CCHP Senior Value 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 Value Program (HMO) del 1 de enero, 2024 al 31 de diciembre, 2024.

Primas y Beneficios	CCHP Senior Value Program (HMO)
Prima mensual del plan	**$0** Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible anual	$0
Responsabilidad máxima de costos que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	$7,550 al año Incluye copagos y otros costos de servicios médicos durante el año.
Paciente interno hospital	Días 1-7: Copago de $150 al día** (en Chinese Hospital) Días 1-7: Copago de $315 al día** (en los demás hospitales dentro de la red) Días 8-90: Copago de $0 al día**
Paciente externo hospital	Copago de $230** (en Chinese Hospital) Copago de $310** (en los demás hospitales dentro de la red)
Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Copago de $310**
Consultas con el médico	PCP: Copago de $0 - $5 Especialistas: Copago de $20**
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/ ER en todo el mundo	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 $5,000)
Servicios que necesita de urgencia	Copago de $45 dentro de EE. UU. Copago de $90 fuera de EE. UU. (Monto máximo de cobertura de $5,000)
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
Cobertura dental opcional	$18 por mes (además de la prima mensual del plan)

Primas y Beneficios	CCHP Senior Value Program (HMO)	
Servicios de la vista	Examen de la vista de rutina: Copago de $35** (se permite un examen anualmente) Anteojos: Copago de $0 por un par de anteojos cada dos años (máximo de $100 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 $20**
Centro de enfermería especializada (hasta 100 días/período de beneficio)	Días 1-20: Copago de $0/día** Días 21-100: Copago de $135/día**	
Terapia física	Copago de $20**	
Servicios de ambulancia	Copago de $265 por viaje	
Transporte	Copago de $0 por viaje, 12 viajes de una vía, o *6 viajes de ida y vuelta*	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Quimioterapia: Coseguro del 20% ** Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%**	
Acupuntura/quiropráctica	Copago de $10 (combinación de 15 consultas al año)	
Artículos de venta libre (OTC)	Asignación de $30 al mes (la asignación vence al final del mes)	
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***
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (sin deducible)	Copago de $5	Copago de $10
Nivel 2: Medicamentos genéricos (sin deducible)	Copago de $12	Copago de $24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de $47	Copago de $94
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $100	Copago de $200
Nivel 5: Medicamentos especializados	Copago de 31%	Los medicamentos de este nivel no 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		
Medicamentos genéricos	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de su cobertura. Medicamentos de la Parte D. No pagas nada.	
Medicamentos de marca y especializados		
*El costo compartido de un suministro para 90 días puede ser diferente en farmacias que tienen costos compartidos no preferidos. **Es posible que se apliquen reglas de autorización y referencias previas.		

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_2024SOB007SP_M

H0571_2024SOB007SP_M