



享受比  
Original Medicare  
更多的福利

# 2024 年福利重点



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

**MEDICARE ADVANTAGE**

# 如何参保健康计划?



## 电话申请

Community Health Plan of Washington (CHPW) 旗下的持照 Medicare 参保专员将非常乐意帮助您进行申请。致电 **1-800-944-1247** (TTY: 711), 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点。



## 现场申请

致电 1-800-944-1247 (TTY: 711) 预约一个便于您与我们当地的 Medicare 参保专员见面的时间。或者前往我们的网站 [medicare.chpw.org/reps](https://www.medicare.chpw.org/reps) 预约时间。



## 邮件申请

填写参保申请表并使用预付邮资的信封将其寄回。



## 在线申请

访问 [medicare.chpw.org/enrollnow](https://www.medicare.chpw.org/enrollnow)。只需 6 个步骤, 就能在线轻松申请。

## 选择 Medicare Advantage 计划时要问的重要问题

### 我要为我的保险支付哪些费用?

知道自己要支付多少自付费用很重要, 例如每月保费、医疗服务的分摊费用和处方药费用。

### 我可以继续去看我现在的医生吗?

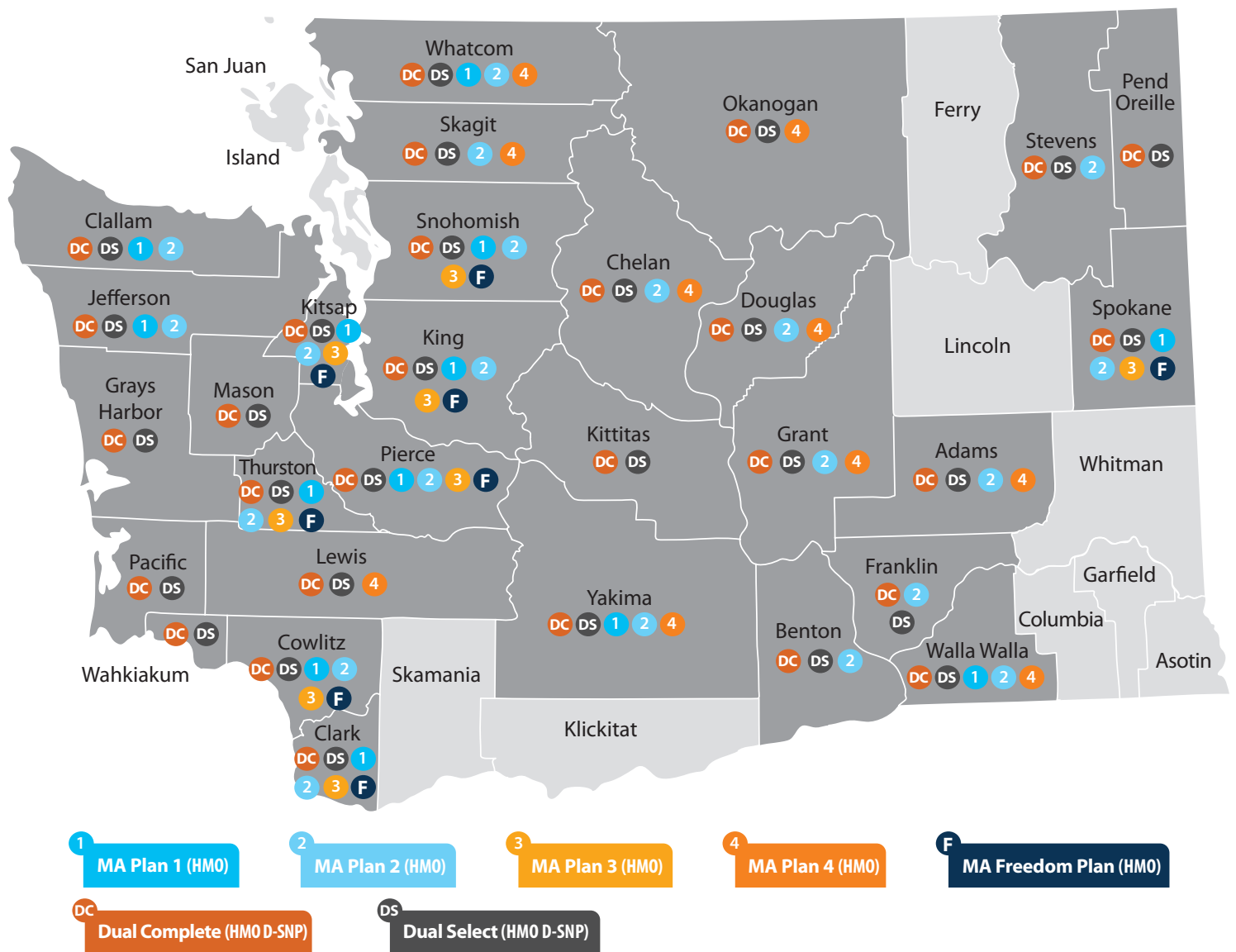
您需要了解您要看的医生或您要去的医院是否在计划的网络内。请致电我们或访问我们的网站 ([medicare.chpw.org](https://www.medicare.chpw.org)), 查看我们的医疗服务提供者网络。

