

# BẢNG TÓM LƯỢC QUYỀN LỢI 2019

## Chương trình Brand New Day Embrace Care

### (HMO CSNP) 39-2

Quận Fresno

Quận Imperial

Quận Kings

Quận San Mateo

Quận Santa Clara

Quận Tulare



brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

# BẢNG TÓM LƯỢC QUYỀN LỢI 2019

## CHƯƠNG TRÌNH BRAND NEW DAY EMBRACE CARE (HMO CSNP) 39-2

H0838, Chương trình 039-002

Ngày 1 tháng 1 năm 2019 - Ngày 31 tháng 12 năm 2019.

**Brand New Day** là một chương trình Medicare Advantage HMO có hợp đồng với Medicare. Ghi danh vào Chương trình này phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin quyền lợi được cung cấp không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi chi trả hay liệt kê mọi giới hạn hay loại trừ. Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi bao trả, vui lòng truy cập “Chúng tôi Bảo hiểm” tại [www.bndhmo.com/members/plan-details](http://www.bndhmo.com/members/plan-details).

Để tham gia **Chương trình Brand New Day Embrace Care (HMO CSNP)**, quý vị phải có quyền được hưởng Medicare Phần A, được ghi danh vào Medicare Phần B, và phải sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi. Khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở California: Fresno, Imperial, Kings, San Mateo, Santa Clara và Tulare.

Ngoại trừ trong những tình huống khẩn cấp, nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không chi trả cho các dịch vụ này.

Để biết thông tin về mức chi trả và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay “**Medicare & You**” hiện hành của quý vị. Xem sổ này trên mạng tại [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) hoặc xin một bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Tài liệu này có sẵn ở các định dạng khác như chữ Braille, bản in lớn hoặc âm thanh.

**Có thắc mắc?** Vui lòng gọi tới Bộ phận Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 1-866-321-5955 Thứ Hai – Thứ Sáu 8 giờ sáng - 8 giờ tối từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 và 7 ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com).

PHÍ BẢO HIỂM & QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CARE (HMO CSNP) 39-2
<b>Phí Bảo hiểm Chương trình Hàng tháng</b>	<b>Quý vị trả \$0</b> Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
<b>Khấu trừ</b>	<b>Không được khấu trừ</b>
<b>Trách nhiệm về Số tiền Tái Tối đa phải bỏ ra</b> (không bao gồm thuốc theo toa)	<b>Quý vị phải trả không quá \$3,400 hàng năm</b> Bao gồm tiền đồng trả và các chi phí khác cho các dịch vụ y tế trong năm.

# Chương trình Embrace Care (HMO CSNP) 39-2

PHÍ BẢO HIỂM & QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CARE (HMO CSNP) 39-2
<b>Bệnh viện cho Bệnh nhân Nội trú</b>	<p><b>Không được khấu trừ</b>  <b>Quý vị trả \$100 tiền đồng trả</b> cho các ngày từ 1-4  <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho các ngày từ 5-90</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Bệnh viện cho Bệnh nhân Ngoại trú</b>	<p><b>Quý vị trả \$100 tiền đồng trả</b> cho phẫu thuật  <b>Quý vị phải trả 20% chi phí</b> cho tất cả các dịch vụ bệnh viện ngoại trú khác.</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Thăm khám Bác sĩ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bác sĩ chăm sóc chính</li> <li>• Bác sĩ chuyên khoa</li> <li>- Bác sĩ Nội tiết</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả \$10 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Chăm sóc Phòng ngừa</b> (ví dụ: vắc xin cúm, sàng lọc tiểu đường)	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p>Các dịch vụ phòng ngừa khác sẵn có. Có một số dịch vụ được bao trả có chi phí.</p>
<b>Chăm sóc Cấp cứu</b>	<p><b>Quý vị phải thanh toán 20% chi phí mỗi lần thăm khám</b></p> <p>Nếu quý vị được nhập viện trong vòng 72 giờ, thì quý vị không phải trả 20% chi phí.</p>
<b>Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp Cần thiết</b>	<p><b>Quý vị phải trả \$0 mỗi lần thăm khám</b></p>
<b>Dịch vụ Chẩn đoán/Phòng thí nghiệm/Chụp chiếu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán</li> <li>• Dịch vụ phòng thí nghiệm</li> <li>• Chụp MRI, CAT</li> <li>• Chụp X-quang</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Dịch vụ Thính giác</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiểm tra thính giác định kỳ</li> <li>• Máy trợ thính</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>, một lần kiểm tra thính giác định kỳ hàng năm</p> <p><b>Quý vị phải trả \$699 mỗi máy trợ thính</b> Advanced Model  <b>Quý vị phải trả \$999 mỗi máy trợ thính</b> Premium Model</p> <p>Quý vị nhận được 2 máy trợ thính 2 mỗi năm. <b>Quý vị phải gọi đến TruHearing để sử dụng các quyền lợi này.</b></p>

