



Получите *больше*  
услуг, чем доступно  
в программе  
Original Medicare

# Краткий обзор льгот 2024



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

**MEDICARE ADVANTAGE**

# Как стать участником?



## По телефону

Лицензированный специалист Community Health Plan of Washington (CHPW) по регистрации в Medicare поможет вам подать заявку. Звоните по номеру **1-800-944-1247** (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели.



## Лично

Позвоните по номеру 1-800-944-1247 (TTY: 711), чтобы выбрать удобное для вас время и встретиться с одним из наших местных специалистов по регистрации в Medicare. Или запишитесь на прием через наш веб-сайт по ссылке [medicare.chpw.org/rebs](https://www.medicare.chpw.org/rebs).



## По почте

Заполните заявку на регистрацию и отправьте ее в конверте с предоплаченными почтовыми расходами.



## Через Интернет

Посетите [medicare.chpw.org/enrollnow](https://www.medicare.chpw.org/enrollnow). Мы разработали простой процесс регистрации через Интернет, включающий 6 шагов.

## Важные вопросы, которые необходимо задать при выборе плана Medicare Advantage

### Какие затраты могут возникнуть в связи с моим покрытием?

Важно знать, сколько вам придется заплатить из своего кармана в виде ежемесячных страховых взносов, вашей доли в расходах на медицинское обслуживание или за рецептурные препараты.

### Смогу ли я по-прежнему обращаться к своим врачам?

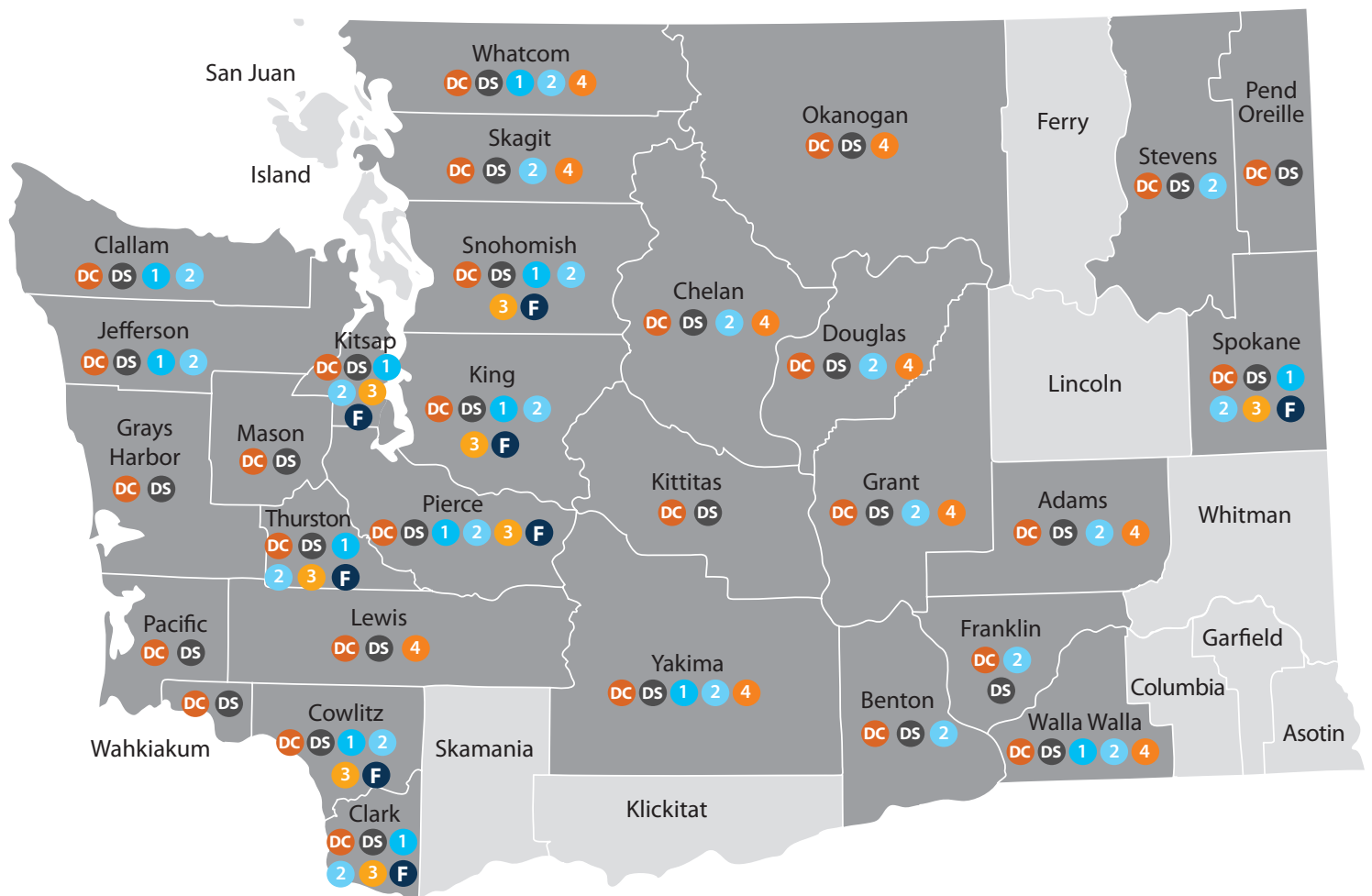
Вам следует выяснить, входит ли врач, к которому вы хотите попасть, или нужная вам больница в сеть плана. Позвоните нам или посетите наш веб-сайт, чтобы ознакомиться с сетью поставщиков услуг, по адресу [medicare.chpw.org](https://www.medicare.chpw.org).