### 该计划是否承保 Original Medicare 不承保的服务?

很多 Medicare Advantage 计划会提供额外的福利, 例如听力、视力、牙科、健身、处方药保险和非处方产品。

### 药物的承保范围是怎样的?

请记住, Original Medicare 不承保处方药。您可以通过 Medicare Advantage 计划或单独的 D 部分计划获得药物承保。



选择 CHPW Medicare Advantage Plan, 就是选择了一个覆盖全州的医疗网络, 这个网络包含数以千计的初级保健医生、专科医生以及 100 多间医院。您可以随时随地获得所需要的服务。我们的计划在不同的县会有所不同。若要参保, 您必须居住在我们的服务区内。

† 此处所示的福利是网络内福利, 并由 VSP 管理。在福利限额内, 您有多种镜框和基本镜片可供选择。

‡ 牙科福利由 Delta Dental of Washington 管理。您必须前往 Delta Dental 网络内牙医处就诊才能获得承保。要获取 Delta Dental PPO Plus Premier 网络内牙医的最新列表, 请访问 [deltadentalwa.com](http://deltadentalwa.com)。

\* Dual Complete 和 Dual Select 计划为有资格同时获取 Medicare A 部分和 B 部分以及 Apple Health (Medicaid) 福利的人士提供额外的支持。这些计划的所有费用分摊 (包括保费、医疗和处方药费用) 取决于您的 Medicaid 资格级别。若您参保了本州或其他 Medicaid 福利计划, Community Health Plan of Washington (CHPW) 将帮助您解决任何账单问题。在 Dual Complete 计划下, 若您享有完整的双重福利资格, 则您的医生不能就 Medicaid 福利承保的项目向您收取分摊费用。您的医生必须接受我们的计划付款作为全额付讫, 或者向正确的 Medicaid 来源收取费用。

\*\* 只要您符合 100% 低收入补贴 (“额外补助”) 的资格, 您每月 \$40.60 的计划保费即已付清。

CHPW MA Plan/福利	Dual Complete* (HMO D-SNP)
月缴保费	\$0**
最高自付费用	\$8,850
A 部分   住院保险	\$0
医院门诊观察	\$0
B 部分   自付额	\$0
初级保健/远程医疗 (每次就诊)	\$0
精神健康 (每次就诊)	\$0
专科护理/远程医疗 (每次就诊)	\$0
急症护理 (每次就诊)	\$0
紧急护理 (每次就诊)	\$0
救护车 (每次服务)	\$0
糖尿病用品	\$0
视力检查和硬件†	\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查, 对于眼镜, 每年 \$500 的计划承保限额
牙科服务‡	\$5,000 用于预防性和综合性服务
健康和保健	每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩
健身计划	健身套装, 健身房会籍
亟需情况下的膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食
非处方药 (OTC) 和杂货	每月 \$100 用于购买受承保的杂货和 OTC 商品
助听器、检查和验配	每年 \$2,250; 检查和验配的共付额为 \$0
交通接送	每年 40 次单程载送服务 (限 50 英里)
按需提供的家人陪护	每年 60 小时的个性化支持和帮助
D 部分   自付额	\$0
D 部分处方药	副厂药:\$0   原厂药:\$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 1 (HMO)
\$0 - \$40.60 (具体金额取决于额外补助的级别)	\$0
\$8,850	\$8,850
\$0 或 20%	第 1 至 4 天, \$500/天; 第 5 至 90 天, \$0/天
\$0 或 20%	\$370 的共付额
如果不享有完整的 Medicaid 分摊费用补助, 则需承担 \$226 的自付额。此金额每年会有所变化	无自付额
\$0 或 20%	\$0 的共付额
\$0 或 20%	\$40 的共付额
\$0 或 20%	\$50 的共付额
\$0 或 20%; \$55 的限额	\$40 的共付额
\$0 或 20%; \$100 的限额	\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0
\$0 或 20%	\$350 的共付额
\$0 或 20%	\$0 的共付额
\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查, 对于眼镜, 每年 \$500 的计划承保限额	不承保
\$500 用于预防性和综合性服务	每年 2 次预防性就诊
每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩	每年合计 12 次就诊, 适用于针灸、自然疗法和脊椎推拿
健身套装, 健身房会籍	健身套装, 健身房会籍
出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食
不承保	不承保
每年 \$2,250; 检查和验配的共付额为 \$0	不承保
不承保	不承保
每年 60 小时的个性化支持和帮助	每年 60 小时的个性化支持和帮助
\$0 - \$545 (具体金额取决于额外补助的级别)	\$230 - 仅限第 5 级
副厂药:\$0   原厂药:\$0	5 级药物 (1/2/3/4/5) 首选药物:\$0/\$10/\$37/50%/29% 标准药物:\$10/\$20/\$47/50%/29%