# Bảng Tóm lược Quyền lợi 2019

PHÍ BẢO HIỂM & QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CARE (HMO CSNP) 39-2
<b>Dịch vụ Nha khoa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám và làm sạch răng</li> </ul>	<b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho khám răng miệng <b>Quý vị phải trả \$0-\$55</b> cho làm sạch
<b>Dịch vụ Nhãn khoa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám mắt định kỳ</li> <li>Kính mắt (gọng và mắt kính)</li> </ul>	<b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b> , một lần khám mỗi năm <b>Quý vị nhận được khoản phụ cấp lên đến \$250</b> 2 năm một lần
<b>Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám trị liệu cá nhân/theo nhóm cho bệnh nhân ngoại trú</li> </ul>	<b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$10</b> cho liệu pháp nhóm <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$10</b> cho liệu pháp cá nhân  Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.
<b>Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF)</b>	Năm 2018, phần chia sẻ chi phí mỗi kỳ quyền lợi là: <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho các ngày từ 1-20 <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$167.50</b> mỗi ngày cho các ngày từ 21-100  Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.  Phần chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2019. Truy cập <a href="http://Medicare.gov/your-medicare-costs">Medicare.gov/your-medicare-costs</a> để biết thêm thông tin.
<b>Liệu pháp vật lý</b>	<b>Quý vị trả \$10 tiền đồng trả</b>  Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.
<b>Xe cứu thương</b>	<b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$125</b>  Dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền.
<b>Vận chuyển</b>	<b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> , không giới hạn số chuyến đi  Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.
<b>Thuốc Medicare Phần B</b>	<b>Quý vị phải trả 20% chi phí</b> cho Thuốc Hóa trị <b>Quý vị phải trả 20% chi phí</b> cho Thuốc Phần B khác  Dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền.

# Chương trình Embrace Care (HMO CSNP) 39-2

CÁC THUỐC THEO TOA NGOẠI TRÚ		
Khấu trừ Phần D	Không được khấu trừ	
	Lượng cấp thuốc 30 ngày Bán lẻ theo Toa	Lượng cấp thuốc 90 ngày Đặt Hàng qua Thư
<p><b>Bảo hiểm Ban đầu</b>                      Quý vị ở giai đoạn bảo hiểm ban đầu cho đến khi quý vị đạt đến \$3,820 chi phí thuốc (từ đầu năm đến nay).</p> <p><b>Bậc 1 – Thuốc gốc Được Ưu tiên</b></p> <p><b>Bậc 2 – Thuốc gốc</b></p> <p><b>Bậc 3 – Thuốc chính hiệu Được Ưu tiên</b></p> <p><b>Bậc 4 – Thuốc chính hiệu Không được Ưu tiên</b></p> <p><b>Bậc 5 – Bậc Đặc trị</b></p> <p><b>Bậc 6 – Thuốc Chăm sóc Chọn lọc</b></p>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$8</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$45</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$85</b></p> <p><b>Quý vị trả 33% chi phí</b></p> <p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$16</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$90</b></p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$255</b></p> <p><b>Không khả dụng</b></p> <p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p>
<p><b>Giai đoạn Không được Bảo hiểm</b>                      Quý vị vẫn trong giai đoạn này cho đến khi “chi phí tự trả” từ đầu năm đến ngày hiện tại (khoản thanh toán của quý vị) đạt tổng số \$5,100.</p>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b> cho thuốc Bậc 1 và Bậc 6 trong giai đoạn này.</p> <p>Trong giai đoạn này, quý vị phải trả <b>25% chi phí cho thuốc chính hiệu (cộng với một phần phí cấp thuốc)</b> và 37% chi phí <b>cho</b> thuốc gốc ở Bậc 2, Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5.</p>	
<p><b>Bảo hiểm Tai ương</b></p>	<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả phần lớn chi phí thuốc của quý vị cho phần còn lại của năm dương lịch (đến ngày 31 tháng 12, 2019).</p> <p><b>Quý vị trả \$3.40 khoản đồng thanh toán hoặc 5%</b> (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc gốc và <b>\$8.50 khoản đồng thanh toán hoặc 5%</b> (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc chính hiệu.</p>	
<p>Mức Chia sẻ Chi phí có thể thay đổi tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn và khi quý vị bắt đầu một giai đoạn quyền lợi Phần D mới.</p>		

