



CCHP Senior Program (HMO) Resumen de Beneficios de 2024

Área de Servicio: Condados de San Francisco y de San Mateo

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por CCHP Senior Program (HMO) del 1 de enero, 2024 al 31 de diciembre, 2024.

| Primas y Beneficios | CCHP Senior Program (HMO) |
|---|---|
| Prima mensual del plan | \$39.50* Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. *La prima puede variar según el nivel de ayuda adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. |
| Deducible anual | \$0 |
| Responsabilidad máxima de costos que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | \$6,700 al año Incluye copagos y otros costos de servicios médicos durante el año. |
| Paciente interno hospital | Días 1-7: Copago de \$100 al día** (en Chinese Hospital) Días 1-7: Copago de \$305 al día** (en los demás hospitales) Días 8-90: Copago de \$0 al día** |
| Paciente externo hospital | Copago de \$100** (en Chinese Hospital) Copago de \$310** (en los demás hospitales dentro de la red) |
| Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) | Copago de \$300** |
| Consultas con el médico | PCP: Copago de \$0 Especialistas: Copago de \$15** |
| Cuidado preventivo (ej. vacunas para la gripe, pruebas de diabetes) | Copago de \$0** Otros servicios preventivos están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo. |
| Atención de emergencia | Copago de \$90 Dentro de los EE. UU.: Si usted es hospitalizado dentro de 24 horas, entonces usted no tiene que pagar los \$90. Fuera de los EE. UU.: No se renuncia al copago si se ingresa en el hospital (monto máximo de cobertura de \$25,000) |
| Servicios que necesita de urgencia | Copago de \$45 dentro de EE. UU. Copago de \$90 fuera de EE. UU. (Monto máximo de cobertura de \$25,000) |
| Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/Escaneos | Servicios de radiología de diagnóstico: Copago de \$200** Rayos X y servicios de laboratorio: Copago de \$0** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0** |
| Servicios de audición | Examen de audición de rutina: Copago de \$20** (se permite un examen de audición de rutina anualmente) |
| Audífonos | \$600 - \$2,075 de copago/oído, límite dos por año a través de NationsHearing |
| Servicios dentales preventivos | Copago de \$0 (límite dos veces al año) |

| Primas y Beneficios | | CCHP Senior Program (HMO) | |
|---|---|---|--|
| Cobertura dental integral opcional | \$10 por mes (además de la prima mensual del plan) | | |
| Servicios de la vista | Examen de la vista de rutina: Copago de \$20 por ** (se permite un examen anualmente) Anteojos: Copago de \$0 por un par de anteojos cada dos años (máximo de \$150 permitido) | | |
| Servicios de salud mental | Paciente interno Hospital: Días 1-7: Copago de \$250/día** Días 8-90: Copago de \$0/día** | Sesiones de terapia de grupo e individuales: Copago de \$15** | |
| Centro de enfermería especializada (hasta 100 días/periodo de beneficio) | Días 1-20: Copago de \$0/día** Días 21-100: Copago de \$135/día** | | |
| Terapia física | Copago de \$15** | | |
| Servicios de ambulancia | Copago de \$265 por viaje | | |
| Transporte | Copago de \$0 por viaje, 12 viajes de ida y vuelta (24 viajes de una vía) | | |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | Quimioterapia: Coseguro del 20% ** Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%** | | |
| Acupuntura | Copago de \$5** | | |
| Artículos de venta libre (OTC) | Asignación de \$ 40 por mes (la asignación vence al final del mes) | | |
| Tarjeta Grocery Flex | Asignación de \$ 20 por mes (la asignación vence al final del trimestre) Al completar la Visita Anual de Bienestar (AWV) | | |
| Parte D: Cobertura de Medicamentos con Receta (para Medicamentos del Formulario de CCHP) | Suministro para 30 Días en una Farmacia Minorista | Suministro para 90 Días para Pedidos por Correo y Farmacias de Costos Compartidos Preferidos*** | |
| Deducible anual | \$0 | | |
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (sin deducible) | Copago de \$3 | Copago de \$6 | |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos (sin deducible) | Copago de \$7 | Copago de \$14 | |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | Copago de \$40 | Copago de \$80 | |
| Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos | Copago de \$60 | Copago de \$120 | |
| Nivel 5: Medicamentos especializados | Coseguro del 33% | Los medicamentos de este nivel <u>no</u> están disponibles en este suministro extendido. | |
| Período sin cobertura: Costos luego de que los costos totales anuales de sus medicamentos lleguen a \$5,030. | | | |
| Medicamentos genéricos | Coseguro del 25% | | |
| Medicamentos de marca y especializados | Coseguro del 25% | | |
| Cobertura en situaciones catastróficas: Costos luego de que los costos de desembolso anuales de sus medicamentos lleguen a \$8,000 | | | |

| Primas y Beneficios | CCHP Senior Program (HMO) |
|--|---|
| Medicamentos genéricos Medicamentos de marcas y especializados | Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de su cobertura. Medicamentos de la Parte D. No pagas nada. |
| <p>*La prima puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>**Es posible que se apliquen reglas de autorización y referencias previas.</p> <p>***El costo compartido de un suministro para 90 días puede ser diferente en farmacias que tienen costos compartidos no preferidos.</p> | |

Este plan está disponible para cualquiera que esté inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y resida en nuestra área de servicio. 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 CCHP 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 o comuníquese con nosotros para más información, 1-888-371-3060 (TTY 1-877-681-8898) de 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes. 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. La red de farmacias de CCHP ofrece acceso limitado a farmacias con costo compartido preferido en los condados de San Francisco y San Mateo. Los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluidas las farmacias con participación preferente en los costos, llame al 1-888-775-7888 o consulte el directorio de farmacias en línea en www.CCHPHealthPlan.com/medicare.

H0571_2024SOB001SP_M