### Покрывает ли план какие-либо услуги, которые не покрывает Original Medicare?

Многие планы Medicare Advantage предлагают дополнительные льготы, например, проверку слуха, зрения, стоматологические услуги, программы фитнеса, покрытие рецептурных препаратов и безрецептурные препараты.

### Как осуществляется покрытие лекарственных препаратов?

Помните, что страховое покрытие в рамках Original Medicare не распространяется на рецептурные препараты. Вы можете получить покрытие лекарственных препаратов через план Medicare Advantage или отдельный план Medicare, часть D.



- 1 MA Plan 1 (HMO)
- 2 MA Plan 2 (HMO)
- 3 MA Plan 3 (HMO)
- 4 MA Plan 4 (HMO)
- F MA Freedom Plan (HMO)
- DC Dual Complete (HMO D-SNP)
- DS Dual Select (HMO D-SNP)

Выбирая план CHPW Medicare Advantage, вы выбираете широкую сеть из тысяч врачей общей практики и врачей-специалистов, а также более 100 больниц по всему штату. Вы получаете доступ к медицинской помощи, когда и где вам это необходимо. Наши планы различаются в зависимости от округа. Чтобы стать участником, вы должны проживать в пределах нашей зоны обслуживания.

- † Указанные льготы предоставляются в рамках сети плана. Администратор льгот — компания VSP. У вас есть различные варианты получения оправ и простых линз в пределах суммы льготы.
- ‡ Администратором стоматологических льгот выступает компания Delta Dental of Washington. Чтобы получить страховое покрытие, вы должны обращаться к стоматологу из сети Delta Dental. Чтобы ознакомиться с наиболее актуальным списком стоматологов сети Delta Dental PPO Plus Premier, посетите веб-сайт [deltadentalwa.com](http://deltadentalwa.com).
- \* Планы Dual Complete и Dual Select предлагают дополнительную поддержку лицам, которые имеют право на льготы Medicare, части A и B, и Apple Health (Medicaid). Все суммы ваших собственных расходов по этим планам, включая страховые взносы и вашу долю в оплате медицинских услуг и рецептурных препаратов, зависят от того, на какой уровень страхования по программе Medicaid вы имеете право. Если вы получаете льготы программы Medicaid от штата или в рамках другого плана медицинского страхования, сотрудники Community Health Plan of Washington (CHPW) помогут вам разрешить все вопросы, связанные с выставлением счетов. В рамках плана Dual Complete, если вы являетесь бенефициаром с правом на льготы в полном объеме по обеим программам, ваш врач не может выставить вам счет на оплату вашей доли расходов, если соответствующее покрытие предоставляется в рамках льгот по программе Medicaid. Ваш врач должен принимать платежи, предлагаемые нашим планом, в качестве полной оплаты своих услуг или выставлять счет соответствующей организации, оплачивающей льготы по программе Medicaid.
- \*\* Ваш ежемесячный страховой взнос в размере \$40.60 оплачивается до тех пор, пока вы соответствуете критериям для получения 100% субсидии для малообеспеченных лиц (по программе «Дополнительная помощь»).