# Chương trình Embrace Care (HMO CSNP) 39-2

## QUYỀN LỢI BỔ SUNG

### Phí Quyền lợi Bổ sung

**Quý vị phải trả thêm \$0** mỗi tháng

### Các mục không cần toa (OTC)

**Quý vị nhận được khoản phụ cấp lên đến \$50** ba (3) tháng một lần cho lượng cấp thuốc OTC từ nhà thuốc đặt hàng qua thư của Brand New Day

### Châm cứu

**Quý vị trả \$0 tiền đồng trả** cho 24 lần điều trị mỗi năm

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

### Chương trình Sức khỏe

- Tập huấn sức khỏe cho bệnh tiểu đường

### Quý vị trả \$0 tiền đồng trả

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

- Hội viên phòng tập thể dục

Thẻ hội viên Silver&Fit Gym sẵn có cho quý vị **miễn phí** với tất cả các tiện nghi cơ bản, lớp học thể dục thẩm mỹ chuyên môn, và các nhóm đi bộ.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

- Tài liệu giáo dục sức khỏe

### Quý vị trả \$0 tiền đồng trả

- Tư vấn tập thể dục

**Quý vị trả \$0 tiền đồng trả**, một (1) lần khám mỗi năm

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

- Chương trình giảm cân có hỗ trợ y tế

**Quý vị trả \$0 tiền đồng trả**, không bao trả bữa ăn. Quý vị phải được chẩn đoán có Chỉ số Khối Cơ thể (BMI) từ 30 trở lên để nhận được quyền lợi này.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

- Đường dây y tá tư vấn

Một Y tá Đã đăng ký của Brand New Day luôn túc trực **miễn phí** 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần qua điện thoại tại: (888) 687-7321

- Vial of Life

Vial of Life là một bộ công cụ và chương trình quốc gia, sẵn có **miễn phí**, cho phép quý vị có đầy đủ thông tin y tế sẵn sàng ở nhà để đáp ứng thông tin y tế ban đầu trong trường hợp khẩn cấp.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

# BẢNG TÓM LƯỢC QUYỀN LỢI 2019

## Chương trình Brand New Day Embrace Choice

### Medi-Medi (HMO CSNP) 40-2

Quận Fresno  
Quận Imperial  
Quận Kings  
Quận San Mateo  
Quận Santa Clara  
Quận Tulare



**brand new day**

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

# BẢNG TÓM LƯỢC QUYỀN LỢI 2019

## CHƯƠNG TRÌNH BRAND NEW DAY EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI (HMO CSNP) 40-2

H0838, CHƯƠNG TRÌNH 040-002

Ngày 1 tháng 1 năm 2019 - Ngày 31 tháng 12 năm 2019.

**Brand New Day** là một chương trình Medicare Advantage HMO có hợp đồng với Medicare. Ghi danh vào Chương trình này phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin quyền lợi được cung cấp không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi chi trả hay liệt kê mọi giới hạn hay loại trừ. Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi bao trả, vui lòng truy cập “Chứng từ Bảo hiểm” tại [www.bndhmo.com/members/plan-details](http://www.bndhmo.com/members/plan-details).

Để tham gia **Chương trình Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi (HMO CSNP)**, quý vị phải có quyền được hưởng Medicare Phần A, được ghi danh vào Medicare Phần B, và phải sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi. Khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở California: Fresno, Imperial, Kings, San Mateo, Santa Clara và Tulare.

Ngoại trừ trong những tình huống khẩn cấp, nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không chi trả cho các dịch vụ này.

Để biết thông tin về mức chi trả và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay “**Medicare & You**” hiện hành của quý vị. Xem sổ này trên mạng tại [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) hoặc xin một bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Tài liệu này có sẵn ở các định dạng khác như chữ Braille, bản in lớn hoặc âm thanh.

**Có thắc mắc?** Vui lòng gọi tới Bộ phận Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 1-866-321-5955 Thứ Hai – Thứ Sáu 8 giờ sáng - 8 giờ tối từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 và 7 ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com).

