24 giờ một ngày).</li> <li>Việc thăm khám được cung cấp thông qua văn phòng bác sĩ của quý vị.</li> </ul>	\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần  \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	20% đồng bảo hiểm cho một lần thăm khám y tế hoặc thăm khám sức khỏe tâm thần  \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	 Các nhà cung cấp của Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị các tình trạng không khẩn cấp và kê đơn thuốc khi cần thiết.


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

Quyền Lợi	Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<b>Đài Thọ Toàn Cầu</b>	\$0 đồng thanh toán	Chương trình này có giới hạn hàng năm là \$100,000 dành cho chăm sóc cấp cứu được đài thọ, các dịch vụ cấp thiết, và các chuyến xe cứu thương bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.
<b>Hỗ Trợ Bữa Ăn Sau Xuất Viện*</b> Sẵn sàng ngay lập tức sau khi nhập viện nội trú hoặc lưu trú tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn để giúp phục hồi.	\$0 đồng thanh toán hỗ trợ 3 bữa mỗi ngày trong 28 ngày; không quá 84 bữa mỗi năm.	Không cung cấp trong trường hợp làm thủ thuật ngoại trú.
<b>Hệ Thống Ứng Phó Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)*</b> Đây là một thiết bị di động và dịch vụ giám sát để kết nối quý vị với một trung tâm phản hồi 24 giờ.	\$0 đồng thanh toán mỗi năm	

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

Quyền Lợi	Quý Vị Trả	Điều Quan Trọng Cần Biết
<p><b>Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI)*</b></p> <p>Nếu bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị chẩn đoán rằng quý vị mắc bất kỳ một hay nhiều tình trạng mạn tính nào được liệt kê dưới đây, với các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận thêm các quyền lợi bổ sung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rối loạn tự miễn dịch</li> <li>• Ung thư</li> <li>• Rối loạn tim mạch</li> <li>• Nghiện rượu hoặc ma túy mạn tính</li> <li>• Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật</li> <li>• Suy tim mạn tính</li> <li>• Rối loạn phổi mạn tính</li> <li>• Sa sút trí tuệ/Suy giảm trí nhớ</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>• Rối loạn huyết học nặng</li> <li>• Đột quy</li> </ul>	<p><b>Bữa Ăn cho Tình Trạng Bệnh Mạn Tính</b> \$0 đồng thanh toán hỗ trợ tối đa 3 bữa mỗi ngày trong 14 ngày; không vượt quá 42 bữa ăn mỗi năm cho hội viên đủ điều kiện.</p> <p><b>Dịch Vụ Giám Sát Từ Xa</b> \$0 đồng thanh toán 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 thanh toán cho tối đa hai lần đánh giá mỗi năm.</p> <p><b>Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà</b> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ 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 thanh toán dành cho các dịch vụ phi lâm sàng (không đến từ phòng khám) được cung cấp bởi người chăm sóc cá nhân. Dịch vụ giới hạn 4 giờ mỗi ca cho 24 ca (tổng cộng 96 giờ).</p> <p><b>Hỗ Trợ cho Người Chăm Sóc</b> \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc thay thế. Giới hạn 40 giờ mỗi năm.</p>	<p>Những quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Một số tình trạng bị loại trừ (ví dụ: tăng huyết áp và tiền tiểu đường). Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện.</p> <p>Quyền lợi yêu cầu sự cho phép trước và xác nhận của bác sĩ chăm sóc chính (PCP).</p> <p>Dịch vụ được cung cấp thông qua các nhà cung cấp đã ký hợp đồng với chương trình.</p>



 Khoản chia sẻ chi phí 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 (LTC), số tiền mà quý vị phải trả sẽ bằng với giá từ một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn với lượng thuốc đủ dùng cho 31 ngày. Nếu quý vị có Medi-Cal với một khoản chia sẻ chi phí, thì khoản khấu trừ Phần D sẽ được thanh toán toàn bộ hoặc một phần bởi Medi-Cal hoặc một bên thứ ba. Mô hình VBID (Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị) loại bỏ khoản chia sẻ chi phí đối với thuốc theo toa, dành cho người thụ hưởng nhận Trợ Giúp Bổ Sung.

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

<b>Giai đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Hàng Năm</b>	<b>\$590</b> Khoản khấu trừ hàng năm không áp dụng cho thuốc Bạc 6 hoặc thuốc insulin.					
<b>Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu</b> Quý vị phải trả số tiền sau đây, cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm (được thanh toán bởi quý vị và chương trình của quý vị) đạt mức \$2,000.	<b>Khoản chia sẻ chi phí theo giá bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)</b>		<b>Khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho thuốc đặt qua thư</b>		<b>Khoản chia sẻ chi phí theo giá bán lẻ tiêu chuẩn (ngoài mạng lưới)*</b>	
	<b>Lượng thuốc đủ dùng cho 30-100 ngày với VBID</b>	<b>Lượng thuốc đủ dùng cho 30-100 ngày</b>	<b>Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày với VBID</b>	<b>Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày</b>	<b>Lượng thuốc đủ dùng cho 30 ngày với VBID</b>	<b>Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>
<b>Bạc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên</b>	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm
<b>Bạc 2: Thuốc Gốc</b>	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm
<b>Bạc 3: Biệt Dược Ưu Tiên</b>	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm
<b>Bạc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên</b>	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm
<b>Bạc 5: Bạc Chuyên Khoa (Đặc Trị)*</b>	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm	\$0	25% đồng bảo hiểm
<b>Bạc 6: Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc**</b>	\$0		\$0		\$0	

TOTAL+

<b>Insulin:</b>	Quý vị sẽ không phải trả khoản khấu trừ hoặc nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong 1 tháng đối với các sản phẩm insulin được đài thọ. Điều này đúng với tất cả các bậc chia sẻ chi phí thuốc, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.
<b>Vắc-xin:</b>	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. Điều này đúng với tất cả các bậc chia sẻ chi phí thuốc.
<b>Giai đoạn 3: Bảo Hiểm Tai Ương (dành cho người có chi phí thuốc cao)</b> Sau khi tổng chi phí thuốc tự trả tối đa hàng năm đạt \$2,000, quý vị sẽ duy trì giai đoạn này cho đến cuối năm dương lịch.	Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị phải trả \$0 cho các loại thuốc Phần D được đài thọ.