CHPW MA Plan/Льгота	Dual Complete* (HMO D-SNP)
Ежемесячный страховой взнос	\$0**
Собственные затраты, максимум	\$8,850
Часть А   Стационарное лечение	\$0
Амбулаторное ведение пациента	\$0
Часть В   Франшиза	\$0
Первичная медицинская помощь/ Телемедицина (за прием)	\$0
Услуги по охране психического здоровья (за прием)	\$0
Специализированная медицинская помощь/Телемедицина (за прием)	\$0
Срочная медицинская помощь (за прием)	\$0
Экстренная медицинская помощь (за прием)	\$0
Перевозка на машине скорой помощи (за вызов)	\$0
Средства для диабетиков	\$0
Проверки зрения и оборудование <sup>†</sup>	доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, \$500 — лимит по страховому покрытию плана ежегодно на приобретение очков
Стоматологические услуги <sup>‡</sup>	\$5,000 на профилактические и комплексные услуги
Лечебные и оздоровительные программы	Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год
Программа фитнеса	Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе
Питание, когда вы в нем максимально нуждаетесь	28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19
Безрецептурные средства (OTC) и продукты питания	\$100 ежемесячно для приобретения покрываемых продуктов питания и средств OTC
Слуховые аппараты, проверки слуха и подгонка	\$2,250 ежегодно; доплата в размере \$0 за осмотр и подгонку
Транспортировка	40 поездок в одну сторону (лимит — 50 миль) ежегодно
Семья по запросу	60 часов персонализированной поддержки и помощи в год
Часть D   Франшиза	\$0
Часть D   Рецептурные препараты	Дженерики: \$0   Фирменные препараты: \$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 1 (HMO)
\$0 - \$40.60 (точная сумма зависит от уровня по программе «Дополнительная помощь»)	\$0
\$8,850	\$8,850
\$0 или 20%	\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день
\$0 или 20%	доплата в размере \$370
Если в рамках Medicaid не предоставляется полное покрытие расходов, связанных с разделением затрат, то применяется франшиза в размере \$226. Эта сумма ежегодно изменяется.	Без франшизы
\$0 или 20%	доплата в размере \$0
\$0 или 20%	доплата в размере \$40
\$0 или 20%	доплата в размере \$50
\$0 или 20%; лимит — \$55	доплата в размере \$40
\$0 или 20%; лимит — \$100	доплата в размере \$100, \$0 — при госпитализации
\$0 или 20%	доплата в размере \$350
\$0 или 20%	доплата в размере \$0
доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, лимит по страховому покрытию плана — \$500 ежегодно на приобретение очков	Не покрывается
\$500 на профилактические и комплексные услуги	Два профилактических осмотра в год
Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год	Всего 12 сеансов иглоукалывания, натуропатии и мануальной терапии в год
Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе	Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе
28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19	28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19
Не покрывается	Не покрывается
\$2,250 ежегодно; доплата в размере \$0 за осмотр и подгонку	Не покрывается
Не покрывается	Не покрывается
60 часов персонализированной поддержки и помощи в год	60 часов персонализированной поддержки и помощи в год
\$0 - \$545 (точная сумма зависит от уровня по программе «Дополнительная помощь»)	\$230 — только Уровень 5
Дженерики: \$0   Фирменные препараты: \$0	5 уровней (1/2/3/4/5) Предпочтительный: \$0/\$10/\$37/50%/29% Стандартный: \$10/\$20/\$47/50%/29%