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI (HMO CSNP) 40-2
<b>Phí Bảo hiểm Chương trình Hàng tháng</b>	<b>Quý vị trả \$34.80</b> Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
<b>Khấu trừ</b>	<b>Không được khấu trừ</b>
<b>Trách nhiệm về Số tiền Tái Tối đa phải bỏ ra</b> (không bao gồm thuốc theo toa)	<b>Quý vị phải trả không quá \$6,700 hàng năm</b> Bao gồm các khoản đồng thanh toán và các chi phí khác cho các dịch vụ y tế trong năm.



# Embrace Choice Medi-Medi (HMO CSNP) 40-2

PHÍ BẢO HIỂM & QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI (HMO CSNP) 40-2
<b>Bệnh viện cho Bệnh nhân Nội trú</b>	<p>Năm 2018, phần chia sẻ chi phí mỗi kỳ quyền lợi là:  <b>Quý vị phải trả khoản khấu trừ \$1,340</b>  <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho các ngày từ 1-60  <b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$335</b> mỗi ngày cho các ngày từ 61-90</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p> <p>Phần chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2019.            Truy cập <a href="http://Medicare.gov/your-medicare-costs">Medicare.gov/your-medicare-costs</a> để biết thêm thông tin.</p>
<b>Bệnh viện cho Bệnh nhân Ngoại trú</b>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Thăm khám Bác sĩ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bác sĩ chăm sóc chính</li> <li>• Bác sĩ chuyên khoa</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b>  <b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Chăm sóc Phòng ngừa</b> (ví dụ: vắc xin cúm, sàng lọc tiểu đường)	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b></p> <p>Các dịch vụ phòng ngừa khác sẵn có. Có một số dịch vụ được bao trả có chi phí.</p>
<b>Chăm sóc Cấp cứu</b>	<p><b>Quý vị phải trả \$90 mỗi lần thăm khám</b></p> <p>Nếu quý vị được nhập viện trong vòng 72 giờ, thì quý vị không phải trả \$90.</p>
<b>Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp Cần thiết</b>	<p><b>Quý vị phải trả \$0 mỗi lần thăm khám</b></p>
<b>Dịch vụ Chẩn đoán/Phòng thí nghiệm/Chụp chiếu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán</li> <li>• Dịch vụ phòng thí nghiệm</li> <li>• Chụp MRI, CAT</li> <li>• Chụp X-quang</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b>  <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>  <b>Quý vị trả 20% chi phí</b>  <b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<b>Dịch vụ Thính giác</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiểm tra thính giác định kỳ</li> <li>• Máy trợ thính</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>, một lần kiểm tra thính giác định kỳ hàng năm</p> <p><b>Quý vị phải trả \$699 tiền đồng trả mỗi máy trợ thính</b> Advanced Model</p> <p><b>Quý vị phải trả \$999 mỗi máy trợ thính</b> Premium Model</p> <p>Quý vị nhận được 2 máy trợ thính 2 mỗi năm. <b>Quý vị phải gọi đến <a href="#">TruHearing</a> để sử dụng các quyền lợi này.</b></p>

CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI 40-2

# Bảng Tóm lược Quyền lợi 2019

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	CHƯƠNG TRÌNH EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI (HMO CSNP) 40-2
<p><b>Dịch vụ Nha khoa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám và làm sạch răng</li> </ul>	<p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho khám răng miệng tối đa 2 lần mỗi năm</p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho làm sạch răng tối đa 2 lần mỗi năm</p>
<p><b>Dịch vụ Nhãn khoa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám mắt định kỳ</li> <li>Kính mắt (gọng và mắt kính)</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>, một lần khám mỗi năm</p> <p><b>Quý vị nhận được khoản phụ cấp lên đến \$250</b> 2 năm một lần</p>
<p><b>Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám trị liệu cá nhân/theo nhóm cho bệnh nhân ngoại trú</li> </ul>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<p><b>Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF)</b></p>	<p>Năm 2018, phần chia sẻ chi phí mỗi kỳ quyền lợi là:</p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b> cho các ngày từ 1-20</p> <p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$167.50</b> mỗi ngày cho các ngày từ 21-100</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p> <p>Phần chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2019. Truy cập <a href="http://Medicare.gov/your-medicare-costs">Medicare.gov/your-medicare-costs</a> để biết thêm thông tin.</p>
<p><b>Liệu pháp vật lý</b></p>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<p><b>Xe cứu thương</b></p>	<p><b>Quý vị trả 20% chi phí</b></p> <p>Dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền.</p>
<p><b>Vận chuyển</b></p>	<p><b>Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán \$0</b>, không giới hạn số chuyến đi</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.</p>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B</b></p>	<p><b>Quý vị phải trả 20% chi phí</b> cho Thuốc Hóa trị</p> <p><b>Quý vị phải trả 20% chi phí</b> cho Thuốc Phần B khác</p> <p>Dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền.</p>

