



**CCHP**  
Health Plan

## CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)

Resumen de Beneficios de 2022

Área de Servicio: Condado de San Francisco

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) del 1 de enero, 2022 al 31 de diciembre, 2022.

Primas y Beneficios	CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)
Prima mensual del plan	<b>\$33.20*</b> Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. *Las primas pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Por favor contacte al plan para más detalles.
Deducible	<b>\$0</b>
Responsabilidad máxima de costos que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$3,400 al año Incluye copagos Y otros costos de servicios médicos durante el año.
Paciente interno hospital	Días 1-7: Copago de <b>\$0</b> al día** Días 8+: Copago de <b>\$0</b> al día**
Paciente externo hospital	Copago de <b>\$0**</b>
Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Copago de <b>\$0**</b>
Consultas con el médico	PCP: Copago de <b>\$0</b> Especialistas: Copago de <b>\$0**</b>
Cuidado preventivo (ej. vacunas para la gripe, pruebas de diabetes)	Copago de <b>\$0**</b>
Atención de emergencia	Copago de <b>\$0</b> dentro de los EE. UU Copago de <b>\$90</b> fuera de los EE. UU. (Monto máximo de cobertura de \$25,000). No se renuncia al copago si ingresa en el hospital
Servicios que necesita de urgencia	Copago de <b>\$0</b> dentro de los EE. UU Copago de <b>\$90</b> fuera de los EE. UU. (Monto máximo de cobertura de \$25,000).
Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/Escaneos	Diagnósticos y procedimientos: Copago de <b>\$0**</b> Servicios de rayos X y laboratorio: Copago de <b>\$0**</b> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de <b>\$0**</b>
Servicios de audición	Examen de audición de rutina: copago de <b>\$0**</b> (hasta un examen de audición por año)

Primas y Beneficios	CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)	
Audífonos	Asignación de <b>\$1,000/año</b> . La asignación de beneficio anual de \$1,000 se puede aplicar al precio de compra de hasta dos audífonos de nivel de entrada cada año a través de Nations Hearing.	
Servicios dentales	Exámenes bucales y limpieza: copago de <b>\$0</b> (dos veces al año) Radiografías dentales: copago de <b>\$0</b> (una vez al año) Servicios de endodoncia, periodoncia y extracción: copago de <b>\$0</b> Servicios de prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial: copago de <b>\$0 - \$1,740</b> por visita, según el servicio	
Servicios de la vista	Examen de la vista de rutina: Copago de <b>\$0**</b> (Un examen permitido anualmente) Anteojos: Copago de <b>\$0</b> por un par de anteojos cada dos años (máximo de \$150 permitido)	
Servicios de salud mental	Paciente interno Hospital: Días 1-90: Copago de <b>\$0</b> al día**	Sesiones de terapia de grupo e individuales: Copago de <b>\$0**</b>
Centro de enfermería especializada (hasta 100 días/período de beneficio)	Días 1-100: Copago de <b>\$0</b> al día**	
Terapia física	Copago de <b>\$0**</b>	
Servicios de ambulancia	Copago de <b>\$0**</b> por viaje	
Transporte	Copago de <b>\$0</b> por viaje, 48 viajes de una vía al año**	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Copago de <b>\$0**</b>	
Acupuntura	Copago de <b>\$0**</b>	
Artículos de venta libre (OTC)	Asignación de <b>\$55</b> por trimestre (la asignación vence al final del trimestre)	
Tarjeta Grocery Flex	Asignación de <b>\$18.88</b> al mes (la asignación vence al final del trimestre)	
<b>Parte D: Cobertura de Medicamentos con Receta</b> (para Medicamentos del Formulario de CCHP)	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Copago*</b> (puede variar dependiendo del nivel de elegibilidad para Ayuda Adicional)
<b>Costos de cobertura inicial para medicamentos después de deducible:</b>	<b>Medicamentos genéricos</b> (incluyendo medicamentos de marca que son tratados como genéricos)	Coseguro del 25%; o con subsidio de bajos ingresos (LIS): Copago de \$0/\$1.30/\$3.95 o coseguro del 15%

Primas y Beneficios	CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para beneficiarios que no reciben Ayuda Adicional, el deducible es de \$480.</li> <li>• Para algunos beneficiarios que reciben un subsidio parcial de Ayuda Adicional, el deducible es de \$99</li> <li>• Para la mayoría de beneficiarios es de \$0.</li> </ul>	<b>Todos los demás medicamentos</b>	Coseguro del 25%; o con subsidio de bajos ingresos (LIS): copago de \$0/\$4.00/\$9.85 o coseguro del 15%
<b>Cobertura en situaciones catastróficas:</b> Costos después de que el costo de desembolso anual de medicamentos alcance \$7,050.	<b>Medicamentos genéricos</b> (incluyendo medicamentos de marca que son tratados como genéricos)	Usted paga lo que sea más entre 5% o un copago de \$3.95.
	<b>Todos los demás medicamentos</b>	Usted paga lo que sea más entre 5% o un copago de \$9.85.
<p>*Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Por favor contacte al plan para más detalles.            **Es posible que se apliquen reglas de autorización y referencias previas.</p>		

Lo siguientes servicios no están cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) pero podrían estar disponibles a través de Medi-Cal (Medicaid):

- Cuidado a largo plazo en un centro por más tiempo que el mes de admisión más un mes
- Cuidado rutinario de los pies
- Suministros de incontinencia
- Ciertos medicamentos excluidos por Medicare; por favor consulte el formulario de Medi-Cal (Medicaid) para obtener más información.
- Ciertos servicios dentales

Este plan está disponible para cualquiera que esté inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare, reciba beneficios de Medi-Cal (Medicaid) y resida en el condado de San Francisco. Chinese Community Health Plan (CCHP) es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa medicaid de California Medicaid para nuestro Plan HMO D-SNP. La inscripción en CHP depende de la renovación del contrato. Una lista completa de servicios que cubrimos puede encontrarse en la "Evidencia de Cobertura" en nuestro sitio web [www.cchphealthplan.com/medicare](http://www.cchphealthplan.com/medicare) o comuníquese con nosotros para más información, 1-888-371-3060 (TTY 1-877-681-8898) de 8:00 am a 8:00 pm, siete días a la semana. Chinese Community Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de "Medicare y usted". Consulte en línea en <https://www.medicare.gov> o obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H0571\_2022\_005SP\_M