Plan 2 (HMO)	Plan 3 (HMO)	Plan 4 (HMO)
\$0 - \$38.40 (точная сумма зависит от уровня по программе «Дополнительная помощь»)	\$79	\$105
\$8,850	\$8,850	
\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день	\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день	
доплата в размере \$365	доплата в размере \$325	
Без франшизы	Без франшизы	
доплата в размере \$0	доплата в размере \$0	
доплата в размере \$40	доплата в размере \$30	
доплата в размере \$50	доплата в размере \$40	
доплата в размере \$40	доплата в размере \$0	
доплата в размере \$100, \$0 — при госпитализации	доплата в размере \$100, \$0 — при госпитализации	
доплата в размере \$350	доплата в размере \$325	
доплата в размере \$0	доплата в размере \$0	
Не покрывается	доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год, \$150 — лимит по страховому покрытию плана раз в 2 года на приобретение очков	
Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в размере \$500 на комплексные услуги	Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в размере \$500 на комплексные услуги	
Всего 25 сеансов иглоукалывания, натуропатии, мануальной терапии и массажа в год	Всего 12 сеансов иглоукалывания, натуропатии и мануальной терапии в год	
Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе	Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе	
28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19	28 приемов пищи после выписки из больницы или положительного анализа на COVID-19	
Не покрывается	Не покрывается	
Не покрывается	Не покрывается	
Не покрывается	Не покрывается	
60 часов персонализированной поддержки и помощи в год	Не покрывается	
\$0	\$0	
5 уровней (1/2/3/4/5) Предпочтительный: \$0/\$10/\$37/50%/33% Стандартный: \$10/\$20/\$47/50%/33%	5 уровней (1/2/3/4/5) Предпочтительный: \$0/\$10/\$37/50%/33% Стандартный: \$10/\$20/\$47/50%/33%	

## Freedom Plan (HMO)

\$0

\$8,850

\$500/день с 1-го по 4-й день; \$0/день с 5-го по 90-й день

доплата в размере \$250

Без франшизы

доплата в размере \$0

доплата в размере \$30

доплата в размере \$40

доплата в размере \$0

доплата в размере \$100, \$0 — при госпитализации

доплата в размере \$300

доплата в размере \$0

доплата в размере \$0 — 1 плановая проверка зрения в год,  
\$150 — лимит по страховому покрытию плана раз в 2 года на  
приобретение очков

Неограниченные профилактические услуги плюс лимит в  
размере \$500 на комплексные услуги

Всего 12 сеансов иглоукалывания, натуропатии и мануальной  
терапии в год

Набор для фитнеса и членство в спортивном клубе

28 приемов пищи после выписки из больницы или  
положительного анализа на COVID-19

Не покрывается

Не покрывается

Не покрывается

Не покрывается

Этот план не включает оплату рецептурных препаратов

Этот план не включает оплату рецептурных препаратов

# Знаете, какой план вам нужен?

Зарегистрируйтесь  
через Интернет,  
выполнив всего  
6 шагов после  
сканирования  
QRкода ниже.



# Вам сложно сделать выбор? Мы можем ПОМОЧЬ.

Мы — ваши специалисты по регистрации в Medicare.  
Свяжитесь с нами: **1-800-944-1247** (TTY: 711)  
с 8:00 до 20:00 в любой день недели.



Вопросы по поводу  
регистрации:  
**1-800-944-1247**

Вопросы касательно  
обслуживания участников:  
**1-800-942-0247**

TTY: 711  
С 8:00 до 20:00 в любой день  
недели

Веб-сайт:  
**medicare.chpw.org**

Почтовый адрес:  
**Community Health Plan  
of Washington**

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

Community Health Plan of Washington (CHPW) является планом медицинского страхования категории НМО, сотрудничающим на договорной основе с программой Medicare и программой Medicaid штата Вашингтон. Возможность регистрации в плане Community Health Plan of Washington зависит от продления этих договоров. Перечень льгот, список покрываемых препаратов, сеть аптек, а также размер страховых взносов и (или) доплат и сострахования могут измениться 1 января 2025 года. Могут налагаться ограничения и лимиты, а также требоваться доплаты. Для регистрации в плане необходимо быть участником как части А, так и части В. Вы должны продолжать платить свой страховой взнос за участие в части В программы Medicare, кроме случаев, когда вам обеспечивается покрытие Департаментом здравоохранения и социального обеспечения штата Вашингтон (DSHS). Предоставленные сведения о льготах являются кратким обзором, а не полным описанием льгот.

*Внимание! Данная информация также доступна бесплатно в других форматах, например напечатанная шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в виде аудиозаписи.*

*Позвоните по номеру 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，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-942-0247 (TTY: 711)。