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



# Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID)

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Để đủ điều kiện nhận các chương trình và quyền lợi bổ sung của VBID (Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị), người thụ hưởng phải được nhận trợ cấp thu nhập thấp (Trợ Giúp Bổ Sung) từ Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS). Chương trình yêu cầu được cho phép trước.



**Phụ Cấp Thực Phẩm và Hàng Tạp Hóa:** Các hội viên đủ điều kiện sẽ nhận được \$125 mỗi tháng. Số tiền hàng tháng sẽ được nạp vào thẻ linh hoạt. Sử dụng tiền trợ cấp để mua thực phẩm và các sản phẩm tốt cho sức khỏe từ các cửa hàng tạp hóa địa phương tham gia chương trình. Số dư còn lại cuối tháng sẽ không được cộng dồn sang tháng sau.



**Vận Chuyển (không khẩn cấp):** Các hội viên đủ điều kiện sẽ nhận được 24 chuyến đi một chiều đến các cuộc hẹn với bác sĩ, hiệu thuốc hoặc bất kỳ địa điểm nào khác liên quan đến sức khỏe trong bán kính 30 dặm.



**Giảm Khoản Chia Sẻ Chi Phí Phần D:** Các hội viên đủ điều kiện sẽ không phải trả tiền (\$0) cho tất cả các loại thuốc theo toa ở các Bậc 1-5.



**Phần Thưởng & Ưu Đãi:** Các hội viên Total+ tuân thủ việc mua và dùng thuốc đúng với chương trình điều trị bệnh tiểu đường và/hoặc statin có thể kiếm được tới \$100 mỗi ba tháng (\$50 cho mỗi loại thuốc), tối đa \$300 một năm. Ngoài việc tuân thủ ít nhất 90% đối với (các) loại thuốc được kê đơn, hội viên còn phải hoàn thành việc đánh giá hoàn chỉnh cho thuốc. Dịch vụ này là miễn phí. Việc tham gia không phải là điều kiện bắt buộc để được ghi danh.



Phần thưởng được thêm vào thẻ linh hoạt của quý vị và có thể được sử dụng cho:

- Các mặt hàng tạp hóa (thực phẩm lành mạnh)
- Các mặt hàng không kê toa (OTC)
- Các mặt hàng thảo dược bổ sung
- Hội phí phòng tập hoặc các hoạt động thể dục



**Hãy gọi cho chúng tôi, chúng tôi rất sẵn lòng trợ giúp! 1-833-808-8163 (TTY: 711)**

Medicare đã phê duyệt để công ty Clever Care Health Plan, Inc. được cung cấp những quyền lợi này và/hoặc khoản đồng thanh toán thấp hơn như một phần của chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage. Khả năng đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung hoặc chương trình phần thưởng và ưu đãi dành cho Phần D theo Mô Hình VBID không được đảm bảo và sẽ được Chương Trình xác định sau khi quý vị ghi danh, dựa trên các tiêu chí liên quan (ví dụ: chẩn đoán lâm sàng/khám cơ bản ban đầu, tiêu chí đủ điều kiện, tham gia chương trình quản lý tình trạng bệnh tật).





# Danh Sách Kiểm Tra Trước Ghi Danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu rõ và đầy đủ các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, 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 hết ngày 30 tháng 9.

## Hiểu về quyền lợi

- Bản Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ về tất cả quyền lợi và dịch vụ được đài thọ. 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 1-833-808-8163 (TTY: 711) để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị đang gặp hiện tại đều có trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, điều đó có nghĩa là quý vị rất có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc mà quý vị đang đến lấy bất kỳ loại thuốc theo toa nào đều nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị rất có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.
- Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo rằng các loại 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 khoản phí bảo hiểm hàng tháng này, quý vị vẫn phải tiếp tục đóng khoản phí cho Medicare phần B của mình. Khoản phí này thường được lấy ra từ tài khoản (séc) An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- Đối với các chương trình có phí bằng 0:** quý vị không phải đóng thêm một khoản phí riêng cho chương trình này hàng tháng, nhưng quý vị vẫn phải tiếp tục đóng khoản phí cho Medicare phần B của mình. Khoản phí này thường được lấy ra từ tài khoản (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.
- Chỉ dành cho các chương trình HMO:** Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không bao trả dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).
- Chỉ dành cho chương trình C-SNP:** Chương trình này 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 xác minh rằng quý vị mắc một tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc tàn tật cụ thể đủ tiêu chuẩn.
- Ảnh hưởng đến chương trình bảo hiểm hiện tại:** Nếu quý vị hiện đang ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage, bảo hiểm sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ chấm dứt ngay khi chương trình Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có Tricare, bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng ngay khi chương trình Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Vui lòng liên lạc với Tricare để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có một chương trình Medigap, ngay khi chương trình Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu, quý vị nên hủy chương trình Medigap của mình. Việc đồng thời giữ lại chương trình này có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục phải trả tiền cho một gói 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 mật các thông tin của quý vị. Tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư tại [vi.clevercarehealthplan.com/privacy](http://vi.clevercarehealthplan.com/privacy). Mọi thương hiệu đều thuộc độc quyền của chủ sở hữu tương ứng.