# Embrace Choice Medi-Medi (HMO CSNP) 40-2

## CÁC THUỐC THEO TOA NGOẠI TRÚ

Khấu trừ Phần D	<b>Quý vị trả \$415</b> Quý vị không trả khấu trừ cho Bậc 1 và Bậc 6.	
	<b>Lượng cấp thuốc 30 ngày</b> <b>Bán lẻ theo Toa</b>	<b>Lượng cấp thuốc 90 ngày</b> <b>Đặt Hàng qua Thư</b>
<b>Bảo hiểm Ban đầu</b> Quý vị ở giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi quý vị đạt đến \$3,820 chi phí thuốc (từ đầu năm đến nay). <b>Bậc 1 – Thuốc gốc Được Ưu tiên</b> <b>Bậc 2 – Thuốc gốc</b> <b>Bậc 3 – Thuốc chính hiệu Được Ưu tiên</b> <b>Bậc 4 – Thuốc chính hiệu Không được Ưu tiên</b> <b>Bậc 5 – Bậc Đặc trị</b> <b>Bậc 6 – Thuốc Chăm sóc Chọn lọc</b>	<b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>	<b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Quý vị trả 25% chi phí</b> <b>Không khả dụng</b> <b>Quý vị trả \$0 tiền đồng trả</b>
<b>Giai đoạn Không được Bảo hiểm</b> Quý vị vẫn trong giai đoạn này cho đến khi “chi phí tự trả” từ đầu năm đến ngày hiện tại (khoản thanh toán của quý vị) đạt tổng số \$5,100.	Trong giai đoạn này, quý vị phải trả <b>25% chi phí cho thuốc chính hiệu (cộng với một phần phí cấp thuốc)</b> và 37% chi phí cho thuốc gốc.	
<b>Bảo hiểm Tai ương</b>	Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả phần lớn chi phí thuốc của quý vị cho phần còn lại của năm dương lịch (đến ngày 31 tháng 12, 2019).  <b>Quý vị trả \$3.40 khoản đồng thanh toán hoặc 5%</b> (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc gốc và <b>\$8.50 khoản đồng thanh toán hoặc 5%</b> (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc chính hiệu.	
Mức Chia sẻ Chi phí có thể thay đổi tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn và khi quý vị bắt đầu một giai đoạn quyền lợi Phần D mới.		

# Embrace Choice Medi-Medi (HMO CSNP) 40-2

## QUYỀN LỢI BỔ SUNG

### Phí Quyền lợi Bổ sung

Quý vị phải trả thêm \$0 mỗi tháng

### Các mục không cần toa (OTC)

Quý vị nhận được khoản phụ cấp lên đến \$40 ba (3) tháng một lần cho lượng cấp thuốc OTC từ nhà thuốc đặt hàng qua thư của Brand New Day

### Châm cứu

Quý vị trả \$0 tiền đồng trả cho 24 lần điều trị mỗi năm

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

### Chương trình Sức khỏe

- Tập huấn sức khỏe cho bệnh tiểu đường
- Hội viên phòng tập thể dục
- Tài liệu giáo dục sức khỏe
- Chương trình giảm cân có hỗ trợ y tế
- Đường dây y tá tư vấn
- Vial of Life

#### Quý vị trả \$0 tiền đồng trả

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

Thẻ hội viên Silver&Fit Gym sẵn có cho quý vị **miễn phí** với tất cả các tiện nghi cơ bản, lớp học thể dục thẩm mỹ chuyên môn, và các nhóm đi bộ.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

#### Quý vị trả \$0 tiền đồng trả

**Quý vị trả \$0 tiền đồng trả**, không bao trả bữa ăn. Quý vị phải được chẩn đoán có Chỉ số Khối Cơ thể (BMI) từ 30 trở lên để nhận được quyền lợi này.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.

Một Y tá Đã đăng ký của Brand New Day luôn túc trực **miễn phí** 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần qua điện thoại tại: (888) 687-7321

Vial of Life là một bộ công cụ và chương trình quốc gia, sẵn có **miễn phí**, cho phép quý vị có đầy đủ thông tin y tế sẵn sàng ở nhà để đáp ứng thông tin y tế ban đầu trong trường hợp khẩn cấp.

Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy ủy quyền và giấy giới thiệu.