Plan 2 (HMO)	Plan 3 (HMO)	Plan 4 (HMO)
\$0 - \$38.40 (具体金额取决于额外补助的级别)	\$79	\$105
\$8,850	\$8,850	
第 1 至 4 天, \$500/天; 第 5 至 90 天, \$0/天	第 1 至 4 天, \$500/天; 第 5 至 90 天, \$0/天	
\$365 的共付额	\$325 的共付额	
无自付额	无自付额	
\$0 的共付额	\$0 的共付额	
\$40 的共付额	\$30 的共付额	
\$50 的共付额	\$40 的共付额	
\$40 的共付额	\$0 的共付额	
\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0	\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0	
\$350 的共付额	\$325 的共付额	
\$0 的共付额	\$0 的共付额	
不承保	\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查, 对于眼镜, 每 2 年 \$150 的计划承保限额	
无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额	无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额	
每年合计 25 次就诊, 适用于针灸、自然疗法、脊椎推拿和按摩	每年合计 12 次就诊, 适用于针灸、自然疗法和脊椎推拿	
健身套装, 健身房会籍	健身套装, 健身房会籍	
出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食	出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食	
不承保	不承保	
不承保	不承保	
不承保	不承保	
每年 60 小时的个性化支持和帮助	不承保	
\$0	\$0	
5 级药物 (1/2/3/4/5) 首选药物: \$0/\$10/\$37/50%/33% 标准药物: \$10/\$20/\$47/50%/33%	5 级药物 (1/2/3/4/5) 首选药物: \$0/\$10/\$37/50%/33% 标准药物: \$10/\$20/\$47/50%/33%	

## Freedom Plan (HMO)

\$0

\$8,850

第 1 至 4 天, \$500/天; 第 5 至 90 天, \$0/天

\$250 的共付额

无自付额

\$0 的共付额

\$30 的共付额

\$40 的共付额

\$0 的共付额

\$100 的共付额, 若住院, 则为 \$0

\$300 的共付额

\$0 的共付额

\$0 的共付额 – 每年 1 次常规眼科检查,  
对于眼镜, 每 2 年 \$150 的计划承保限额

无限制的预防性服务, 外加 \$500 的综合性服务承保限额

每年合计 12 次就诊, 适用于针灸、自然疗法和脊椎推拿

健身套装, 健身房会籍

出院后或确诊 COVID-19 阳性时, 28 餐膳食

不承保

不承保

不承保

不承保

该计划不承保处方药

该计划不承保处方药

## 知道自己要参保哪个计划?

扫描下方二维码,  
只需 6 个步骤, 就能  
在线轻松参保。



# 不知道怎么选？ 让我们来帮忙！

我们是您的 Medicare 参保专员。  
联系我们：**1-800-944-1247** (TTY: 711)，  
每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。



## 参保问题：

**1-800-944-1247**

## 客户服务问题：

**1-800-942-0247**

## TTY: 711

每周 7 天，每天早上 8 点至晚上 8 点

## 网站：

**medicare.chpw.org**

## 邮寄地址：

**Community Health Plan  
of Washington**

**1111 3rd Ave, Suite 400  
Seattle, WA 98101-3207**

Community Health Plan of Washington (CHPW) 是一项与 Medicare 和 Washington State Medicaid 计划签有合约的 HMO 计划。能否在 Community Health Plan of Washington 参保视续约情况而定。自 2025 年 1 月 1 日起，福利、处方药一览表、药房网络、保费和/或共付额/共同保险可能会有所调整。相关约束、共付额及限制可能适用。个人必须同时拥有 A 部分和 B 部分才能参保。您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费，除非该保费已由华盛顿州社会与卫生服务部 (Washington DSHS) 支付。本文所提供的福利信息仅为简短摘要，并非对福利的完整说明。

*Attention: This information is also available for free in alternative formats such as Braille, or large print. Call 1-800-942-0247 (TTY: 711).*

*ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711).*

注意：如果您使用中文，您可以免费获得语言援助服务。请致电 1-800-942-0247 (TTY: 711)。